H&W
Huisarts en Wetenschap

8
augustus 2022
jaargang 65

Terugdringen van niet-gepaste diagnostiek

Koorts op de HAP: vitals, klinische beslisregels en niet-pluisgevoel

Protocol los! Voorwaarden voor diabeteszorg op maat

NHG-Standaard Beroerte is herzien

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Doen of laten?

Vertrouwen op je niet-pluisgevoel bij kinderen met koorts op de huisartsenpost? Doen! Krampachtig vasthouden aan een protocol en daarbij de patiënt uit het oog verliezen? Laten! In deze H&W is er aandacht voor zorg die we in de praktijk juist wel of beter niet zouden moeten toepassen.
Huisartsen zijn bij uitstek de beroepsgroep die zich bezighoudt met doelmatige zorg. Wij zijn immers de poortwachters van de Nederlandse gezondheidszorg. In het onderwijs is hier gelukkig ook steeds meer aandacht voor. Zo is er in de Groningse bacheloropleiding Geneeskunde een speciale *learning community* gericht op duurzame en doelmatige zorg, waarbij de inhoud voor een groot gedeelte door de afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde vormgegeven wordt.
Toch vinden we het achterwege laten van klinisch handelen moeilijker dan het uitvoeren ervan. Het daadwerkelijk terugdringen van niet-gepaste diagnostiek in de praktijk is lastig, laten Heus en collegae zien in hun systematisch literatuuronderzoek. Bewustwording is een eerste stap in de richting van doelmatige zorg. De LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek, verderop in dit nummer, kan hierbij als ondersteuning dienen, en bijvoorbeeld gebruikt worden in een diagnostisch toetsoverleg (DTO).
Met als doel het terugdringen van niet-passende zorg in de huisartsenpraktijk, heeft het NHG in samenwerking met onderzoekers van het Radboudumc vlak voor de zomer de beter-niet-doen-lijst gepubliceerd. Deze 30 niet-doen-aanbevelingen zijn geselecteerd uit een oorspronkelijke lijst van 385 (!) aanbevelingen afkomstig uit onze richtlijnen, om terughoudend te zijn of iets juist niet te doen.
De lijst is een goede reminder voor wat ik eigenlijk wel weet. Maar wat maakt dat ik in de spreekkamer toch afwijk van zo'n aanbeveling? Niet alleen ik als huisarts, maar ook de patiënt, dient overtuigd te worden van het beter laten van bepaalde zorg. Als waarnemend huisarts merk ik dat me dit makkelijker afgaat bij de patiënten waar ik reeds een vertrouwensrelatie mee opgebouwd heb. Naast overtuigingskracht en tijd in de spreekkamer kan actief verwijzen naar de informatie op Thuisarts.nl, die gebaseerd is op onze richtlijnen, ons hierbij helpen. De eeuwenoude adagia 'primum non nocere' en 'in dubio abstine' blijven van kracht. Misschien deze beloften als muurdecoratie ophangen in mijn spreekkamer als extra stimulans? Ik zeg: doen! ■

Marian van den Brink, redactielid H&W

Wetenschap

10 **Terugdringen van niet-gepaste diagnostiek**
Een diagnostische test heeft niet altijd zin, kan de patiënt nodeloos belasten en tot onnodige kosten leiden. Toch nemen huisartsen geregeld voor de zekerheid een diagnostische test af. Welke strategieën kunnen het inzetten van niet-gepaste diagnostische tests indammen?

15 **Protocol los! Voorwaarden voor diabeteszorg op maat**
Zorgprotocollen worden soms ervaren als een hinderpaal voor zorg-op-maat. Veel huisartsen zouden bij patiënten met een goede diabetescontrole meer willen doen met zelfmanagement en persoonsgerichte zorg. Dit onderzoek geeft aan wat de voorwaarden daarvoor zijn en biedt daarbij een goed stappenplan.

21 **Koorts op de HAP: vitals, beslisregels en niet-pluisgevoel**
Bij de beoordeling van patiënten met koorts moeten huisartsen bepalen of ze hen voor behandeling van een infectie naar de spoedeisende hulp doorverwijzen of niet. Daarvoor kunnen ze gebruikmaken van klinische beslisregels waarvoor ze vitale waarden systematisch moeten meten. In hoeverre doen ze dat?

26 **'Dwars door de wetenschap heen wandelen'**
Interview met David van Bodegom, hoogleraar Vitaliteit in een verouderende populatie. Hij stelt dat we achter de feiten aan blijven lopen als we mensen met gezondheidsklachten op individueel niveau tot een gezonde leefstijl proberen te brengen. Collectief is veel effectiever.

Praktijk

33 **Een jeukend souvenir van het duiken**
Koraaldermatitis is een specifieke vorm van contactdermatitis, die zowel direct als vertraagd na koraalcontact kan ontstaan. De diagnose kan à vue worden gesteld en de behandeling is eenvoudig.

35 **Uw diagnose 'Plek met ruwe rand'**

36 **Handeczeem voorkomen en behandelen**
Zorgverleners liepen altijd al een risico op het ontwikkelen van handeczeem en dit is door de COVID-19-pandemie alleen maar toegenomen. Dit artikel biedt een aantal adviezen om handeczeem te voorkomen en, als het toch misgaat, te behandelen.

43 **Entropion en ectropion**
Beide aandoeningen komen vooral op hogere leeftijd voor en zullen niet spontaan herstellen. Opereren kan een oplossing zijn. In afwachting daarvan kunnen oogdruppels of ooggel de klachten verlichten.

47 **Kennistoets 'Handeczeem'**

Fotografie omslag: Shutterstock

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**

- Preventie depressie schoolgaande jongeren
- Antistolling bij atriumfibrilleren kan scherper
- Lage onderhoudsdosering nitrofurantoïne voldoet ook
- Follow-upzorg darmkanker naar de eerste lijn?
- Ook op enkel groente groei je goed
- Inhalatiecorticosteroïden effectief bij milde COVID-19?

40 **Column H&W 65 jaar: Kringetjes draaien**
Welke artikelen uit zijn tijd als H&W-hoofdredacteur staan Joost Zaat nog het meest bij?

50 **Spironolacton tegen hoge bloeddruk en puistjes**
Verdient spironolacton een plaats bij de behandeling van therapieresistente acne bij volwassen vrouwen met een contra-indicatie voor de combinatiepil?

52 **Huisarts in the lead bij zorg voor kwetsbare ouderen?**
Lopend onderzoek naar wat voor leiderschap nodig is bij het organiseren en coördineren van zorg voor kwetsbare ouderen.

NHG

48 **Vaker spoedverwijzing in acute fase herseninfarct in herziene NHG-Standaard Beroerte**
Door nieuwe ontwikkelingen op het gebied van endovasculaire behandeling en intraveneuze trombolyse wordt de termijn waarbinnen deze behandelingen kunnen worden toegepast bij een herseninfarct steeds verder verruimd.

55 **LESA Laboratoriumdiagnostiek: nieuwe naam, nieuw format**

56 **NHG-Wetenschapsdag 2022 over data in de hoofdrol**
Vruchtbare discussies en interessante presentaties over datagedreven eerstelijnszorg en onderzoek hiernaar. Een verslag.

58 **'Minder werkdruk ANW, maar ook op spreekuur'**
Interview met Aria Sana, huisarts en programmamanager van het NHG-Programma Spoedzorg. Zij werkt aan de kwaliteit van spoedzorg en maakt zich sterk voor werkdrukvermindering.

huisartspodcast.nl/henw

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

www.henw.org

- Wat belemmert *motivational interviewing*?
- Foto voorspelt pijnfluctuaties heupartrose niet
- De coronapandemie vergroot verschillen in beweeggedrag

Preventie depressie schoolgaande jongeren

Anne Meike Boels

Een preventieprogramma voor schoolgaande jongeren blijkt klachten van depressie en angst enigszins te verlichten. Depressie komt wereldwijd veel voor en begint vaak in de adolescentie. Nederlandse onderzoekers ontwikkelden daarom een preventieprogramma voor schoolgaande jongeren met depressieve klachten.

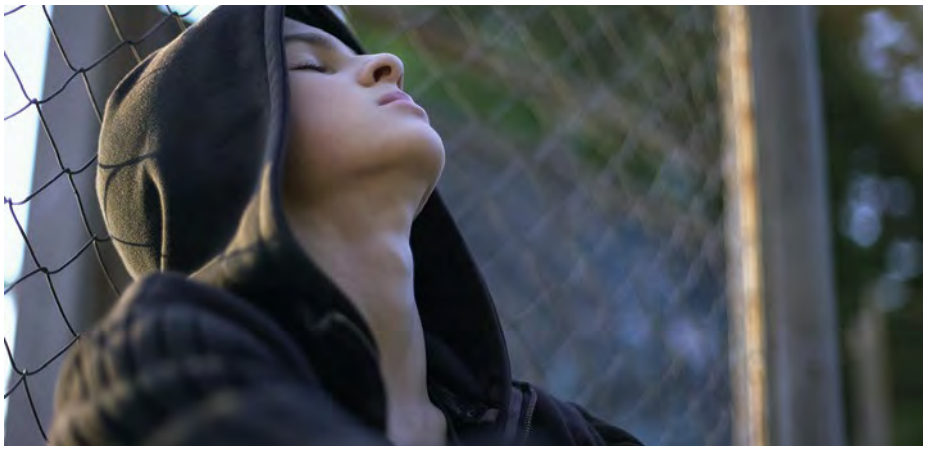


Foto: Shutterstock

De GGD screende tussen 2016 en 2018 tweedejaars scholieren van 13 middelbare scholen op depressieve klachten. Ze vroegen jongeren met depressieve klachten om mee te doen aan een gerandomiseerd onderzoek. Het preventieprogramma 'Op volle kracht' bestond uit cognitieve gedragstherapie in 8 groepssessies met een schoolpsycholoog. De controlegroep ontving psycho-educatie via een brochure en 2 e-mails. Bij de start van het onderzoek, direct erna, en 6 en 12 maanden na de interventie vulden de jongeren en hun ouders vragenlijsten in.
Van de 5222 gescreende jongeren hadden er 469 depressieve klachten (9%). Driekwart van hen deed echter niet mee aan het onderzoek, voornamelijk omdat zij zichzelf niet beschouwden als jongeren met een hoog risico op depressie (n = 77) of omdat zij niet gemotiveerd waren (n = 69). Uiteindelijk werden 130 jongeren gerandomiseerd (63,8% vrouw; gemiddeld 13,6 jaar oud).
Na 12 maanden daalde de depressiescore van de jongeren in de interventiegroep met 7,9 en bij de controlegroep met 5,1 punten (schaal 0-56; hoe hoger hoe somberder; p = 0,037).
De depressiescore op de lijsten ingevuld door de ouders daalde ook, maar verschilde niet statistisch significant tussen beide groepen.
Angstklachten (schaal 0-60; hoe hoger hoe angstiger) daalden met 8 punten in de interventiegroep en met 4 punten in de controlegroep (p = 0,016). Voor suïcidaliteit, somatische klachten en perfectionisme werd geen statistisch significant verschil gevonden.

Vanwege deze resultaten wil de staatssecretaris van Volksgezondheid het overkoepelende project waaronder 'Op volle kracht' valt landelijk invoeren. Dat is opvallend, gezien de lage deelname en de hoge kans op selectiebias. Ook is de klinische relevantie van het gevonden kleine verschil onduidelijk. Bovendien lijkt er een gunstig natuurlijk beloop te zijn, of een effect van de controle-interventie. Toch kan het breed uitrollen van een interventie sommige jongeren helpen met hun depressieve klachten. Het is immers zo dat bijna 10% van de jongeren depressieve klachten heeft. Een gegeven voor huisartsen om rekening mee te houden. Meer aandacht op school voor depressieve klachten kan leiden tot een grotere zorgvraag aan de huisarts of POH-ggz-jeugd. ■

De Jonge-Heesen KWJ, et al. Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. BMC Med 2020;18:188.
De Jonge-Heesen KWJ, et al. Secondary outcomes of implemented depression prevention in adolescents. A Randomized Controlled Trial. Front Psychiatry 2021;12:643632.

Antistolling bij atriumfibrilleren kan scherper

Pieter Buis

Er is de afgelopen jaren veel veranderd op het gebied van antistolling bij atriumfibrilleren (AF). Utrechtse huisarts-onderzoekers keken daarom naar trends in de prevalentie en de behandeling van AF in de periode 2008-2017. De diagnose AF verdrievoudigde in 10 jaar tijd. Zij constateerden ook dat 25% van de AF-patiënten geen adequate profylactische antistolling krijgt.

In de database van huisartsen verbonden aan het Julius General Practitioners Network te Utrecht (JGPN) bekeken onderzoekers trends in de prevalentie van AF. Ze bekeken ook het percentage patiënten dat een bloedplaatjesremmer kreeg, vitamine K-antagonist (VKA), DOAC of geen antistollingsbehandeling. Ook keken zij of er een associatie was tussen patiëntkenmerken en type behandeling. Zij includeerden 7459 eerstelijnspatiënten uit de periode 2008-2017.
De prevalentie van AF verdrievoudigde in deze periode van 0,4% naar 1,4%.
Het percentage VKA-gebruikers daalde van 47% naar 41%, terwijl het DOAC-gebruik steeg van 0% naar 20%.
Bij patiënten met nieuw ontstane AF waren de volgende patiëntkenmerken onafhankelijk geassocieerd met een

Lage onderhoudsdosering nitrofurantoïne voldoet ook

Justin Scheffers, Hanneke Borgdorff

Om urineweginfecties te voorkomen is 50 mg nitrofurantoïne per dag even effectief als 100 mg, met waarschijnlijk minder bijwerkingen. Tot op heden was de optimale profylactische dosering onduidelijk. De NHG-Standaard Urineweginfecties maakt geen onderscheid tussen 50 of 100 mg nitrofurantoïne.

Foto: Margot Scheerder

Nederlandse onderzoekers bekeken het verschil in effectiviteit en bijwerkingen tussen 50 mg en 100 mg nitrofurantoïne profylaxe met een retrospectief cohortonderzoek. Zij analyseerden data van 84 huisartsenpraktijken tussen 2013 en 2020. Alle vrouwen vanaf 12 jaar met een recept voor > 14 dagen nitrofurantoïne werden geïncludeerd en maximaal 1 jaar gevolgd. De gemiddelde leeftijd was 57 jaar. De groep met 100 mg (n = 551) bevatte ten opzichte van de groep met 50 mg (n = 1342) significant minder zwangeren (12% versus 16%), meer diabetici (18% versus 14%) en meer patiënten met verminderde afweer (3% versus 2%).
In beide groepen kreeg 15% een urineweginfectie. Het risico op een urineweginfectie (adjusted-HR (aHR) 1,0; 95%-BI 0,8 tot 1,3) en pyelonefritis (aHR 1,4; 95%-BI 0,9 tot 2,0) verschilde niet significant, na correctie voor onder andere leeftijd, zwangerschap, comorbiditeit en aantal urineweginfecties in het afgelopen jaar. Patiënten die 100 mg kregen, hadden meer last van hoesten (aHR 1,8; 95%-BI 1,2 tot 2,7), benauwdheid (aHR 2,7; 95%-BI 1,1 tot 6,5) en misselijkheid (aHR 2,4; 95%-BI 1,0 tot 5,8), na correctie voor recente consultatie vanwege deze klacht vóór het nitrofurantoïnegebruik. Door de onderzoeksopzet is niet duidelijk of de klachten ook daadwerkelijk bijwerkingen waren.
Dit onderzoek sluit aan bij een eerdere meta-analyse waarbij indirecte vergelijking geen verschil in effectiviteit aantoonde tussen profylactische behandeling met 50 of 100 mg nitrofurantoïne. Bovendien is er zwak bewijs dat de hogere dosering meer bijwerkingen geeft. Wij adviseren daarom om te beginnen met 50 mg. ■

Ten Doesschate T, et al. Nitrofurantoin 100 mg versus 50 mg prophylaxis for urinary tract infections, a cohort study. Clin Microbiol Infect 2022;28:248-54.

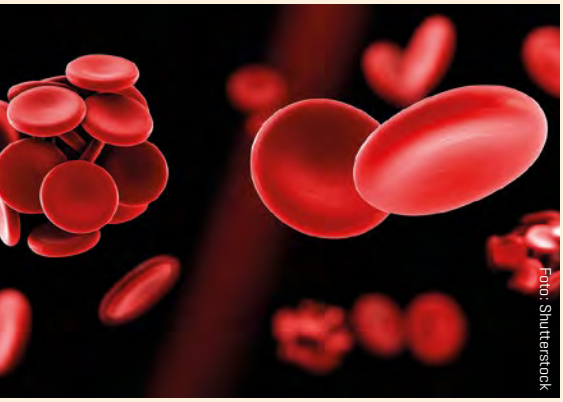


Foto: Shutterstock

VKA-voorschrift (boven een DOAC): hogere leeftijd, hartfalen, diabetes, hart- en vaatziekten en dementie.
In 2017 bleek dat 25% van de AF-patiënten met een CHA2DS2-VASc-score hoger dan of gelijk aan 2 geen adequate antistolling kreeg: 8% kreeg alleen een plaatjesremmer en 17% kreeg geen medicatie.
De VKA's lijken vooral te worden gebruikt bij kwetsbaren en ouderen. Opvallend – en zorgelijk – is verder dat 1 van de 4 patiënten in 2017 geen (adequate) antistolling kreeg, terwijl hier wel een indicatie voor was.
Het is goed dat we AF-patiënten opsporen en in beeld hebben, maar dan moeten we ze ook goed behandelen! ■

Joosten LPT, et al. Atrial fibrillation: trends in prevalence and antithrombotic prescriptions in the community. Neth Heart J 2022 Mar 1. DOI:10.1007/s12471-022-01667-x [epub ahead of print].

'Ernstige vermoeidheid bij 17,4% tot 44,8% van de COVID-19-patiënten 1 jaar na de diagnose'

Bron: Verveen A, et al. Severe fatigue in the first year following SARS-CoV-2 infection. A prospective cohort study. Open Forum Infect Dis 2022;9:ofac127.

Follow-upzorg darmkanker naar de eerste lijn?

Kirsten ter Weele, Petra van Peet

Het NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk pleit voor nazorg dicht bij de patiënt. Nederlandse onderzoekers gingen na hoe huisartsen het ervaren om de oncologische follow-upzorg te verlenen bij patiënten met coloncarcinoom.

Foto: Shutterstock

Het onderzoek maakt deel uit van de I-CARE studie, een trial over follow-up van patiënten met coloncarcinoom in de eerste lijn. De onderzoekers namen bij 17 vrijwillig deelnemende huisartsen na 1 (n = 7) en na 5 (n = 10) jaar semi-gestructureerde interviews af over hun ervaringen met het verlenen van deze zorg. Met thematische analyse brachten zij belemmerende en faciliterende factoren in kaart.
De meningen van de huisartsen over de follow-upzorg varieerden. Zij vonden de zorg over het algemeen niet moeilijk. Ook zagen zij het als een normaal onderdeel van hun werk, met voordelen voor patiënten, mantelzorgers en de maatschappij.
Belemmeringen waren een gebrek aan ervaring, routine, tijd en financiële compensatie. Deelnemende huisartsen hadden zorgen over timing en toegankelijkheid bij terugverwijzing naar de tweede lijn. Ook misten zij een goed monitoringssysteem, zeker als patiënten niet zelf het initiatief namen of geen vaste controles hadden vanwege een andere chronische aandoening.
Het NHG-Standpunt Oncologische zorg stelt dat nacontroles voor coloncarcinoom in principe evidencebased kunnen worden uitgevoerd in de eerste lijn. Dit onderzoek laat zien dat die nazorg nog niet zo eenvoudig is. En dat terwijl deze huisartsen vrijwillig deelnamen en vooraf waarschijnlijk positief waren gestemd.
De auteurs komen met aanbevelingen, zoals extra scholing over bijwerkingen van de behandeling en symptomen van recidieven. Ook bevelen ze een goed monitoringssysteem aan met heldere afspraken en korte lijnen tussen de eerste en tweede lijn, naast extra tijd en geld. Zou u, als aan die voorwaarden is voldaan, zelf de controles doen? ■

Vos JAM, et al. Delivering colon cancer survivorship care in primary care; a qualitative study on the experiences of general practitioners. BMC Prim Care 2022;23:13.

Ook op enkel groente groei je goed

Aimée Kok-Pigge

Kinderen met een vegetarisch dieet verschillen niet klinisch relevant van hun niet-vegetarische leeftijdsgenoten in groei en bloedwaarden als ijzerstatus, vitamine D en lipiden. Kinderen die naast een vegetarisch dieet ook geen of weinig koemelk drinken, hebben wel lagere serumlipidenwaarden.

Dit blijkt uit een Canadees longitudinaal cohortonderzoek van 8907 kinderen, onder wie 248 vegetariërs en 25 veganisten. De gemiddelde leeftijd op baseline was 2,2 jaar (SD 1,5); 52% jongens. De gemiddelde follow-updduur was 2,8 jaar (SD 1,7).
Tussen kinderen met een vegetarisch en niet-vegetarisch dieet vonden onderzoekers geen verschil in BMI (gemiddeld verschil 0,01; 95%-BI -0,07 tot 0,09; p = 0,84) en lengte (gemiddeld verschil 0,08; 95%-BI -0,17 tot 0,001; p = 0,054).
Vegetarisch etende kinderen hadden een verhoogd risico op ondergewicht (OR 1,87; 95%-BI 1,19 tot 2,96; p = 0,007). Deze kinderen waren echter gemiddeld jonger (2,9 jaar versus 3,8 jaar). Ook was een relatief hoger percentage van hen van Aziatische afkomst (30% versus 18%). Mogelijk overschat de BMI-berekening de kans op ondergewicht voor deze groep.
Vegetarisch etende kinderen die geen koemelk dronken, hadden gunstigere HDL-waarden (p = 0,03), totaalcholesterol (p = 0,04) en LDL-cholesterol (p = 0,02) dan zowel de vegetarisch

Inhalatiecorticosteroïden effectief bij milde COVID-19?

Lidewij Broekhuizen

Inflammatie in longweefsel is een van de veronderstelde mechanismen achter langdurige of ernstige COVID-19. Inzetten van inhalatiecorticosteroïden (ICS) ligt voor de hand, maar zijn ze effectief? Een cochranereview rapporteert dat ICS de kans op opname of sterfte waarschijnlijk verminderen, maar de kwaliteit van het bewijs is matig.

Foto: Shutterstock

In het begin van de jaren ’80 kwamen ICS op de markt. Ze zorgden voor een spectaculaire daling van ziekenhuisopnames en sterfte bij astma. Vanwege hun ontstekingsremmende en immunomodulerende eigenschappen kunnen ICS ook effectief zijn bij ernstige COVID-19. De afgelopen 2 jaren werden daarom trials gestart naar het effect van ICS bij COVID-19. Auteurs van een cochranereview voerden recent een systematisch literatuuronderzoek uit over het gepubliceerde bewijs tot oktober 2021. Zij vonden 3 placebogecontroleerde trials waarin het effect van budesonide of ciclesonide werd vergeleken met placebo bij in totaal 2171 volwassen ambulante deelnemers uit het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten met milde COVID-19.
De gemiddelde leeftijd in de 3 trials varieerde tussen 44 en 55 jaar en 52% was vrouw. De onderzoekers vonden alleen een gunstig effect van ICS op het gecombineerde eindpunt sterfte en ziekenhuisopname na 30 dagen (RR 0,72; 95%-BI 0,51 tot 0,99), en op geheel herstel op dag 14 (RR 1,19; 95%-BI 1,09 tot 1,30). De bewijskracht hiervoor was echter matig. Voor de andere eindpunten inclusief bijwerkingen vonden zij geen effect, maar de bewijskracht hiervoor was slecht. Cochrane Database zal deze review updaten na publicatie van aanvullende trials. Hiermee behoren ICS tot de mogelijke interventies bij individuele patiënten met COVID-19. Maar wel met goede toelichting en tijdige evaluatie en stopadvies. De NHG-Standaard COVID-19 geeft hier praktische richtlijnen voor en adviseert ICS afhankelijk van leeftijd, vaccinatiestatus en ernst van de klachten. ■

Griesel M, et al. Inhaled corticosteroids for the treatment of COVID-19. Cochrane Database Syst Rev 2022;3:CD015125.

Foto: Shutterstock

etende kinderen die minimaal 2 glazen dronken, als de niet-vegetarisch etende leeftijdsgenoten. Voor deze laatste 2 groepen waren de waarden vergelijkbaar.
Vegetarisch etende kinderen hadden geen lagere ijzer- en vitamine D-waarden. Toch nemen veel mensen aan dat kinderen hun ijzer en vitamine D vooral halen uit vlees en koemelk. Mogelijk speelt vitamine D-suppletie een rol, maar hierover wordt niet gerapporteerd.

Samengevat lijkt een vegetarisch dieet op jonge kinderleeftijd geen invloed te hebben op de groei en de essentiële voedingsstatus. Wel is het verstandig om bij jonge vegetariërs met (een verhoogd risico op) ondergewicht extra aandacht te hebben voor een volwaardig dieet. ■

Elliott LJ, et al. Vegetarian diet, growth, and nutrition in early childhood: a longitudinal cohort study. Pediatrics 2022;149:e2021052598.

Strategieën om niet-gepaste diagnostiek terug te dringen

Pauline Heus, Sander van Doorn, Toshihiko Takada, Christiana Naaktgeboren, Jan-Willem Weenink, Simone van Dulmen, et al.

Een diagnostische test heeft niet altijd zin, kan de patiënt nodeloos belasten en tot onnodige kosten leiden. Toch nemen huisartsen geregeld voor de zekerheid een diagnostische test af, ook als deze niet nodig is, bijvoorbeeld wanneer patiënten op diagnostisch onderzoek aandringen. Dergelijke vormen van niet-gepaste zorg zijn niet gemakkelijk terug te dringen. Welke strategieën kunnen het inzetten van niet-gepaste diagnostische tests in de eerstelijnssetting indammen (deïmplementatie)?

Het gebruik van diagnostische tests in de eerste lijn neemt toe, terwijl een deel daarvan geen toegevoegde waarde voor patiënten heeft.[1,2] Exacte cijfers uit Nederland ontbreken, maar in het Verenigd Koninkrijk nam de eerstelijnsdiagnostiek in de periode 2000-2015 jaarlijks met 8,5% toe.[1] Uit een systematisch literatuuronderzoek bleek dat het percentage diagnostische tests dat in de eerste lijn werd ingezet aanzienlijk varieerde, ondanks het feit dat hiervoor aanbevelingen in richtlijnen ontbraken.[2] Afhankelijk van de onderzochte test lag dit percentage tussen 0,2% en 100%. Zo zetten huisartsen echocardiografie consequent overmatig in (77% in een Nederlands onderzoek en 92% in het Verenigd Koninkrijk), terwijl er bij urinekweken (36%-77%; 4 onderzoeken), endoscopie (8%-54%, 11 onderzoeken) en colonoscopie (8%-52%; 2 onderzoeken) meer variatie was. Artsen vragen tests aan uit diagnostische onzekerheid en overschatten de waarde van een test. Maar ook patiënten verzoeken om diagnostiek, vaak uit ongerustheid.[3] Hoewel richtlijnen als de NHG-Standaarden hiertoe heldere aanbevelingen doen, blijkt dat het achterwege laten van klinisch handelen lastiger is dan het uitvoeren ervan.[4,5]

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor niet-gepaste zorg en het terugdringen ervan (deïmplementatie). Onder niet-gepaste zorg verstaan we zorg die de patiënt niet ten goede komt vanuit het oogpunt van effectiviteit of efficiëntie, gelet op beschikbare alternatieven, potentiële schade, kosten of voorkeuren van de patiënt.[6,7] Voorbeelden van niet-gepaste diagnostiek in de huisartsenpraktijk zijn röntgenfoto's bij artrose of het uitvoeren van vitaminebepalingen. Bekende (inter)nationale initiatieven gericht op het verminderen van niet-gepaste zorg zijn 'Choosing wisely' en het programma 'Doen of laten'. In enkele systematische literatuuronderzoeken werden strategieën bekeken om niet-gepaste zorg terug te dringen, maar geen daarvan betrof deïmplementatie van eerstelijnsdiagnostiek.[7-9] Het doel van ons onderzoek is dan ook om te achterhalen welke strategieën effectief zijn bij het terugdringen van het gebruik van niet-gepaste diagnostische tests in de eerstelijnssetting.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van: Takada T, Heus P, Van Doorn S, Naaktgeboren CA, Weenink JW, Van Dulmen SA, et al. Strategies to reduce the use of low-value medical tests in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract 2020;70:e858-65. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Zoekactie en selectie van artikelen

Voor dit systematische literatuuronderzoek zochten we in november 2019 in MEDLINE, Embase en de Rx for Change-database naar gerandomiseerde onderzoeken die een strategie evalueerden om het gebruik van niet-gepaste diagnostische tests in een eerstelijnssetting terug te dringen.

We includeerden onderzoeken in het Engels, Duits, Frans of Nederlands met een publicatiedatum vanaf 1990. Onderzoeken naar de naleving van een richtlijn includeerden we alleen wanneer ze ten doel hadden om niet-gepaste diagnostische tests te reduceren. Twee auteurs voerden de selectie onafhankelijk van elkaar uit. Ze bespraken discrepanties en legden deze zo nodig voor aan een derde auteur.

Gegevensextractie en kwaliteitsbeoordeling

Van alle geïncludeerde onderzoeken noteerden we:

Infographic

Welke strategieën zijn effectief in het terugdringen van het gebruik van niet-gepaste diagnostische tests in een eerstelijns setting?

Onderzoek uitgevoerd met een systematisch literatuuroverzicht

Onderzoek

16 Relevante onderzoeken, voornamelijk naar:

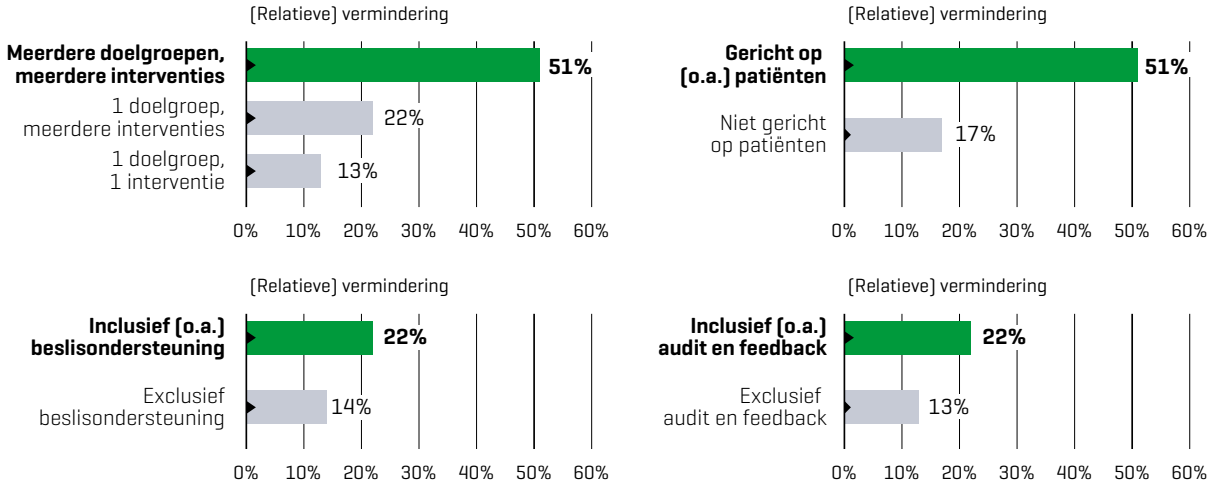
69% Terugdringen beeldvormende diagnostiek

50% Terugdringen laboratoriumdiagnostiek

10 Onderzoeken geschikt voor kwantitatieve analyse

Resultaat

Strategieën met de meeste potentie



Conclusie

De krachtigste strategieën die niet-gepaste diagnostische tests in een eerstelijnssetting effectief terugdringen, houden rekening met verschillende factoren. Deze strategieën bestaan uit **meer dan alleen educatie** en zijn **niet alleen gericht op de zorgverlener**, maar ook op **de patiënt en/of organisatie**.

1) de kenmerken van de onderzoeksopzet, 2) het type diagnostische test (laboratorium-, beeldvormend of functieonderzoek), 3) de rol van de test (screening, diagnose, stadiëring, monitoring), 4) de deïmplementatiestrategie en 5) de uitkomsten.We onderscheidden 9 categorieën interventies, verdeeld over 4 doelgroepen (zorgverlener, patiënt, organisatie, gezondheidszorgsysteem):

- scholing
- educatief materiaal
- beslisondersteuning (waaronder pop-ups in het patiëntendossier)
- audit en feedback
- patiëntgerichte interventies
- organisatorische interventies
- structurele interventies
- wet- en regelgeving
- financiële interventies.

Deze baseerden we op de taxonomie van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group.[10]
Om de methodologische kwaliteit van elk van de geïncludeerde onderzoeken te beoordelen gebruikten 2 auteurs onafhankelijk van elkaar de Cochrane Risk of Bias-tool, aangevuld met 3 domeinen die zijn gerelateerd aan clustergerandomiseerd onderzoek (*recruitment bias*, *unit of measurement error* en *baseline imbalances*).[11,12] Opnieuw bespraken ze verschillen en legden deze zo nodig voor aan een derde auteur.

Potentiële belemmeringen bij het terugdringen van niet-gepaste diagnostiek

Verdieping op basis van internationale literatuur

Terugdringen niet-gepaste diagnostiek vraagt om **gedragsverandering**

Er zijn allerlei factoren die gedragsverandering kunnen **belemmeren**

Onzekerheid en angst om de diagnose te missen zijn van invloed

Graag diagnostiek willen doen als **erom gevraagd** wordt, speelt ook een grote rol

Communicatie met de patiënt hierover vereist bepaalde **vaardigheden** en **kost tijd**; redenen waarom een zorgverlener toch kan kiezen voor niet-gepaste diagnostiek.

Literatuurverantwoording
Van Dulmen SA, Naaktgeboren CA, Heus P, Verkerk EW, Weenink J, Kool RB, Hooft L. Barriers and facilitators to reduce low-value care: a qualitative evidence synthesis. BMJ Open 2020;10:e040025.

Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 2017;358:j3879.

Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation- a scoping review. Healthcare 2016;4:36.

Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. J Contin Educ Health Prof 2007;27:94-102.

Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers- a qualitative study. BMC Health Serv Res 2003;3:8.

Analyse

De primaire uitkomstmaat was het effect van de deïmplementatiestrategie op het gebruik van (niet-gepaste) diagnostische tests. Om de resultaten van de verschillende onderzoeken te kunnen vergelijken, berekenden we per onderzoeksarm het relatieve effect ten opzichte van de baseline en vervolgens het verschil tussen de interventie- en controlearmen (het netto relatieve effect). We keken daarbij naar effecten op de korte en de lange termijn.
Secundaire uitkomstmaten waren nadelige gevolgen van niet-uitgevoerde diagnostische tests, alternatief zorggebruik, kosteneffectiviteit en patiëntgerapporteerde uitkomstmaten.

RESULTATEN

Geïncludeerde onderzoeken

De zoekactie resulteerde in 4590 artikelen. Zestien onderzoeken voldeden aan onze selectiecriteria, waarvan 1 met een clustergerandomiseerde onderzoeksopzet.[13-29]
Elf onderzoeken evalueerden het terugdringen van beeldvormend onderzoek, 8 laboratoriumdiagnostiek en 3 functieonderzoek. (Sommige onderzoeken richtten zich op meer dan 1 type diagnostiek, waardoor het totale aantal optelt tot meer dan 16). De rol van de test(s) betrof de diagnose in 12 onderzoeken, screening in 7 en monitoring in 6. Vier onderzoeken bevatten geen omschrijving van de rol van de test.
In 6 onderzoeken bestond de deïmplementatiestrategie uit een enkele interventie gericht op 1 doelgroep, te weten zorgverleners. De meest gebruikte interventies waren educatief materiaal of beslisondersteuning, zoals pop-up-notificaties (beide in 2 onderzoeken; 33%). Zeven onderzoeken richtten zich ook alleen op zorgverleners, maar dan met een combinatie van interventies, veelal educatief materiaal en audit en feedback (elk in 6 onderzoeken; 86%). De 3 overige onderzoeken hadden meer dan 1 doelgroep voor hun deïmplementatiestrategie. Naast zorgverleners waren dat patiënten (2 onderzoeken) of de organisatie (1 onderzoek).
Vier onderzoeken (25%) hadden een lage kans op vertekening. De meest voorkomende aspecten die in de overige onderzoeken tot mogelijke vertekening leidden, waren het ontbreken van blindering van deelnemers en personeel (n = 11; 69%), onvolledige informatie over de randomisatieprocedure (n = 9; 56%) of methodologische tekortkomingen van de clustergerandomiseerde onderzoeksopzet (n = 7/15; 47%).

Effectiviteit van deïmplementatiestrategieën

Elf onderzoeken (69%) vermeldden een afname van het gebruik van diagnostische tests, in de overige 5 onderzoeken had de deïmplementatiestrategie geen effect.
Tien onderzoeken (63%) rapporteerden de benodigde gegevens om relatieve reducties van het gebruik van diagnostische tests te kunnen berekenen. De voornaamste resultaten van deze kwantitatieve analyse staan in de [**infographic**]. Een combinatie van interventies gericht op meerdere doelgroepen was effectiever dan een strategie gericht op een enkele

doelgroep. Vooral de inzet van beslisondersteuning, audit en feedback of patiëntenvoorlichting leek effectief.
Twee onderzoeken evalueerden ook het effect van de strategie op de langere termijn en concludeerden dat de houdbaarheid van het behaalde effect beperkt was, ondanks een aanvankelijke reductie.

Secundaire uitkomstmaten
Drie onderzoeken (19%) rapporteerden resultaten voor 1 van de secundaire uitkomstmaten. Eén onderzoek vond geen nadelige gevolgen van niet-uitgevoerde diagnostische tests en een ander onderzoek concludeerde dat de deïmplementatiestrategie niet kosteneffectief was. Een derde onderzoek vond een grotere tevredenheid onder patiënten over een interventie die gericht was op het bevorderen van patiëntgerichte communicatie, dan onder patiënten uit de controlegroep die deze interventie niet kreeg.

BESCHOUWING

Vergelijking met ander onderzoek
Onze bevindingen komen overeen met die van systematische literatuuronderzoeken naar gepast gebruik van diagnostische tests in andere settings dan de eerste lijn of met bevindingen die (mede) gebaseerd zijn op observationeel onderzoek. Meerdere systematische literatuuronderzoeken toonden bijvoorbeeld aan dat niet-gepaste laboratoriumdiagnostiek in een ziekenhuissetting succesvol kan worden teruggedrongen.[8,30,31] Een andere review vond dat meervoudige interventies effectiever waren dan enkelvoudige interventies in het bevorderen van gepast gebruik van diagnostische tests in diverse settings.[32] Een review over het effect van deïmplementatiestrategieën (zowel diagnostiek als behandeling en in diverse settings) vond net als wij dat strategieën die zich (ook) op patiënten richtten, effectiever waren.[7]

Beperkingen van het onderzoek
Methodologische tekortkomingen in de geïncludeerde onderzoeken hebben er mogelijk toe geleid dat resultaten over- of onderschat zijn. Daarnaast konden we 6 onderzoeken niet in de analyse opnemen, omdat we niet over gegevens beschikten om een relatieve reductie uit te rekenen. Vanwege het geringe aantal onderzoeken in sommige categorieën moeten we de analyse van kenmerken van deïmplementatiestrategieën in relatie tot de effectiviteit met enige voorzichtigheid interpreteren. Ten slotte was er sprake van aanzienlijke verschillen tussen de onderzoeken, vooral qua type en rol van de diagnostische test en de gekozen deïmplementatiestrategieën. Hierdoor was het lastig om te bepalen wat de specifieke invloed van elk van deze factoren op het reduceren van niet-gepaste diagnostiek is.

Implicaties voor praktijk en onderzoek
Niet-gepaste diagnostiek heeft geen toegevoegde waarde en zal de ongerustheid bij patiënten nauwelijks wegnemen.[33] Ze kan echter wel tot onnodige belasting van patiënten en mogelijk tot bijwerkingen leiden. Ook kost ze tijd en geld. Daarmee is deïmplementatie niet alleen een zaak van de (huis)arts en de patiënt, maar is het ook vanuit maatschappelijk perspectief van belang om niet-gepaste diagnostiek terug te dringen. Onze bevindingen tonen aan dat dit mogelijk is. Huisartsen die zouden willen bijdragen aan het verminderen van niet-gepaste diagnostiek kunnen ten eerste via spiegelinformatie nagaan of ze relatief veel diagnostiek aanvragen. Vervolgens kunnen ze het beste inzetten op een combinatie van interventies, gericht op meerdere doelgroepen en passend bij de specifieke context. De aandoening waarnaar niet-gepaste diagnostiek wordt verricht (zeer ernstig of juist onschuldig en veelvoorkomend) of de belasting door de diagnostische test (voor de patiënt, de tijdsbelasting voor de huisarts of de kosten voor de maatschappij) bepaalt bijvoorbeeld op welke potentieel relevante doelgroepen en hun belangen de interventies afgestemd kunnen worden. Zo zal spiegelinformatie aan huisartsen op zichzelf vermoedelijk maar een zeer beperkt effect hebben wanneer vooral het gedrag van patiënten leidt tot het aanvragen van niet-gepaste diagnostiek. Dan heeft het meerwaarde om in te zetten op patiëntenvoorlichting door actief te verwijzen naar bijvoorbeeld Thuisarts.nl.
Voor geslaagde deïmplementatie is van diverse partijen een gezamenlijke inspanning nodig. Het NHG zou een leidende rol kunnen nemen bij het ondersteunen van huisartsen. NHG-Standaarden zouden niet alleen aandacht kunnen besteden aan het vermijden van niet-gepaste diagnostiek, maar ook aan de implementatie van dergelijke strategieën in de praktijk. Een daarvoor ontwikkeld instrument is het Diagnostisch Toetsoverleg (DTO).

WAT IS BEKEND?
- Het gebruik van diagnostische tests in een eerstelijnssetting neemt toe en een deel ervan is niet van toegevoegde waarde voor patiënten.
- Het is niet eenvoudig om bestaande routines en gedrag aan te passen om niet-gepaste zorg terug te dringen.

WAT IS NIEUW?
- Deïmplementatiestrategieën gericht op meerdere doelgroepen en bestaande uit een combinatie van interventies, waaronder beslisondersteuning, audit en feedback, en patiëntgerichte interventies, hebben de meeste potentie om niet-gepaste diagnostiek in de eerste lijn te reduceren.
- Naast effectiviteit is inzicht in mogelijke nadelige gevolgen van niet-uitgevoerde tests, alternatief zorggebruik, kosteneffectiviteit, patiëntgerapporteerde uitkomstmaten en de houdbaarheid van het behaalde effect van belang voor een bredere toepassing van dergelijke strategieën.

Het is mogelijk om het gebruik van niet-gepaste diagnostiek in de eerste lijn terug te dringen en daarvoor is een gezamenlijke inspanning nodig.

Foto: Shutterstock

CONCLUSIE

Het is mogelijk om het gebruik van niet-gepaste diagnostiek in een eerstelijnssetting terug te dringen, vooral door een combinatie van interventies, waaronder beslisondersteuning (zoals pop-ups), audit en feedback, en op patiëntgerichte interventies. Naast inzicht in de effectiviteit van deïmplementatiestrategieën is kennis over mogelijke nadelige gevolgen, alternatief zorggebruik, kosteneffectiviteit, patiëntgerapporteerde uitkomstmaten en houdbaarheid van het behaalde effect ook van belang voor een bredere inzet van dergelijke strategieën. ■

LITERATUUR

1. O'Sullivan JW, Stevens S, Hobbs FDR, Salisbury C, Little P, Goldacre B, et al. Temporal trends in use of tests in UK primary care, 2000-15: retrospective analysis of 250 million tests. BMJ 2018;363:k4666.
2. O'Sullivan JW, Albasri A, Nicholson BD, Perera R, Aronson JK, Roberts N, et al. Overtesting and undertesting in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2018;8:e018557.
3. Van Bokhoven MA, Pleunis-van Empel MC, Koch H, Grol RP, Dinant GJ, Van der Weijden T. Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice. BMC Fam Pract 2006;7:75.

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

Heus P, Van Doorn S, Takada T, Naaktgeboren CA, Weenink JW, Van Dulmen SA, Hooft L. Strategieën om niet-gepaste diagnostiek terug te dringen. Huisarts Wet 2022;65(8):10-4. DOI:10.1007/s12445-022-1522-y.
Cochrane Netherlands, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, UMC Utrecht, Universiteit Utrecht, Utrecht: dr. P. Heus, assistant professor, p.heus@umcutrecht.nl; prof. dr. L. Hooft, hoogleraar Synthese en disseminatie van onderzoek in de gezondheidszorg; Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde: dr. S. van Doorn, assistant professor, huisarts; dr. T. Takada, assistant professor, huisarts. Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy and Management, Rotterdam: dr. J.W. Weenink, assistant professor. Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, IQ Healthcare, Nijmegen: dr. S.A. van Dulmen, senior onderzoeker. Vektis Intelligence: dr. C.A. Naaktgeboren, epidemioloog.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Protocol los!

Voorwaarden voor diabeteszorg op maat

Sytske van Bruggen, Marise Kasteleyn, Simone Rauh, Julia Meijer, Karin Busch, Mattijs Numans, et al.

Zorgprotocollen worden soms als een hinderpaal voor zorg-op-maat ervaren. Veel huisartsen zouden bij patiënten met een goede diabetescontrole meer willen doen met zelfmanagement en persoonsgerichte zorg. Wij lieten 4 praktijken waar de diabeteszorg goed was georganiseerd experimenteren met de implementatie van zelfmanagementinterventies in plaats van protocollaire zorg. De ontheffing van het protocol werkte inspirerend, maar gaf ook onzekerheid. We identificeerden 3 randvoorwaarden voor succesvolle zorg-op-maat: oog voor de behoeften van patiënten, goede samenwerking binnen het praktijkteam en goed functionerende e-health-toepassingen. Deze voorwaarden hebben we verwerkt in een stappenplan.

De eerstelijns diabeteszorg is in Nederland verregaand geprotocolliseerd. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert minimaal eens per jaar een aantal biomedische parameters (HbA1c, bloeddruk, LDL) en leefstijlfactoren (rookgedrag, BMI, lichaamsbeweging) in kaart te brengen. Zij vormen de 'kernset' van diabetesindicatoren.[1] Veel huisartsen hebben zich daarom in het afgelopen decennium verenigd in zorggroepen die een breed palet van voorzieningen bieden rondom diabeteszorg, van logistieke en praktijkondersteuning tot geaccrediteerde nascholing en onderhandelingen met zorgverzekeraars.
Veel zorggroepen bieden ketenzorgprotocollen aan voor diabetes type 2. Onderzoeken hebben uitgewezen dat dit samengaat met significant betere monitoring van patiënten en gunstiger HbA1c-uitkomsten.[2,3] In sociaaleconomisch kwetsbare wijken is de HbA1c-winst zelfs nog groter.[4] Tegelijkertijd roept deze protocollaire aanpak ook vragen op. Sommige huisartsen vinden het protocol te beperkend, onvoldoende flexibel of zelfs een inbreuk op hun professionele autonomie.[5] Ook de bijkomende registratieverplichtingen ervaren sommigen als belastend.[6]
Om de ontwikkeling van zorg-op-maat bij diabetespatiënten te stimuleren, hebben we bij de zorggroep Haaglandse Dokters (Hadoks) het effect van protocolvrije zorg geëvalueerd en onderzocht wat de randvoorwaarden zijn voor succesvolle implementatie van zelfmanagementinterventies. Voor een samenvatting van het proefschrift dat uit dit onderzoek voortkwam, zie de [**online bijlage**].

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Van Bruggen S, Kasteleyn MJ, Rauh SP, Meijer JS, Busch KJG, Numans ME, Chavannes NH. Experiences with tailoring of primary diabetes care in well-organised general practices: a mixed-methods study. BMC Health Serv Res 2021;21:1218. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Aan ons onderzoeksproject, 'Protocol los', deden 4 huisartsenpraktijken mee die volgens de kwaliteitsstandaard van Hadoks hun ketenzorgprogramma's uitstekend op orde hadden. In het kader van dit project konden de 4 deelnemende praktijken het ketenzorgprotocol loslaten bij patiënten die ≥ 1 jaar gestructureerde diabeteszorg ontvingen en een relatief gunstig HbA1c hadden, en in plaats daarvan een of meer vervangende interventies kiezen om zorg-op-maat te bieden. Een landelijke *toolkit* met een kleine 100 zelfmanagementinterventies, variërend van gesprekshulpen in de spreekkamer tot instrumenten voor groepseducatie en digitale hulpmiddelen, diende als inspiratiebron.[7] De praktijken waren niet verplicht om een interventie uit deze toolkit te kiezen en ze konden naar eigen inzicht een implementatieplan opstellen.
Het effect van deze maatregelen maten we op 2 manieren. Ten eerste onderzochten we in groepsbijeenkomsten en individuele interviews op locatie hoe de praktijken de protocolvrije zorg ervoeren. Dat deden we aan de hand van een vaste lijst van onderwerpen en alle gesprekken werden opgenomen en getranscribeerd. Bij het vaststellen van de onderwerpen en bij de analyse volgden we een model dat de betrouwbaarheid van de implementatie in kaart brengt.[8]

WAT IS BEKEND?

- De eerstelijns diabeteszorg is in Nederland verregaand geprotocolliseerd; soms gaat dat ten koste van zorg-op-maat.
- Praktijken hebben in de hectiek van de dagelijkse praktijkvoering vaak moeite om zelfmanagementinterventies te implementeren.

WAT IS NIEUW?

- Zorg-op-maat kan niet voor iedere praktijk en voor iedere patiënt op dezelfde manier worden ingevuld.
- Als men voldoende aandacht besteedt aan de behoeften van de praktijkpopulatie en aan goede samenwerking binnen het team, ontstaat er vanzelf een sterke drive om de gekozen zelfmanagementinterventies grondig te implementeren.
- Protocolvrije zorg heeft ontegenzeggelijk belangrijke voordelen, maar ten minste 1 jaarlijkse controle van de kernindicatoren blijft aan te bevelen.

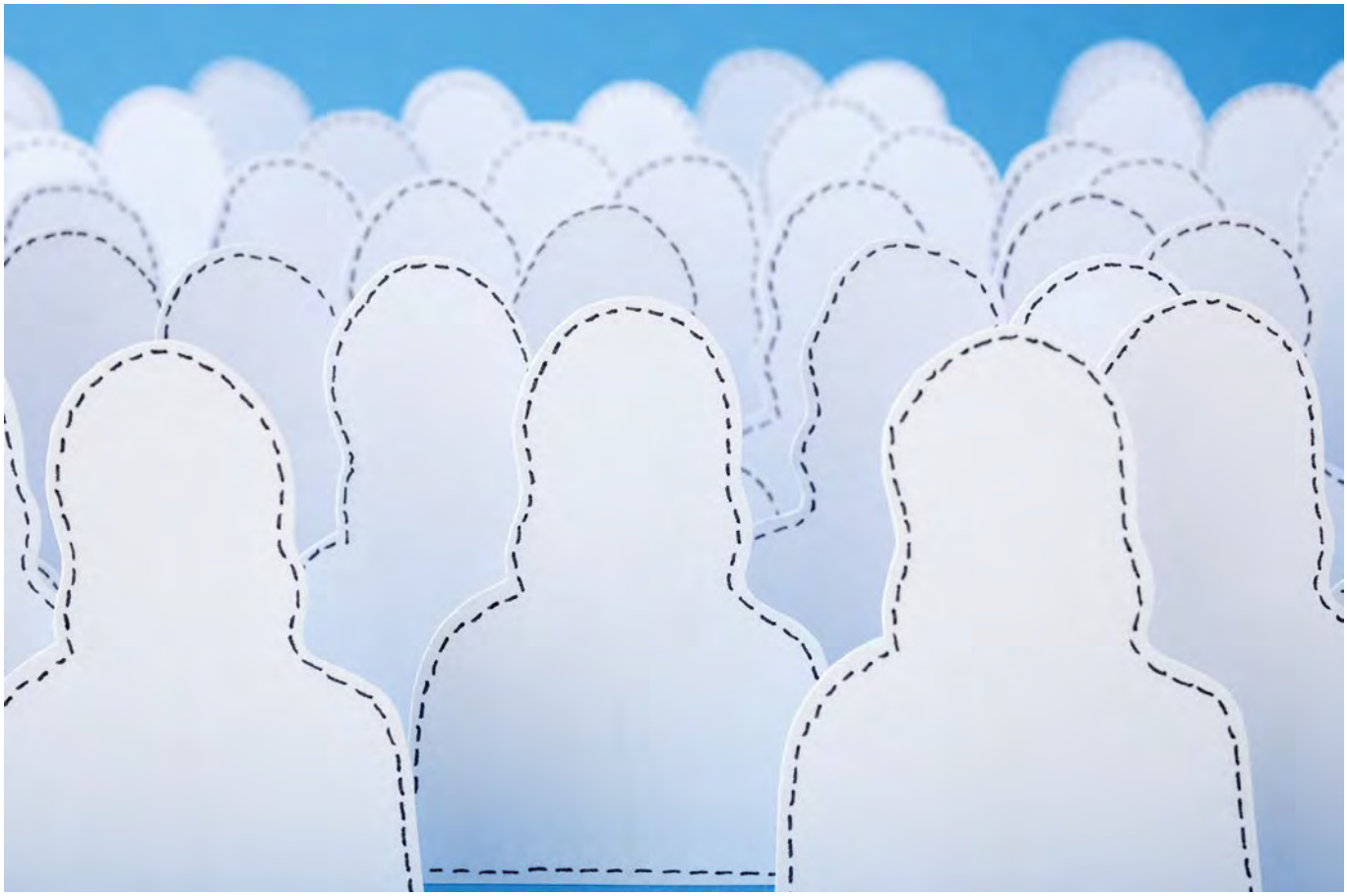
Ten tweede gingen we na hoe de patiënten de protocolvrije zorg en de zelfmanagementinterventies ervoeren. Daartoe vroegen we hen aan het begin en na afloop van het project vragenlijsten in te vullen over hun tevredenheid met de diabeteszorg, hun algemeen welbevinden en hun ervaren gezondheid. Verder maten we of monitoring op peil bleef en of de kernindicatoren (HbA1c, bloeddruk, LDL, BMI, rookgedrag en lichaamsbeweging) minstens eens per jaar werden gecontroleerd .

RESULTATEN

Effect op praktijken: ruimte voor reflectie

Voor de meeste praktijken voelde het als een bevrijding dat ze het ketenzorgprotocol konden loslaten. Maar het zorgde ook voor onzekerheid, want de praktijken werden op zichzelf teruggeworpen: hoe schat je in wat de juiste zorg is voor een gegeven patiënt? Niettemin vonden de meeste praktijken de ruimte om na te denken over de vraag hoe ze diabeteszorg het best konden afstemmen op hun patiënten.

De sociaaleconomische kenmerken en gezondheidsvaardigheden van de patiëntenpopulatie verschilden per praktijk. Deze diversiteit zagen we terug in de gekozen zelfmanagementinterventies, die uiteenliepen van een sms-service om de opkomst van sociaaleconomisch kwetsbare patiënten bij het diabetesspreekuur te verbeteren tot een digitaal portaal waarop meer welgestelde patiënten thuis hun gezondheidsuitkomsten konden monitoren en het consult konden voorbereiden. Eén praktijk koos voor een getrapte aanpak: de behoeften werden eenmalig geïnventariseerd bij een patiëntenpanel, waarna de door het panel aanbevolen



Protocolvrije zorg heeft veel voordelen, maar ten minste 1 jaarlijkse controle van de kernindicatoren blijft belangrijk. Foto: iStock

interventies werden gepresenteerd op een grote gezondheidsmarkt waar patiënten zich konden inschrijven voor een interventie. Een andere praktijk koos ervoor om bij zelfstandige patiënten het aantal controleconsulten te verminderen.

Randvoorwaarden voor zelfmanagementinterventies
In onze analyse kwamen we tot een drietal randvoorwaarden voor succes bij het vervangen van protocollaire zorg door zelfmanagementinterventies.

- Oog voor de behoeften van de patiëntpopulatie. Een duidelijk beeld van de behoeften van de patiënten – die per praktijk dus aanzienlijk konden verschillen – bleek een krachtige stimulans om het implementatieproces grondig aan te pakken. Bij vertragingen en tegenvallers gaf de focus op het patiëntenperspectief praktijken de energie om de schouders eronder te blijven zetten.
- Samenwerking binnen het praktijkteam. Het implementatieproces verliep beter als de verschillende geledingen van de praktijk – huisartsen, praktijkondersteuners, assistenten – goed samenwerkten, met zorgvuldig overleg over de beoogde interventie(s), een implementatieplan dat door het hele team gedragen werd en voldoende afstemming over logistieke zaken.
- Haalbare interventies die probleemloos werken. Het digitale patiëntenportaal bijvoorbeeld had technische tekortkomingen die zowel voor de zorgverleners als voor de patiënten hinderlijk waren. Door gebrek aan kennis over de techniek en de gebruikerservaring is het voor huisartsenpraktijken soms lastig om te beoordelen of een e-healthinstrument in hun situatie wel bruikbaar is. Daarom raden we aan om samenwerking te zoeken met academische expertisecentra. Die hebben deze kennis wel en kunnen onafhankelijk advies geven.

Effect voor patiënten: minder monitoring, minder tevredenheid
Het percentage patiënten dat volgens protocol gemonitord werd, was na 2 jaar significant afgenomen, van 91 tot 72%. Ook de patiënttevredenheid was licht gezakt, van 30,9 naar 29,2 punten op de Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (schaalbereik 0-36). Ten aanzien van welbevinden en kwaliteit van leven werden geen significante verschillen gevonden.

BESCHOUWING

Van de 4 praktijken in ons onderzoek wisten er 2 zorg-op-maat te verwezenlijken. Cruciale succesfactoren bleken voldoende inzicht in de behoeften van de patiënten en goede (of voldoende) samenwerking binnen het team. De teleurstellende ervaringen met het patiëntenportaal tonen nog maar eens aan hoe belangrijk het is dat online tools voldoende 'rijp' alvorens men probeert ze te implementeren.

Sterke en zwakke punten
De kracht van ons onderzoek is de combinatie van kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorgverleners en kwantitatieve analyse op patiëntniveau. Een ander sterk punt is dat in het onderzoeksteam diverse disciplines vertegenwoordigd waren – gedragswetenschappers, epidemiologen en praktiserend huisartsen –, wat de betrouwbaarheid van onze bevindingen versterkt. Een zwak punt is het geringe aantal deelnemende praktijken – al dragen de grote sociaaleconomische en culturele verschillen tussen de praktijkpopulaties wel bij aan de betrouwbaarheid van onze bevindingen. Verder mag men niet uit het oog verliezen dat ons patiëntenonderzoek een observationeel karakter had en dus geen causale conclusies toelaat. Twee laatste beperkingen zijn dat het aantal deelnemende patiënten relatief klein was en dat we geen gezondheidsuitkomsten hebben onderzocht. Om diepergaand inzicht te verkrijgen in de impact van protocolvrije zorg-op-maat op patiënten is vervolgonderzoek noodzakelijk.

IN 4 STAPPEN NAAR STERKE, PERSOONSGERICHTE DIABETESZORG

1. Werk aan een solide basis. Gebruik bij de implementatie een protocol met systematische ondersteuning om de diabeteszorg te structureren.
2. Bezint eer ge begint. Ga na hoe zorg-op-maat in de eigen praktijk bij de eigen patiënten gestalte kan krijgen. Neem de ruimte om na te denken over wat 'zorg-op-maat' voor hen betekent, verken actief hun behoeften, draag zorg voor een goede samenwerking binnen het team en let erop dat interventies haalbaar zijn binnen de praktijk.
3. Probeer te voorkomen dat patiënten uit zicht raken. Hoe de interventie er ook uitziet, let erop dat iedere patiënt in ieder geval eens per jaar in de praktijk wordt gezien.
4. Houd rekening met specifieke zorgbehoeften, afhankelijk van sociaaleconomische status: wees er alert op dat 'zorg-op-maat' kan betekenen dat men extra houvast moet bieden aan sociaaleconomisch kwetsbare patiënten.

Discussie
Onze bevindingen sluiten aan op een internationale discussie rondom de vraag waarom zelfmanagementinterventies vaak zo weinig lijken op te leveren. Daarin wordt onder andere naar voren gebracht dat huisartsenpraktijken in de hectiek van alledag vaak onvoldoende prioriteit geven aan een zorgvuldige implementatie en dat er dus andere stimulansen nodig zijn.[9] Wij menen die stimulansen te hebben gevonden: het mogen loslaten van het ketenzorgprotocol en de vrijheid om interventies te kiezen die passen bij de eigen praktijk en patiëntenpopulatie. Voor de praktijken in ons onderzoek bleek dit voldoende om uitstekende zorg-op-maat tot stand te brengen. Wel is het voor een praktijk vaak lastig te bepalen welke apps en online tools geschikt zijn voor implementatie. Daartoe kan verbinding gezocht worden met een kennisplatform zoals het National eHealth Living Lab (NeLL), waarin de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde van het LUMC

samenwerkt met nationale en internationale partners. Ook het NHG houdt zich al jaren bezig met de wetenschappelijke onderbouwing van digitale toepassingen, zoals in 2016 een belangrijk onderzoek naar de invloed van Thuisarts.nl op de consultvoering van de Nederlandse huisarts.[10]
Twee uitkomsten vallen op. Een daarvan is dat de patiënttevredenheid ondanks de positieve respons op de geïmplementeerde interventies toch licht afnam. De vraag wat daarvan de oorzaak is, kunnen we binnen onze onderzoeksopzet niet beantwoorden, maar uit bestaande literatuur weten we dat er een relatie bestaat tussen minder consulten en minder tevredenheid.[11]
Een andere opvallende uitkomst is dat er minder patiënten werden gemonitord conform de aanbevelingen in de NHG-Standaard. Dat lijkt onwenselijk, al is het de vraag of bij werkelijk alle patiënten in ons onderzoek alle kernindicatoren jaarlijks gemonitord zouden moeten worden – ook bij degenen met een bewezen stabiele diabetesinstelling. Zo lang dat laatste echter nog niet duidelijk is, raden we aan bij alle patiënten minstens eenmaal per jaar de 6 kernindicatoren te controleren. Er zijn al concrete handreikingen gedaan voor hoe zoiets in een persoonsgericht integraal jaargesprek verwezenlijkt kan worden.[12]

CONCLUSIE

We hebben onze bevindingen vertaald in een concreet stappenplan als handreiking voor huisartsenpraktijken om optimale diabeteszorg te bieden die recht doet aan de behoeften van de individuele patiënt [**kader**]. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Diabetes mellitus type 2. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Utrecht: NHG, 2018. https://richtlijnen.nhg.org, geraadpleegd juni 2022.
2. Van Bruggen S, Rauh SP, Bonten TN, Chavannes NH, Numans ME, Kasteleyn MJ. Association between GP participation in a primary care group and monitoring of biomedical and lifestyle target indicators in people with type 2 diabetes: a cohort study (ELZHA cohort-1). BMJ Open 2020;10:e033085.
3. Van Bruggen S, Rauh SP, Kasteleyn MJ, Bonten TN, Chavannes NH, Numans ME. Association between full monitoring of biomedical and lifestyle target indicators and HbA1c level in primary type 2 diabetes care: an observational cohort study (ELZHA-cohort 1). BMJ Open 2019;9:e027208.

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

Van Bruggen S, Kasteleyn MJ, Rauh SP, Meijer JS, Busch KJ, Numans ME, Chavannes NH. Protocol los! Voorwaarden voor diabeteszorg op maat. Huisarts Wet 2022;65(8):15-8. DOI:10.1007/s12445-022-1514-y.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde (PHEG), Den Haag: dr. S. van Bruggen, onderzoeker, s.van_bruggen@lumc.nl; dr. M.J. Kasteleyn, epidemioloog; prof. dr. M.E. Numans, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof. dr. N.H. Chavannes, huisarts, hoogleraar e-healthtoepassingen in diseasemanagement. Amsterdam UMC, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, Amsterdam: dr. S.P. Rauh. HSK Groep, Den Haag: J.S. Meijer, psycholoog. Hadoks, Den Haag: K.J.G. Busch, huisarts, hoofd Chronische zorg.

Mogelijke belangenverstrengeling: de Eerstelijns Zorggroep Haaglanden, inmiddels gefuseerd tot Hadoks, ontving van Sanofi een subsidie van 10.000 euro voor het project 'Protocol los'.

H&W

Journaalschrijvers gezocht

H&W zoekt nieuwe journaalschrijvers. Ben jij een huisarts (in opleiding) of aioto, en houd je van wetenschap en schrijven? Laat dan je collega's van jouw inzichten profiteren door het schrijven van korte nieuwsberichten op basis van (binnen- of buitenlands) wetenschappelijk onderzoek.

H&W publiceert wekelijks online nieuwsberichten: de journaals. Een selectie hiervan verschijnt maandelijks in print.

In een journaal bespreek je een huisartsgeneeskundig onderzoek in het kort en geef je aan wat de praktiserende Nederlandse huisarts met de nieuwe informatie kan.
De journaals hebben een vast format. Daarbij komt de volle omvang van het vak aan bod en de onderwerpen zijn dan ook zeer divers.

Om dit brede gebied te bestrijken werkt H&W met een poule aan journaalschrijvers (huisartsen, aios en andere wetenschappers), waarvoor wij nog enthousiaste mensen zoeken. Het schrijven van journaals neemt zo'n 3 tot 6 uur per maand in beslag. Je krijgt hiervoor een vergoeding.

Meer informatie en aanmelden

Enthousiast geworden? Meld je dan aan als journaalschrijver bij H&W. Mail naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'journaalschrijver gezocht'.

Heb je nog vragen? Neem dan contact op met hoofdredacteur Gijs Baaten, g.baaten@nhg.org.

H&W Huisarts en Wetenschap
redactie@nhg.org

Koorts op de HAP: vitals, beslisregels en niet-pluisgevoel

Gideon Latten, Lieke Claassen, Jean Muris, Jochen Cals, Patricia Stassen

Bij de beoordeling van patiënten met koorts moeten huisartsen bepalen of ze hen voor behandeling van een infectie naar de spoedeisende hulp doorverwijzen of niet. Daarvoor kunnen ze gebruikmaken van klinische beslisregels waarvoor ze vitale waarden systematisch moeten meten. In hoeverre doen ze dat? In ons onderzoek op de huisartsenpost vonden wij dat huisartsen bij slechts 1 van de 5 patiënten met koorts een complete set vitale waarden registreerden.

Bij iedere patiënt met een infectie moeten huisartsen besluiten of ze deze naar de spoedeisende hulp (SEH) moeten verwijzen. Hoewel verwijzing slechts in de minderheid van gevallen nodig is, kan vertraging in de behandeling van een ernstige infectie, zoals een sepsis, de morbiditeit en mortaliteit verhogen. Ter ondersteuning zijn er klinische beslisregels op basis van vitale parameters ontwikkeld, die huisartsen als screeningsinstrumenten voor sepsis kunnen gebruiken. Voorbeelden zijn de Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)-score en de quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA)-score [**tabel**].[1-4]

In een retrospectief interviewonderzoek bleken vitale parameters voor huisartsen minder belangrijk bij het besluit om te verwijzen dan de algemene indruk van patiënt, het pluis/niet-pluisgevoel en de voorgeschiedenis van de patiënt.[5] Wij onderzochten welke vitale waarden huisartsen bij patiënten met koorts op de huisartsenpost (HAP) meten en hoe vaak SIRS-/qSOFA-scores kunnen worden berekend. Verder onderzochten we of vitale waarden, de scores en het pluis/niet-pluisgevoel samenhangen met verwijzing naar de SEH.

Tabel

Klinische beslisregels SIRS en qSOFA

Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)	
	Punten
Temperatuur > 38 °C of < 36 °C	1
Polsfrequentie > 90/minuut	1
Ademfrequentie > 20/minuut of $PaCO_2$ < 32 mmHg/4,3 kPa	1
Leukocyten > 12,000/mm^3 of < 4,000/mm^3 of > 10% onrijpe vormen	1
Score: 0-4 punten, positieve score als ≥ 2 punten	

quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA)	
	Punten
Ademfrequentie ≥ 22/minuut	1
Veranderd bewustzijn (EMV < 15)	1
Systolische bloeddruk ≤ 100 mmHg	1
Score: 0-3 punten, positieve score als ≥ 2 punten	

METHODE

Onderzoeksontwerp, setting en patiëntselectie

In dit prospectieve observationele onderzoek includeerden wij volwassen patiënten met koorts (≥ 38,0 °C) op 2 HAP's in Heerlen en Maastricht (gecombineerd adherentiegebied 430.000 inwoners). Exclusiecriteria waren het niet verkrijgen van toestemming, een taalbarrière en een tweede ziekte-episode binnen de inclusieperiode, omdat het waarschijnlijk is dat de aanpak van huisartsen bij deze patiënten anders is.

Gegevensverzameling

Gedurende de inclusieperiodes vroegen we de diensdoende huisartsen om patiënten te behandelen zoals ze gewend waren en om de gemeten vitale parameters in het patiëntdossier te noteren [**figuur**]. Onderzoeksassistenten includeerden patiënten direct hierna.

Dit artikel is een praktijkgericht bewerking van: Latten GHP, Claassen L, Coumans L, Goedemondt V, Brouwer C, Muris JWM, et al. Vital signs, clinical rules and gut feeling: observational study among fever patients. BJGP Open 2021;5:BJGPO.2021.0125. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- Bij de beslissing om een patiënt met een infectie naar het ziekenhuis te verwijzen, blijken huisartsen vitale parameters minder belangrijk te vinden dan de algemene indruk van patiënt, het pluis/niet-pluisgevoel en de voorgeschiedenis.
- Hoe vaak huisartsen vitale parameters meten en noteren bij patiënten met koorts is niet bekend.
- Het is niet duidelijk of het gebruik van deze waarden in klinische beslisregels samenhangt met verwijzing.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen op de huisartsenpost registreerden slechts bij 1 op de 5 patiënten met koorts een complete set aan vitale parameters.
- Vooral de ademfrequentie legden de huisartsen opvallend weinig vast.
- We vonden verbanden tussen bepaalde vitale parameters en verwijzing naar de SEH.

Na inclusie noteerden we geslacht, leeftijd, duur van klachten en antibioticagebruik tijdens de huidige ziekte-episode, als ook de volgende door de huisarts gemeten vitale parameters (in het meetveld of als vrije tekst): bloeddruk, polsfrequentie, ademfrequentie, temperatuur en bewustzijn. Onderzoeksassistenten vulden alleen de ontbrekende vitale waarden aan die nodig waren voor de berekening van SIRS en qSOFA.
Na complete evaluatie van de patiënt en nadat ze de beslissing hadden genomen of ze de patiënt wilden verwijzen, vulden huisartsen tijdens de tweede inclusieperiode de Pluis/Niet-Pluis (PNP)-vragenlijst in.[6]
Follow-upgegevens betroffen het aantal ziekenhuisopnamen binnen 7 dagen en intensive care-opnamen en mortaliteit binnen 30 dagen.

Analyse en statistiek

Het aantal positieve (≥ 2) SIRS- en qSOFA-scores berekenden we met zowel de metingen van de huisarts, als met de complete set metingen (dus inclusief de additionele metingen). Verwezen en niet-verwezen patiënten vergeleken we wat betreft het aantal positieve SIRS-/qSOFA-scores (op basis van alle gemeten waarden) en het niet-pluisgevoel.
Continue gegevens rapporteerden we als gemiddelden met standaarddeviatie (sd) en vergeleken we met een Student T-test, of als medianen met interkwartielafstand (IQR) en met een mann-whitney-U-test. Categorische gegevens rapporteerden we als absolute aantallen en valide percentages, en vergeleken we met een chi-kwadraattoets of fisher-exact-test. We beschouwden een p-waarde < 0,05 als statistisch significant.
Voor de descriptieve analyse van de prevalentie van koorts, baselinekenmerken, vitale parameters en follow-upgegevens gebruikten we SPSS, versie 26.0.

RESULTATEN

Van de 2580 (volwassen) patiëntcontacten op de 2 HAP's hadden 197 patiënten (7,6%) een temperatuur ≥ 38,0 °C. Na exclusie beschikten we over gegevens van 108 (54,8%) patiënten voor analyse [**figuur**].

Baselinepatiëntkenmerken en meting van vitale waarden

Van de geïncludeerde patiënten was 62% vrouw en de mediane leeftijd was 69 jaar. Symptomen bestonden mediaan 1 dag (IQR 0-3) en 15 patiënten (13,9%) gebruikten reeds antibiotica. Bij 61 van de gevallen (56,6%) betrof het contact met de HAP een visite.
De huisartsen noteerden van 24 patiënten (22,2%) alle vitale waarden die nodig waren voor SIRS/qSOFA-berekening.
De ademfrequentie maten ze het minst vaak (31,5%) en de temperatuur het vaakst (91,7%). Op basis van de metingen door de huisartsen hadden 53 patiënten (49,1%) een positieve SIRS-score en 6 (5,6%) een positieve qSOFA-score. Na het meten van de ontbrekende vitale waarden steeg dit naar 69 (63,9%) voor SIRS en 11 (10,2%) voor qSOFA.
In totaal verrichtten de onderzoeksassistenten 146 additionele metingen, waarvan er 40 (27,4%) afwijkend bleken. Meestal (80%) betrof dit de ademfrequentie. Terugkoppeling aan de huisarts heeft het beleid nooit veranderd [**figuur**].

Verwezen versus niet-verwezen patiënten

Huisartsen verwezen 45 patiënten (41,7%) naar de SEH [**figuur**]. Deze patiënten hadden vaker een verhoogde ademfrequentie (64,4 versus 33,3%; p = 0,001) en vaker een EMV (Eyes, Motor reaction, Verbal reaction) < 15 (31,1% versus 11,3%; p = 0,01) dan niet-verwezen patiënten. Ook hadden verwezen patiënten vaker een positieve SIRS-score (75,6 versus 55,6%; p = 0,001), een positieve qSOFA-score (22,2 versus 1,6%; p = 0,01) of genereerden ze vaker een niet-pluisgevoel (76,5 versus 14,7%; p < 0,001), dan niet-verwezen patiënten.

Follow-up

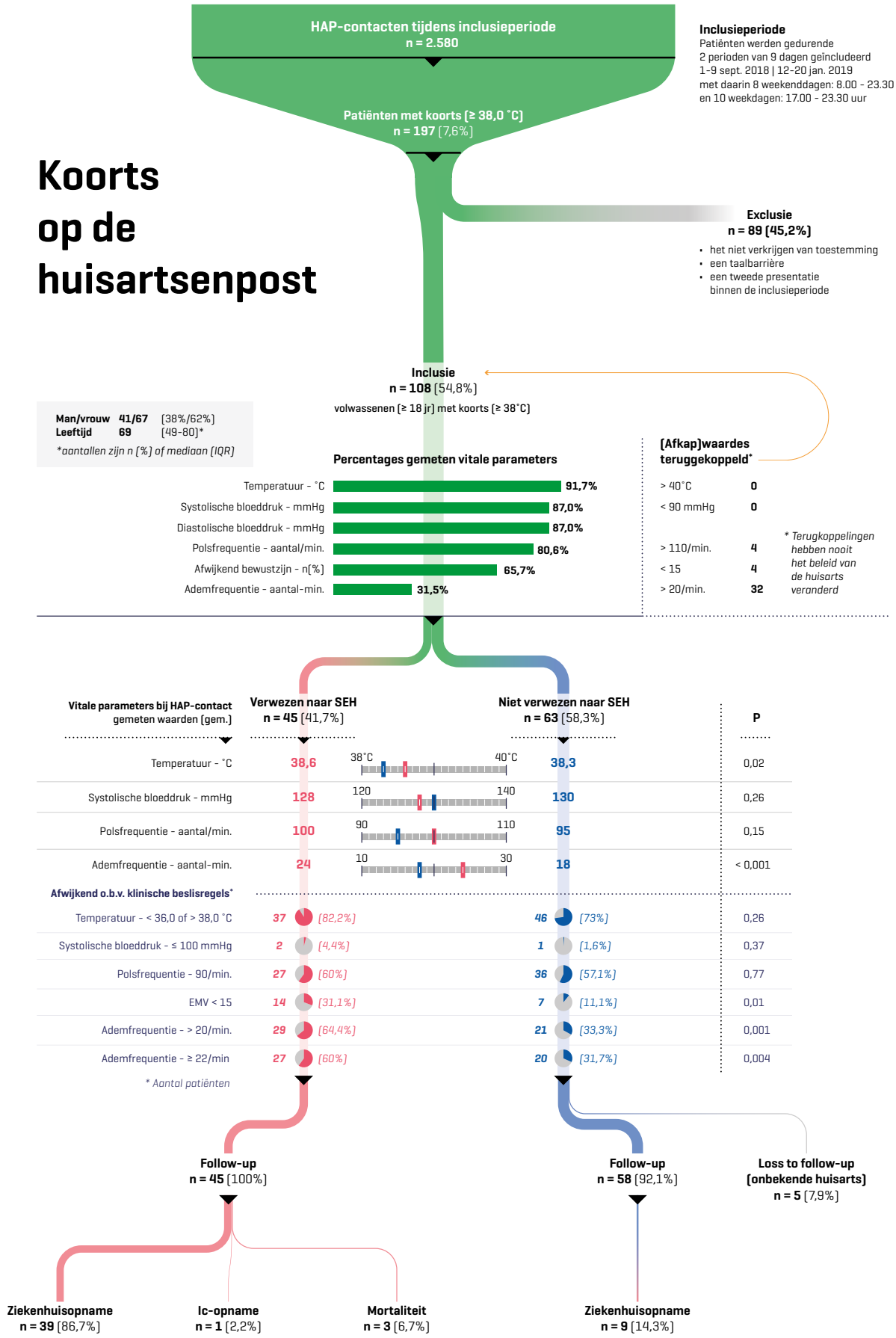
Van de 45 verwezen patiënten werden er 39 (86,7%) opgenomen in het ziekenhuis, van wie 1 (2,2%) op de intensive care. Er overleden 3 patiënten (6,7%) binnen 30 dagen [**figuur**].
Van de 63 aanvankelijk niet-verwezen patiënten werden er 9 (14,3%) alsnog binnen een week opgenomen in het ziekenhuis. Zes (66,7%) van deze patiënten hadden al een positieve SIRS-score op basis van de metingen van de huisarts, terwijl geen enkele patiënt een positieve qSOFA-score had.

BESCHOUWING

In ons onderzoek noteerden huisartsen bij slechts 22,2% van de patiënten alle benodigde vitale waarden voor een SIRS-/qSOFA-berekening. Na toevoeging van de ontbrekende vitale waarden steeg het aantal geïdentificeerde patiënten met een positieve SIRS-score van 49,1% naar 63,9% en met een positieve qSOFA-score van 5,6% naar 10,2%. Intensive care-opname en mortaliteit kwamen alleen voor bij verwezen

Figuur

Flowchart van geïncludeerde patiënten



Het is nog altijd onbekend wat het optimale moment is om een patiënt met een infectie te verwijzen en daarom is het verstandig dit te onderzoeken.

Foto: Shutterstock

patiënten. Van de niet-verwezen patiënten werd 14% binnen een week alsnog opgenomen in het ziekenhuis.
De inzet van onderzoekers op de HAP's had enkele voordelen: er was geen sprake van interferentie in de werkwijze van de huisartsen, er ontbraken vrijwel geen vitale waarden en we bereikten een zo goed als complete follow-up. Om seizoensgebonden variatie te ondervangen includeerden we zowel in de zomer als in de winter. Desondanks vormt de grootte van de onderzoekspopulatie een belangrijke beperking, wat vooral kwam doordat de toestemming niet werd verkregen op het moment van het HAP-bezoek. Dit heeft waarschijnlijk geresulteerd in enige selectiebias. Bij navraag naar redenen waarom patiënten niet wilden deelnemen, bleek dat ze vooral geen extra tijd wilden spenderen op de HAP.

Vergelijking met de literatuur

In ons onderzoek werd de ademfrequentie het minst vaak (31,5%) gemeten en ook minder vaak dan in andere onderzoeken, wat waarschijnlijk met het manuele meetkarakter samenhing.[5,7-13] De bloeddruk, polsfrequentie en temperatuur werden echter vaker gemeten dan in de literatuur wordt gerapporteerd. Een mogelijke verklaring hiervoor hangt samen met het onderzoeksontwerp. Ondanks het verzoek aan de huisartsen om zo veel mogelijk te werk te gaan als ze gewend waren, kunnen ze door de aanwezigheid van de onderzoekers meer vitale parameters hebben gemeten dan gebruikelijk (het hawthorne-effect), wat waarschijnlijk ook in andere onderzoeken is gebeurd.[5,7] Hoe huisartsen besluiten om bepaalde vitale parameters te meten, is niet bekend, maar het kan om een gewoonte of ritueel gaan, of zelfs met de verwachtingen van de patiënt te maken hebben. Daarnaast kan de samenhang van bepaalde vitale parameters met de ernst van het ziekzijn ook een rol spelen. Tot slot zouden soms 1 of 2 vitale waarden al voldoende kunnen zijn om een patiënt te verwijzen, waarmee de noodzaak tot het meten van andere parameters vervalt. De waarde van het delen van alle vitale waarden in de acute zorgketen dient verder onderzocht te worden, net als de tijdsinvestering die ermee gepaard gaat.
Opvallend was dat terugrapportage van 32 afwijkende ademfrequenties niet eenmaal het besluit veranderde om de patiënt al dan niet te verwijzen. Een mogelijke verklaring is dat een afkapwaarde van > 20/minuut niet adequaat is voor de eerste lijn, vooral wanneer huisartsen vaak patiënten met een mild verhoogde ademfrequentie zien die zonder complicaties herstellen of wanneer andere uitslagen geruststellend zijn. Misschien zijn huisartsen niet allemaal bekend met de prognostische waarde van een verhoogde ademfrequentie, hoewel de aandacht die deze parameter de laatste jaren heeft gekregen deze verklaring minder waarschijnlijk maakt.[8,14] De waarde van de ademfrequentie in de eerste lijn is pas goed te

bepalen wanneer deze bij alle patiënten structureel en accuraat gemeten en wordt genoteerd.
Dat de huisartsen de helft van de patiënten met een positieve SIRS-score (n = 35) niet verwezen, leek over het algemeen een veilige beslissing. Geen van deze patiënten werd opgenomen op de intensive care of overleed. Opmerkelijk is wel dat 14,3% van alle niet-verwezen patiënten alsnog binnen een week in het ziekenhuis terechtkwam. Wat hierbij het optimale getal is, hebben we niet onderzocht. Gevoelsmatig is 14% geen (te) groot getal, maar het is niet duidelijk of hier nog winst te behalen is. Hoewel het merendeel van de huisartsen de SIRS-criteria kent, blijkt uit deze bevindingen dat een positieve SIRS-score niet automatisch een reden is om patiënt te verwijzen.[15] Omdat huisartsen niet alle vitale parameters meten die nodig zijn voor het berekenen van deze beslisregels en niet alle patiënten met een positieve score verwijzen, is het waarschijnlijk dat huisartsen SIRS- en qSOFA-scores zelden gebruiken.
Om het pluis/niet-pluisgevoel verder te onderzoeken, vulden huisartsen de PNP-vragenlijst in.[6] Zoals verwacht vonden we een verband tussen de aanwezigheid van een niet-pluisgevoel en verwijzing, maar ook bij 5 niet-verwezen patiënten (14,7%) was er een niet-pluisgevoel. Een mogelijke verklaring is dat de PNP-vragenlijst niet specificeert waarom er een niet-pluisgevoel is. Zo kan het zijn dat de huisarts iets ernstigs vermoedt (bijvoorbeeld een maligniteit), maar geen indicatie heeft om nu te verwijzen. Zoals ook bij de vitale parameters het geval is, kon het niet-pluisgevoel alleen niet alle verwijzingen verklaren. Het besluit om te verwijzen is waarschijnlijk afhankelijk van verschillende factoren, waaronder vitale waarden, het pluis/niet-pluisgevoel en de context van de patiënt.

CONCLUSIE

Hoewel huisartsen niet altijd alle vitale parameters meten bij patiënten met koorts en daardoor volgens de beslisregels de diagnose sepsis kunnen missen, lijkt hun aanpak over het algemeen veilig. Waarschijnlijk speelt het pluis/niet-pluisgevoel hierin een belangrijke rol. Omdat nog altijd niet bekend is wat het optimale moment is om een patiënt met een infectie te verwijzen, is het verstandig dit verder te onderzoeken. Wellicht kunnen er betrouwbare diagnostische algoritmen worden ontwikkeld die het besluit of, en op welk moment, een patiënt moet worden verwezen, verder kunnen optimaliseren. Deze algoritmen zullen alleen betrouwbaar zijn wanneer huisartsen vitale parameters systematisch meten en vastleggen. ■

LITERATUUR

1. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:762-74.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:801-10.
3. NHS England. Improving outcomes for patients with sepsis. A cross-system action plan. Leeds: NHS, 2015.

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

Latten GHP, Claassen L, Muris JWM, Cals JWL, Stassen PM. Koorts op de HAP: vitals, beslisregels en niet-pluisgevoel. Huisarts Wet 2022;65(8):21-5. DOI:10.1007/s12445-022-1507-x.

Zuyderland Medisch Centrum, Vakgroep Spoedeisende Geneeskunde, Heerlen en Sittard-Geleen: G.H.P. Latten, SEH-arts KNMG, g.latten@zuyderland.nl; L. Claassen, SEH-arts KNMG. Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: J.W.M. Muris, huisarts, hoogleraar astma/COPD; J.W.L. Cals, huisarts, hoogleraar effectieve diagnostiek in de huisartspraktijk. MUMC+, Universiteit Maastricht, afdeling Interne Geneeskunde, Maastricht: P.M. Stassen, internist acute geneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Marc de Haan

Wie is David van Bodegom?
In november 2021 hield David van Bodegom zijn inaugurele rede bij het bijzonder hoogleraarschap *Vitaliteit in een verouderende populatie*. Hij bekleedt deze leerstoel aan het Leids Universiteit Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde. Van Bodegom is opgeleid als arts en historicus. Hij werkt als verouderingswetenschapper bij Leyden Academy on Vitality and Ageing. Hij is tevens auteur van verschillende populairwetenschappelijke boeken over veroudering en vitaliteit.

Dwars door de wetenschap heen wandelen

Frank van Wijck, Pieter Buis

Hoogleraar vitaliteit in een verouderende populatie David van Bodegom stelt dat we achter de feiten aan blijven lopen als we mensen met gezondheidsklachten op individueel niveau tot een gezonde leefstijl proberen te brengen. Collectief is veel effectiever, stelt hij. In beweegclubs bijvoorbeeld, waarover de deelnemers zelf eigenaarschap hebben. Het aantonen van het gezondheidseffect vraagt om een andere wetenschappelijke benadering.

Waarom is er een hoogleraarschap 'Vitaliteit in een verouderende populatie' gekomen? Omdat we wel lange levens hebben gekregen, maar niet de eeuwige jeugd, zoals Van Bodegom het stelde in zijn oratie. We leven in een omgeving die ons ongezond oud laat worden, die ons ziek maakt. 'We kunnen van alles bedenken om de zorg beter te maken, maar het zal nooit genoeg zijn,' zegt hij. 'Een voorbeeld: we zijn heel goed geworden in het repareren van een hartinfarct. Daarnaast weten we al heel lang hoe een hartinfarct kan worden voorkomen, maar in het gezond houden van mensen zijn we helaas nog niet zo goed. Repareren is kostbare en intensieve zorg, het is een hoop werk.'
Van Bodegom heeft onderzoek gedaan in Ghana, waar hartinfarcten ook voorkomen, maar lang niet in zo'n epidemische mate als in de westerse wereld. 'De gezondheidszorg is daar niet op hetzelfde peil als hier en dat laat zien dat we met onze op medisch handelen gerichte aanpak niet per se op de goede weg zitten,' zegt hij. 'We moeten ons veel meer richten op vitaliteit en gezond ouder worden. De potentiële winst van een gezonde leefstijl is enorm. Kijk bijvoorbeeld naar diabetes type 2. Tachtig tot negentig procent van de mensen had die aandoening niet gekregen als ze een gezonde leefstijl hadden gehad. Voor hartinfarcten geldt hetzelfde.'

Individueel versus collectief

De consensus over het belang van een goede leefstijl is er wel, stelt Van Bodegom, maar het blijkt moeilijk ernaar te handelen. 'We kijken nog steeds vanuit het medisch model naar het onderwerp,' zegt hij, 'en dat helpt echt niet om onze bevolking gezond te krijgen. We zien in de zorg vooral een hoogrisicostrategie. We onderzoeken welke mensen een hoog risico hebben op het ontwikkelen van bijvoorbeeld hartklachten en die mensen gaan we op individueel niveau behandelen. Dat is veel werk, en helaas ook weinig effectief, als je bedenkt dat we niet gezonder worden. Integendeel, meer dan de helft van de Nederlanders heeft overgewicht. Je hebt waarschijnlijk ook niet zo'n leuk vak als arts als je zoveel keer per dag hetzelfde moet uitleggen. Je kunt veel beter mensen bij elkaar zetten, zodat je collectieve zorg kunt verlenen.'
Een goed voorbeeld vindt Van Bodegom zwangerschapsgymnastiek. 'Daarbij hebben vrouwen veel steun aan elkaar,' zegt hij. 'Vaak spreken ze elkaar ook na de bevalling nog. Begrijpelijk, want ze hebben allemaal dezelfde vragen. Iets dergelijks kunnen we voor mensen met diabetes of hart- en vaatziekten toch ook doen?'

Samen bewegen

Van Bodegom heeft de vraag die hij hier opwerpt reeds beantwoord door vanuit de Leyden Academy de *Vitality Clubs* in het leven te roepen. Hierin motiveren leeftijdsgenoten elkaar om gezamenlijk bewegen een onderdeel van de dagelijkse routine te maken. 'Voor dagelijks bewegen hoef je niet naar de sportschool te gaan,' zegt Van Bodegom. 'We hebben hier onderzoek naar verricht in Ulft en in Leiden en we zagen dat het werkt: samen bewegen. Na een paar maanden kun je het project loslaten en draait de groep zelfstandig door. Daar komt geen dokter of fysiotherapeut aan te pas. Mensen blijven samen bewegen omdat ze het gezellig vinden. Het is meer een sociale interventie dan een bewegingsinterventie, maar het resultaat is hetzelfde. En het heeft ook een positief effect op zaken als eenzaamheid, slaap of depressie.'
Speelt de achtergrond van mensen een rol in de mate waarin ze participeren in een dergelijk initiatief? Van Bodegom vertelt: 'In Ulft was de helft van de deelnemers lager opgeleid, driekwart was vrouw. In Leiden ging het om 3 wijken: een chique wijk, een wijk naast de moskee en een "middenwijk". In alle gevallen is het gelukt om zo'n groep op te zetten. De rol van coach rouleerde onder de deelnemers. Al die coaches wonen in de wijk en weten hoe ze mensen moeten aanspreken op een manier die bij hen past.'

Eigenaarschap
Maar toch: de eersten die komen, zijn de vitale ouderen uit de wijk. 'Je wilt juist ook de ouderen bereiken die al chronisch ziek zijn,' vertelt Van Bodegom. 'Dus hebben we de huisartsen benaderd. Dat leidde slechts tot een beperkt aantal nieuwe aanmeldingen, van wie bovendien niet iedereen kwam opdagen. De vraag is dus of de huisarts de juiste persoon is om mensen hiertoe aan te zetten. De vraag is überhaupt of je dit via de zorg moet doen. Als dat van begin af aan iemand uit de groep zelf is, is er eigenaarschap. Dan is de kans veel groter dat zo'n groep blijft bestaan.'

'We leven in een omgeving die ons ongezond oud laat worden, die ons ziek maakt'

Dit betekent niet dat de huisarts geen rol kan spelen, voegt Van Bodegom hieraan toe. 'Er zijn 2 groepen huisartsen,' zegt hij. 'De ene doet van alles buiten de praktijk en de andere zegt: "Ik ga niet met patiënten wandelen". Ik vind dat iedere huisartsenpraktijk een wandelgroep moet hebben. Naar de huisarts wordt geluisterd. Maar je moet er als huisarts wel zelf in geloven en er tijd en energie in willen steken. Dan nog blijf ik erbij dat de huisarts in zijn eentje het probleem van de niet-vitale ouderen niet kan oplossen. Er is niet 1 oplossing, de fysiotherapeut en de diëtist moeten ook anders naar hun vak gaan kijken. En als je echt effect wilt hebben, moet je je ook niet beperken tot ouderen. Je moet er dan ook scholen en sportkantines bij betrekken. En werkgevers, want die hebben belang bij gezonde, langdurig inzetbare werknemers.'

Suikertax
Wetgeving speelt ook een rol om mensen tot een gezondere leefstijl te brengen, stelt Van Bodegom. 'Je kunt een suikertax betutteling noemen,' zegt hij, 'maar het is gewoon even wennen. Niemand vindt autogordels nog betutteling. In het Verenigd Koninkrijk gingen de frisdrankleveranciers minder suiker gebruiken om onder de grens van de suikertax te blijven. Ook de industrie kun je dus *nudgen*. We moeten alleen niet op die suikertax blijven wachten, want dat duurt te lang.'
En het gedachtegoed van Positieve Gezondheid, wat kan dat bijdragen? 'Het is goed als medici breder naar gezondheid kijken dan alleen als afwezigheid van ziekte,' zegt Van Bodegom. 'Maar ook die aanpak gaat uit van het individu in plaats van het collectief. Niet voor niets haalde ik in mijn oratie Geoffrey Rose aan: "Een klein effect op populatieniveau heeft meer impact dan een groot effect op individueel niveau." Je voorkomt op populatieniveau meer beroertes door de gemiddelde bloeddruk een paar mm te verlagen dan door bij hoogrisicopatiënten de bloeddruk tientallen mm te verlagen. We zijn allemaal *at risk*.'

Stugge wetenschap
Van Bodegom merkt dat het soms niet eenvoudig is om in wetenschappelijke tijdschriften tot publicatie te komen over zijn onderzoek van de *Vitality Club*. Hij vertelt: 'Het is logisch dat blijven bewegen veel gezondheidswinst oplevert. Ik pleit dus voor "vrij spel": samen dingen blijven doen waarvan je niet weet wat ze opleveren en dan genieten als het lukt. Maar hoe meet je het effect als mensen langdurig hun gedrag veranderen en lid blijven van een wandelclub? Dat kun je niet met een gerandomiseerde klinische trial doen. Ik onderzocht of *peer coaching* mensen langdurig in beweging kon brengen. Maar dan zeggen wetenschappers: je hebt niet objectief gemeten of ze echt meer bewegen en of ze echt gezonder zijn geworden. Ik vind dat een pietluttige reactie. We weten toch allang dat bewegen gezondheidswinst oplevert? Mijn vraag is niet of bewegen gezond is, maar of *peercoaching* een manier is om mensen blijvend aan het bewegen te houden. Die vraag is beantwoord, het werkt.
Om beter te worden in het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid en vitaliteit moeten we op kleine schaal in proeftuinen in de populatie nieuwe dingen uitproberen. Door middel van participatief actieonderzoek, waarbij de onderzoeker een complex systeem begrijpt door er samen met ouderen verandering in aan te brengen en te observeren wat er gebeurt. Hierbij mobiliseer je verschillende kennisbronnen: ervaringskennis, praktische wijsheid en wetenschappelijke kennis om een systeem te doorgronden. Al deze bronnen brengen andere kennis in. Het opzetten van de Vitality Clubs, soms met vallen en opstaan, is daarvan een goed voorbeeld. Wetenschap lijkt zo op een vrij spel, waar je nieuwe dingen kunt proberen. Waar dingen niet mislukken, maar waarin je leert van wat er anders gaat dan je had gedacht of gehoopt. Dan leer je bijvoorbeeld dat een briefje in de supermarkt wel op de juiste plek moet hangen. Of dat mensen met een migratieachtergrond niet buiten willen bewegen. Als je wilt onderzoeken wat in de praktijk werkt, moet je het in de praktijk testen. Alleen dan kun je nieuwe dingen uitproberen. Wetenschappelijk bewijs dat een gezonde leefstijl helpt om hart- en vaatziekten te voorkomen is er volgens mij inmiddels wel voldoende. Nu is het tijd om uit te zoeken hoe we die gezonde leefstijl in de praktijk duurzaam kunnen volhouden.' ■

Lees of bekijk de volledige oratie op: https://www.leydenacademy.nl, zoek op 'oratie David van Bodegom'

Een jeukend souvenir van het duiken

Pim Keurlings, Heleen de Koning

Koraal is een van de 7 natuurlijke wereldwonderen en trekt veel duiktoerisme aan, bijvoorbeeld bij de Malediven, Australië, Indonesië en de Nederlandse Antillen. Koraal is een verzamelnaam voor zeedieren met een bloemenuiterlijk. Het zijn diertjes van een paar millimeter groot, die in kolonies leven van miljoenen koraalorganismen, koraalriffen genaamd. De meeste duikers komen tevreden en vaak met prachtige koraalfoto's thuis, maar sommigen van hen nemen een minder plezierig souvenir van koraal mee: koraaldermatitis. In dit artikel bespreken we dit zeldzame dermatologische ziektebeeld.

CASUS: EEN DUIKER MET HUIDUITSLAG

Een 25-jarige man met psoriasis (waarvoor hij zo nodig clobetasolzalf gebruikt) bezoekt zijn huisarts vanwege huiduitslag ontstaan tijdens een vakantie op Bonaire. Hij herinnert zich dat hij tijdens een duiktocht met zijn been langs koraal schaafde. Ongeveer een week later ontstond op deze plek een jeukende rode uitslag. De huisarts ziet op de rechterknie een gebied van 2 x 2 cm met vast aanvoelende erythemateuze plaques, in een opvallende cerebriforme rangschikking [**figuur 1**]. Hij denkt aan koraaldermatitis en besluit via teleconsultatie de dermatoloog mee te laten beoordelen.

Figuur 1

Een plek van 2 x 2 cm met vast aanvoelende erythemateuze plaques, in een opvallende cerebriforme rangschikking.

Koraal behoort tot de stam Cnidaria (neteldieren), waaronder bijvoorbeeld ook kwallen en zeeanemonen vallen. Cnidaria kenmerken zich door hun cnidocyten, gespecialiseerde cellen in de epidermis, die organellen genaamd cnidea bevatten. Een van deze cnidea, de nematocyst, bevindt zich op de tentakels van koraal en bestaat uit een opgerold filament, dat ontlaadt zodra het in contact komt met een vreemd lichaam. Nadat het filament het vreemde lichaam hiermee heeft doorboord, laat de nematocyst bepaalde toxines vrij, waaronder histamines en catecholamines. Hoewel de hoeveelheid toxine van 1 nematocyst relatief klein is, zorgt contact met koraaltentakels doorgaans voor de ontlading van honderden tot miljoenen nematocysten.[1-5] Op deze manier kunnen na koraalcontact diverse lokale en soms zelfs systemische reacties optreden. Lokale huidreacties op koraal noemen we koraaldermatitis, een vorm van contactdermatitis. De literatuur over koraaldermatitis is zeer beperkt. Via PubMed zijn 58 artikelen over het thema vindbaar, waarvan bij beoordeling van titel en abstract slechts 19 relevant zijn (zoekstrategie: ('anthozoa'[MeSH Terms] OR 'anthozoa'[All Fields] OR 'coral'[All Fields] OR 'corals'[All Fields]) AND ('dermatitis'[MeSH Terms] OR 'dermatitis'[All Fields] OR 'dermatitides'[All Fields]) met filtering op Engelse of Nederlandse taal).[1-5] Voor zover bij ons bekend is dit de eerste casusbeschrijving van koraaldermatitis in de Nederlandstalige literatuur. Wel zijn 2 casusbeschrijvingen van aquatische dermatitis veroorzaakt door kwallen en hydroïdpoliepen gepubliceerd, onder andere in dit tijdschrift.[6,7]

DIRECTE OF VERTRAAGDE REACTIE

Koraaldermatitis manifesteert zich in de meeste gevallen als een acute reactie die onmiddellijk of binnen enkele uren ontstaat en wordt beschouwd als irritatieve contactdermatitis. De patiënt voelt vaak een venijnig stekende of brandende pijn, waarna binnen enkele minuten op de contactplaats erytheem, oedeem en eventueel blaren zichtbaar worden. Soms is er sprake van een type I allergische reactie in de vorm van urticaria, angio-oedeem en in zeldzame gevallen anafylaxie.[1-5] Minder frequent ontstaat een vertraagde hypersensitiviteitsreactie op de antigenen van de nematocyst, wat als type IV

DE KERN

- Koraaldermatitis is een contactdermatitis die ontstaat na contact met koraal, bijvoorbeeld tijdens het duiken. Doorgaans ontstaat de branderige of jeukende huidreactie onmiddellijk of binnen enkele uren, maar soms pas als vertraagde hypersensitiviteitsreactie na enkele dagen tot weken.
- Naast de typische anamnese van koraalcontact is ook het distributiepatroon kenmerkend: het betreft een exacte afdruk, met bijvoorbeeld een 'cerebriform' uiterlijk.
- In het acute moment is ruim spoelen met [zee]water belangrijk. Daarna is deze aandoening in enkele weken zelflimiterend, waarbij antihistaminica en lokale corticosteroïden het herstel kunnen bevorderen.

allergische contactdermatitis wordt beschouwd. Hierbij ontstaan de klachten pas enkele dagen tot weken na het koraalcontact. Dan zijn stevig aanvoelende erythemateuze papels en plaques zichtbaar, soms met lichenificatie.[1-3,8]
Systemische reacties komen zeer zelden voor en treffen vooral patiënten die langdurig en met een groot lichaamsoppervlak in contact zijn geweest met koraalnematocysten. Klachten kunnen variëren van koorts, malaise, misselijkheid en artralgieën, tot respiratoire acidose, convulsies en zelfs overlijden.[3]

KLINISCHE KENMERKEN

Het kan lastig zijn om koraaldermatitis te herkennen omdat het vaak op veelvoorkomende andere dermatologische ziektebeelden lijkt, zoals eczeem, urticaria en andersoortige vormen van contactdermatitis. De kenmerkende anamnese van koraalcontact wijst uiteraard het meest in de juiste richting. Toch zal een patiënt met een vertraagde reactie na dagen tot weken dit verband lang niet altijd meer leggen.
Naast de anamnese van koraalcontact vormt het distributiepatroon van de huidreactie ook een aanwijzing voor koraaldermatitis. Kenmerkend is dat de huidreactie precies beperkt blijft tot het gebied dat daadwerkelijk in contact is gekomen met het koraal, als een exacte afdruk. Een veelvoorkomende koraalsoort is zogenaamd hersenkoraal, dat dezelfde groefstructuur heeft als hersenen met gyri en sulci. Vaak heeft koraaldermatitis daarom eveneens een zogenaamd 'cerebriform' uiterlijk, als een stempel van het hersenkoraal.[1-5] Een voorbeeld van hersenkoraal dat veel voorkomt in de zee bij Aruba ziet u in [**figuur 2**].

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Differentieel diagnostisch kunt u ook denken aan een kwallenbeet, waarbij vergelijkbare huidreacties kunnen ontstaan omdat de kwal ook een Cnidaria-soort met nematocysten is. Het distributiepatroon hiervan is echter doorgaans lineair.[6,7,9] Ook fytofotodermatitis geeft lineaire erythemateuze plaques, vaak met bullae. Dit betreft contacteczeem als reactie op huidcontact met plantentoxines ('fyto' betekent plant), gevolgd door zonexpositie ('foto' betekent door zonlicht geïnduceerd). Het bekendste voorbeeld hiervan is de berenklauw.[10] Ook de larva migrans is een bekende jeukende aandoening die je in de tropen kan oplopen. De bron is zand of grond die verontreinigd is met de ontlasting van honden of katten. De huidafwijkingen zitten dus vaak aan de voeten. Hierbij baant de larve van een nematode, meestal *Ancylostoma braziliensis* (Centraal- en Zuidoost Amerika), zich een weg door de epidermis. Het resultaat is een kronkelend smal spoor (fors jeukend en erythemateus) op de huid, wat we ook wel *creeping eruption* noemen.[11] Tot slot heeft ook de larva currens een ander klinisch beeld en beloop dan koraaldermatitis. Waar koraaldermatitis een stabiel stempel betreft, leidt de dermale migratie van de larve van de *Strongyloides stercoralis* bij larva currens tot zich snel verplaatsende, fors jeukende urticaria. Ook deze rondworm (afkomstig van ontlasting van katten en honden) kan je oplopen door op het strand te zitten of door met blote voeten op besmette grond te lopen, vooral in landen met slechte hygiënische omstandigheden.[11]

BEHANDELING

De behandelmogelijkheden van koraaldermatitis zijn beperkt. Mocht een patiënt in het acute moment om advies vragen (bijvoorbeeld telefonisch vanaf de vakantiebestemming), dan kunt u adviseren de plek vooral uitgebreid met water te spoelen om resterende toxines en nematocysten te verwijderen. Op basis van de literatuur is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag of zout zeewater of zoet kraanwater beter is om mee te spoelen, al concluderen de meeste bronnen dat zout zeewater de voorkeur heeft.[6,9,12,13] Ook kan het verwarmen van de huid (niet te heet!) in de acute fase pijn en jeuk verminderen.

Figuur 2

Hersenkoraal.

Foto: Shutterstock

VERVOLG CASUS

De dermatoloog bevestigt de huiduitslag als koraaldermatitis. Zeer waarschijnlijk is bij deze patiënt vanwege het vertraagde ontstaan na koraalcontact sprake van een vertraagde hypersensitiviteitsreactie (allergische contactdermatitis). De huisarts adviseert lokale behandeling met clobetasolzalf, totdat de klachten zijn verdwenen. Ongeveer anderhalve maand later is de uitslag vrijwel niet meer zichtbaar.

Veel mensen denken dat het aanbrengen van urine de klachten kan verminderen, maar dit is nooit overtuigend aangetoond.[3,6,7,12] Wel kan het lokaal aanbrengen van een 5%-azijnzuuroplossing (of simpelweg natuur- of schoonmaakazijn) in de acute fase tot pijnreductie leiden wanneer het veroorzakend gif alkalisch is, wat bij tropische neteldieren vaak zo is.[13]
De klachten en verschijnselen van koraaldermatitis verdwijnen klassiek spontaan binnen enkele weken. In de literatuur vinden we adviezen om met orale antihistaminica en topicale (klasse 2 tot 4) corticosteroïden te behandelen, die het herstel zouden kunnen bevorderen en de klachten verlichten.[1-5] Uiteraard kunt u bij pijn pijnstilling aanraden. Soms treedt secundaire infectie van de dermatitis op, wat tot een antibiotische behandeling noopt.[3]

CONCLUSIE

Koraaldermatitis is een specifieke vorm van contactdermatitis, die zowel direct als vertraagd na koraalcontact kan ontstaan. Hoewel het een zeldzaam dermatologisch ziektebeeld betreft, is het ook bij uitstek een kwaal die de huisarts na een korte anamnese à *vue* kan vaststellen, en die slechts een eenvoudige behandeling vergt. ■

LITERATUUR

1. Salik J, Tang R. Images in clinical medicine: coral dermatitis. N Engl J Med 2015;373:e2.
2. Lause M, Mcintyre M, Trinidad J. Coral dermatitis. JAMA Dermatol 2019;155:107.
3. Haddad V Jr, Lupi O, Lonza JP, Tyring SK. Tropical dermatology: marine and aquatic dermatology. J Am Acad Dermatol 2009;61:733-50.

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

Keurlings PAJ, De Koning HD. Een jeukend souvenir van het duiken. Huisarts Wet 2022;65(8):33-5. DOI:10.1007/s12445-022-1515-x.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts en universitair docent, pim.keurlings@radboudumc.nl. Mauritskliniek, Nijmegen: dr. H.D. de Koning, dermatoloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose 'Plek met een ruwe rand'

Een 63-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis komt op het spreekuur in verband met een al 2 jaar bestaande, symptoomloze plek op haar rechteronderbeen. De rand van de plek voelt ruw aan en is niet pijnlijk bij palpatie. Miconazol/hydrocortisoncrème 2 dd gedurende 2 weken heeft de plek niet doen veranderen of verdwijnen. Mevrouw komt niet heel graag in de zon. Wat is uw diagnose?

1. Ziekte van Bowen
2. Actinische keratose
3. Porokeratosis Mibelli
4. Verruca seborrhoica

➤ Het antwoord staat op pagina 53 en op www.henw.org, zoek op 'Uw diagnose' en de titel 'Plek met een ruwe rand'.

Met dank aan Petra Dikrama, dermatoloog.

Foto: Petra Dikrama

Bijzondere aandoening gezien?

Denk dan aan onze H&W-rubriek Uw diagnose.
Maak een goede en scherpe foto (of meerdere) van de bijzondere aandoening (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose en toelichting op de diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.

Handeczeem voorkomen en behandelen

Wianda Christoffers

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie is het geen uitzondering meer wanneer mensen hun handen stuk wassen. Huisartsen vreesden dat het veelvuldig handenwassen tot een grote toename van het aantal patiënten met handeczeem zou leiden. Vaak handen wassen is immers een beruchte risicofactor voor het ontstaan van handeczeem. Het is tijd voor een praktische update van de preventie en behandeling van handeczeem.

Handeczeem komt veel voor. De incidentie in pre-COVID-tijden zou liggen op 1-5%, afhankelijk van de gebruikte definitie en ernst.[1,2] Vrouwen hebben over het algemeen vaker handeczeem dan mannen (respectievelijk 9 en 4 per 1000). Recente epidemiologische onderzoeken wijzen op een toename van handeczeem van 36% onder Scandinavische schoolkinderen tijdens de COVID-19-pandemie.[3] Verscheidene kleinere onderzoeken vonden een toename van handeczeem in de algehele populatie, maar vooral bij gezondheidszorgmedewerkers [**kader**].[4,5]
Het frequent wassen van de handen (> 20 keer/dag), het gebruik van water en zeep, en het dragen van handschoenen zijn niet alleen maatregelen die de verspreiding van COVID-19 moeten beperken, maar ook belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van handeczeem. Meestal wordt handeczeem multifactorieel bepaald, maar er zijn ook enkele bekende etiologische subgroepen.[6] Irritantia zoals het wassen met water, zeep of schoonmaakmiddelen kunnen leiden tot een irritatief, ook wel ortho-ergisch handeczeem. Daarnaast kunnen contactallergenen als nikkel, conserveringsmiddelen of geurstoffen het ontwikkelen of persisteren van handeczeem bevorderen. Patiënten die atopisch zijn, hebben een grotere kans om handeczeem te krijgen.

DIAGNOSTIEK

Er is geen specifieke NHG-richtlijn voor handeczeem, maar de NHG-Standaard Eczeem biedt veel algemene handvatten.[7] Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) sinds 2019 een richtlijn handeczeem en onlangs verscheen ook een Europese richtlijn handeczeem.[8,9] De laatste 2 benadrukken het belang van een goede anamnese. Besteed bij de anamnese voldoende aandacht aan ortho-ergische en allergische factoren: hoe vaak wast de patiënt zijn

Foto: Shutterstock

Frequent handen wassen (> 20 keer/dag) is een van de risicofactoren voor het ontwikkelen van handeczeem.

handen? Waarmee? Wat voor werk doet de patiënt? Worden de handen daarbij vaak nat? Draagt de patiënt handschoenen, zo ja, welke en hoelang? Welke hobby's heeft de patiënt? Heeft de patiënt jonge kinderen of mantelzorgtaken? Hier kunt u tijdens de behandeling dan gerichte adviezen voor geven.
Dit is slechts een selectie van de diagnostische aandachtspunten bij een patiënt met handeczeem. Meer informatie over de diagnostiek en de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek vindt u in een eerder in *Huisarts en Wetenschap* verschenen artikel.[10]

DE KERN

- Een emolliens vormt de basis van een goede behandeling van handeczeem.
- Start met corticosteroïdcrèmes of - zalven.
- Handschoenen werken zowel preventief als therapeutisch.
- Verwijs de patiënt bij therapieresistent handeczeem of een vermoeden van contactallergie naar de tweede lijn.

BEHANDELING

De basis van de behandeling bestaat uit goede voorlichting en het frequent smeren met een neutrale vette zalf.

Emolliens

Het aanbrengen van een emolliens vormt de basis van iedere eczeembehandeling. Het is belangrijk dat de patiënt frequent smeert: minimaal 1 dd en na watercontact herhalen. Let er op dat de gekozen emolliens past bij de patiënt. Als je de hele dag achter de computer zit is een crèmebasis, zoals lanette I-crème, prettiger in gebruik omdat de toetsen dan niet vet worden. Voor de nacht is juist een vette zalf, zoals vaseline paraffine 50/50, een goede optie omdat de huid daar dan de hele nacht van kan profiteren. De algemene stelregel hierbij is dat een crème sneller intrekt, maar vaker gesmeerd moet worden, terwijl een zalf langer hydrateert, maar ook langer vet blijft.
In [**tabel 1**] staat een overzicht van middelen die zijn gerangschikt op basis van crème naar zeer vette zalf. Emollientia zijn op recept verkrijgbaar, maar ook in de meeste drogisterijen is tegenwoordig voor uiteenlopende prijzen een grote variatie aan emollientia te vinden.
Heeft de patiënt een contactallergie tegen een van de bestanddelen van emollientia, dan kunt u gebruikmaken van de zalfkiezer. Deze biedt de mogelijkheid om bepaalde ingrediënten te selecteren of juist te mijden, bijvoorbeeld een zalf vrij van wolalcoholen of een met salicylzuur. Toevoegingen zoals salicylzuur of ureum zijn nuttig wanneer de patiënt veel hyperkeratose heeft. Nadeel is echter dat deze middelen veelal niet worden vergoed.
Schrijf de patiënt niet alleen verschillende soorten emollientia voor maar ook meerdere tubes, zodat de patiënt vaak en veel kan smeren. De patiënt kan de tubes dan ook op verschillende plekken bewaren, wat frequent smeren mogelijk stimuleert. Adviseer de patiënt een alarm in te stellen op de smartphone of om de app Zalf smeerwijzer te downloaden (van de appstore of Google Play). Met deze app kunnen patiënten een smeerschema voor verschillende zalven instellen en hier reminders voor krijgen. De app is een initiatief van onder andere het Universitair Medisch Centrum Utrecht en is ook zeer geschikt om te helpen bij een afbouwschema van corticosteroïdzalf.

Tabel 1

Middelen gerangschikt op basis van crème naar zeer vette zalf

Basis	Preparaat
Crème	Cetomacrogolcrème Cetomacrogolcrème met vaseline FNA Lanette I/II-crème
Vetcrème	Vaseline cetomacrogolcrème Vaselinelanettecrème
Zalf	Koelzalf (= unguentum leniens), bij voorkeur zonder rozenolie* Cetomacrogolzalf Macrogolzalf (unguentum macrogolis)* Lanettezalf Paraffine/vaseline 80/20 of 50/50*

* Vrij van wolvet.
Op basis van informatie van www.farmacotherapeutischkompas.nl.

Handschoenen

Het gebruik van handschoenen kan zowel preventief als therapeutisch zijn. Bij het beperken van irritatieve factoren kunnen allerlei handschoenen preventief ingezet worden, afhankelijk van het soort werkzaamheden [**tabel 2**].
Tijdens huishoudelijk werk is het aan te raden huishoudhandschoenen te dragen. Water en zeep lossen het lipidelaagje van de huid op, wat het ontstaan van handeczeem bevordert. Watercontact moet daarom zo veel mogelijk worden beperkt. Als de huishoudhandschoenen lang worden gedragen, is het verstandig een katoenen onderhandschoen te gebruiken of bijvoorbeeld te kiezen voor de Semper-huishoudhandschoen (online verkrijgbaar of bij een huishoudzaak), waarbij al standaard een katoenen laagje aan de binnenkant zit.
Over het verschil tussen nitril-, latex- en vinyl-handschoenen bestaat soms verwarring. Nitril-handschoenen zijn praktisch voor in de zorg: het zijn sterke, van synthetisch rubber gemaakte handschoenen, veelal voor eenmalig gebruik. Latex-handschoenen zijn elastischer dan die van nitril, en comfortabel en soepel in gebruik. Latex-handschoenen zijn echter niet geschikt wanneer de handen met olie of vet in contact komen en voor mensen met een latex allergie. Vinylhandschoenen zijn gemaakt van soepel pvc. Deze handschoenen zijn minder sterk dan die van latex en nitril, maar zijn wel bruikbaar voor mensen die met olie of vet werken. In [**tabel 2**] staat een kort overzicht van handschoenen en hun toepassing. Voor elk preventief gebruik van handschoenen geldt dat de patiënt ze alleen moet dragen wanneer het echt noodzakelijk

WAT KUNT U ZELF DOEN?

Zorgverleners liepen altijd al een risico op het ontwikkelen van handeczeem en dit is door de COVID-19-pandemie alleen maar toegenomen. Een aantal adviezen:

- Desinfecteer uw handen liever en was ze niet met water en zeep.
- Draag geen sierraden. Dat is niet alleen goed voor de handhygiëne, maar kan ook interdigitaal handeczeem voorkomen, bijvoorbeeld wanneer zeepresten onder een ring blijven zitten.
- Droog de handen na het wassen goed af en vergeet de ruimte tussen de vingers niet.
- Draag onderzoekshandschoenen vooral niet langer dan nodig is.
- Draag buiten warme handschoenen zodra de temperatuur onder de 7 °C komt.
- Vet de handen frequent in met een neutrale vette zalf.
- Toch handeczeem ontwikkeld? Start laagdrempelig met topicale corticosteroïden van klasse 2 of 3.

is en dan ook niet langer dan nodig. Door het materiaal en de occlusieve werking kunnen handschoenen namelijk een irritatieve werking hebben. Adviseer de handschoenen frequent te verwisselen en af en toe een handschoenpauze in te lassen of goede onderhandschoenen (verbandhandschoenen) te dragen. Verbandhandschoenen bestaan er in veel vormen en materialen, variërend van wijde, katoenen handschoenen tot fijngebreide maathandschoenen, zoals de Hantex-verbandhandschoenen of Dermasilk-handschoenen. Over het algemeen zijn de handschoenen van katoen of zijde gemaakt, maar ook bamboehandschoenen maken een opmars. Voor 2022 geldt dat de meeste verzekeraars 3 paar verbandhandschoenen per jaar vergoeden, maar de regels kunnen per polis verschillen. De simpele katoenen basishandschoenen kan de patiënt ook zonder recept bij de apotheek krijgen en kunnen nadat ze in de wasmachine zijn gewassen gerust worden hergebruikt.

Topicale therapie

Onderbehandeld handeczeem heeft een grotere kans om chronisch te worden en daarom is het belangrijk laagdrempelig met een corticosteroïdzalf te starten (ook hier liever zalf dan crème). Hoewel er weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar het gebruik van topicale corticosteroïden bij handeczeem, luidt het advies om met een klasse 2- of klasse 3-corticosteroïd te starten.[11] Goed smeren met een corticosteroïd is echter best lastig. De fingertip-unit (een lijntje zalf op het eerste kootje van de wijsvinger, overeenkomend met circa 0,5 gram) is een goede indicatie voor de hoeveelheid zalf die er op 1 hand moet worden gesmeerd.

Het kan lastig zijn om volgens een afbouwschema frequent en consequent te smeren. De therapietrouw is bij topicale therapie ook vaak slechter dan bij orale medicatie. Wijs daarom op hulpmiddelen zoals de app Zalf smeerwijzer, en schrijf voor het gebruiksgemak meerdere tubes voor.

Over corticofobie (angst voor het smeren van corticosteroïden) zijn veel artikelen geschreven en vermoedelijk heeft meer dan de helft van de eczeempatiënten hier last van, waardoor ze minder goed smeren. Daarom is het misschien beter om het woord 'hormoonzalf' niet te gebruiken. Bedenk echter dat de apothekersassistente of de buurvrouw dit wellicht wel doet. Daarom is het belangrijk patiënten te vertellen dat ze een corticosteroïdzalf, een hormoonzalf ofwel een ontstekingsremmende zalf krijgen. Benadruk dat bij correct gebruik een fors handeczeem schadelijker is voor de huid, dan het kortdurende gebruik van topicale corticosteroïden. Meer tips vindt u in een artikel dat eerder verscheen in dit blad.[12]

Wanneer een patiënt onvoldoende op de behandeling reageert, is het altijd goed om na te vragen hoeveel topicale corticosteroïden de patiënt heeft gebruikt, om na te gaan of er voldoende is gesmeerd. Adviseer daarom om de tubes mee te

Tabel 2

Handschoenenadvies

Aandachtspunt	Handschoensuggestie
Licht nat/vies werk	Nitril-handschoenen (kortdurend en eenmalig gebruik), bijvoorbeeld Fa Klinion-handschoen Soft Nitrile indigo Sempersoft-huishoudhandschoen
Zwaar nat/vies werk	Vinyl-handschoenen (herbruikbaar), bijvoorbeeld Van der Bend Pura-handschoenen of Hantex Dura blue
Langdurig handschoenen dragen	Katoenen onderhandschoenen, bijvoorbeeld Hantex-verbandhandschoenen, Binamed of Dermacura-verbandhandschoenen onder gewone handschoen
Allergie voor acrylaten	Kortdurend gebruik, bijvoorbeeld door nagelstylistes: nitril-handschoenen Langdurig, industrieel gebruik: 4H-handschoenen
Allergie voor rubberversnellers	Vrij van rubberversnellers, bijvoorbeeld Showa 7570 disposable-handschoenen, Microflex 93-823 disposable-handschoenen, PURA latexvrije huishoudhandschoen, Hylite 47-400-beschermhandschoenen

Deze tabel is niet compleet en bevat een selectie. De handschoenen zijn via verschillende webwinkels verkrijgbaar.

nemen naar het herhaalconsult. Alternatieven, zoals calcineurineremmers of teerzalven, worden in de eerste lijn niet geadviseerd, overeenkomstig de NHG-Standaard Eczeem.

WANNEER VERWIJZEN?

Wanneer u aan een contactallergie denkt, is het verstandig door te verwijzen. Patiënten overschatten de rol van allergische reacties vaak, maar het is niet voor niks dat bij langer bestaand of therapieresistent handeczeem wordt geadviseerd om epicutane allergietests te doen.[8,9] Tijdens de allergietest komt minimaal de Europese standaardreeks aan bod, een reeks met gevarieerde contactallergenen waar veel mensen allergisch voor zijn (metalen zoals nikkel en chromaat, parfumstoffen, conserveringsmiddelen zoals methylchloorisothiazolinon of de schuimmaker cocamidopropylbetaïne, enzovoort). Op indicatie kunnen (beroepsgebonden) aanvullende reeksen worden toegevoegd, zoals een kappersreeks met haarverfcomponenten, een plastic- en lijmreeks of een bakkersreeks.
Een andere reden om te verwijzen is een, ondanks adequate therapie en goede therapietrouw, therapieresistent handeczeem. In de tweede lijn zijn topicale calcineurineremmers (tacrolimuszalf en pimecrolimuscrème), lichttherapie en systemische behandeling met alitretinoïne (een retinoïde) of ciclosporine onderdeel van het behandelarsenaal. Ook andere systemische medicatie, zoals methotrexaat, azathioprine en acitretine, komen in de NVDV-richtlijn voor handeczeem aan de orde, maar voor het gebruik bij handeczeem is er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing.[8,11] Biologicals zijn voor constitutioneel eczeem in opmars. Helaas zijn deze voor handeczeem nog niet geregistreerd en staat het onderzoek hiernaar nog in de kinderschoenen.[13-15] ■

LITERATUUR

1. Meding B, Jarvholm B. Incidence of hand eczema – a population-based retrospective study. J Invest Dermatol 2004;122:873-7.
2. Yngveson M, Svensson A, Johannisson A, Isacsson A. Hand dermatosis in upper secondary school pupils: 2-year comparison and follow-up. Br J Dermatol 2000;142:485-9.

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

Christoffers WA. Handeczeem voorkomen en behandelen. Huisarts Wet 2022;65(8):36-9. DOI:10.1007/s12445-022-1506-y.

Isala Zwolle, afdeling Dermatologie, Zwolle: W.A. Christoffers, dermatoloog, w.a.christoffers@isala.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: WAC ontving een vergoeding voor het geven van onderwijs van Sanofi Genzyme en voor het geven van advies aan LEO Pharma.

H&W nu ook te volgen via social media

Huisarts en Wetenschap is nu ook te volgen via LinkedIn, Facebook, Instagram en Twitter. Hier houden wij u op de hoogte van de nieuwste artikelen en ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied. Ook kunt u uw kennis bijspijkeren én testen via vakinhoudelijke casuïstiek en nascholing. Deel vooral ook relevante artikelen, waar u misschien wel aan bijgedragen hebt, met vrienden, familie en collega's.

Reageer, like en volg Huisarts en Wetenschap via uw favoriete kanaal.

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

Kringetjes draaien

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

Foto: Margot Scheerder

Het NHG en H&W bestaan 65 jaar en daar worden mensen sentimenteel van. Heeft dat nu iets opgeleverd in de tijd dat je hoofdredacteur was, vroeg de huidige redactie aan mij. Lang geleden (2000-2006) was ik hoofdredacteur en als ik nu de verzamelbanden (ja, die heb ik nog) doorblader dan bekruipt me het gevoel dat huisartsen in kringetjes ronddraaien en dat er ook wel wat koekoeksjongen zijn opgegroeid.
Een van de eerste artikelen in mijn periode ging over 'De Nachtwacht, een nieuwe organisatie van de nachtdienst in Almere', met als conclusie: 'De nieuwe organisatie heeft geleid tot minder werkdruk en grotere tevredenheid bij huisartsen'. Ik geloof niet dat veel praktijkhouders die conclusie nog onderschrijven. De ANW-zorg is een voortdurende *pain in the ass* geworden. Van de opluchting niet meer elke week dienst te hebben is niets meer over.
Een paar jaar later publiceerde H&W een serie over Woudschoten, 1957. Samen met Ger van der Werf reconstrueerde ik daarin de eerste Woudschotenconferentie, die van 'continue, persoonlijke en generalistische zorg'. De huisartsgeneeskunde stond in de jaren vijftig onder druk, net als nu. Ongelofelijk rommelig kwam er een bruikbare omschrijving van ons vak tot stand. Nogal een verschil met de gestructureerde opzet en ontwikkeling van de recente versie uit 2019. Nu verzamelt het Nivel min of meer continu gegevens uit de praktijk, maar in 2000 was dat nog een hele toer. 'De tijd dat huisartsen een solopraktijk hadden en 7x24 uur beschikbaar waren, ligt ver achter ons', zo begonnen onderzoekers een artikel over patiëntervaringen rond continuïteit van zorg. Driekwart van de patiënten wilde toen altijd dezelfde huisarts spreken. Wellicht is die wens er nog steeds, maar in grote delen van het land is het geen realiteit meer. De zorg verbrokkelt.
Ook de discussie over nieuwe functies in de zorg is al jaren oud. Met weinig enthousiasme van het NHG-bestuur initieerde H&W in 2006 het *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*. Die nieuwe beroepsgroep moest volgens ons ook echt ingebed worden in de 'Huisarts en Wetenschap'-familie. LHV en NHG waren destijds nogal huiverig voor allerlei nieuwe functies. Sjoerd Zwart en Monique Fillipo schreven een vlammend betoog tegen de bestuurlijke ontmoediging van de inzet van *nurse practitioners*. Zestien jaar later is die ontwikkeling nog steeds niet van de grond gekomen.
Het vierde niet opgeloste punt is de ggz. Tussen 2000 en 2004 was er een groot project, geïnitieerd door VWS, om de ggz te herstructureren en in de eerste lijn te verankeren. De huisarts moest poortwachter worden. Er kwamen eerstelijnspsychologen en spv'ers in de praktijk. Het algemeen maatschappelijk werk mocht stevig uitbreiden. In 2006 maakten Marten Cox en Harm van Marwijk de balans op. Huisartsen wilden helemaal geen poortwachter zijn en van die integratie was toen al weinig terechtgekomen. De veranderingen waren aan de tekentafel bedacht zonder echte inbreng van het veld. Een van de grootste knelpunten in de huidige zorg is het disfunctioneren van de ggz. Individuele psychologen en het AMW zijn grotendeels verdwenen, de POH's vullen gaatjes op.
Als ik zo terugblik overheerst de melancholie. Ik hoop dat het jonge huisartsenvolk het vlot kan lostrekken en het tij kan keren. Een strijdbaarder NHG zou hen moeten helpen.

Joost Zaat, hoofdredacteur H&W van 2000 tot en met 2006

Entropion en ectropion

Sophie van Blijswijk, Annemarije Kruis, Just Eekhof

Bij een entropion is de rand van het ooglid naar binnen gekeerd, waardoor de oogharen tegen de oogbol aanschuren en de oogbol kan beschadigen. Bij een ectropion is de rand van het ooglid naar buiten gekeerd, waardoor het hoornvlies kan uitdrogen en beschadigen. Beide aandoeningen komen vooral op hogere leeftijd voor en zullen niet spontaan herstellen. Opereren kan een oplossing zijn. In afwachting daarvan kunnen oogdruppels of ooggel de klachten verlichten.

Een entropion gaat veelal gepaard met trichiasis, waarbij de haren van het onderste of bovenste ooglid tegen het hoornvlies aan komen. Bij een ectropion ligt het ooglid niet meer tegen de oogbol aan, zijn de conjunctiva zichtbaar en ontstaat tranenvloed door eversie van de traanpunt.

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

De oogleden beschermen de ogen tegen beschadiging (door zich te sluiten) en tegen uitdroging (door traanvocht over het oog te verspreiden). De oogleden bestaan uit 2 lagen. De buitenste laag wordt gevormd door de wimpers (cilia), de huid, bindweefsel, de musculus orbicularis oculi die het ooglid sluit en de musculus levator palpebrae die het ooglid opent. De binnenste laag bestaat uit de tarsus (een bindweefsellaag die de klieren van Meibom bevat), de conjunctiva en de musculus tarsalis, die de tonus van het bovenste ooglid regelt en zo de grootte van de lidspleet bepaalt.[1]
Entropion en ectropion ontstaan door toenemende horizontale zwakte van het ooglid. Bijdragende factoren zijn onder andere veranderingen van de musculus orbicularis oculi, de tarsus en de canthale pees. Van beide aandoeningen kan ook een cicatriciële vorm ontstaan door verlittekening van de conjunctiva na bijvoorbeeld ooglidchirurgie, trauma, chronische allergie of ontstekingen.[5] Deze vormen vallen buiten het bestek van dit artikel.

Entropion

Het meest voorkomende entropion is het involutioneel entropion van het onderste ooglid. Door een combinatie van zwakte van het ooglid, een kleiner dan gemiddelde tarsus en verhoogde tonus van de musculus orbicularis oculi klapt het ooglid naar binnen. Histopathologisch is de tarsus verdikt en is er sprake van zwakte van het ooglid.[2] Bij het intermitterende involutionele entropion staat de wisselend verhoogde tonus van de musculus orbicularis oculi op de voorgrond. Diagnostiek van een intermitterend entropion wordt bemoeilijkt doordat het entropion niet continu aanwezig is.[3-5]
Doordat de oogharen, de rand van het ooglid en de huid over de oogbol schuren ontstaat irritatie met verhoogde tranenvloed en mogelijk chronische bacteriële ontsteking of beschadiging van de oogbol (keratitis punctata, ulcus corneae).[1,5] Een entropion herstelt niet spontaan.

Ectropion

Een ectropion van het oog betreft in verreweg de meeste gevallen het onderste ooglid, maar kan ook bij het bovenste ooglid voorkomen. Een involutioneel ectropion komt het vaakst voor bij ouderen, door afname van vetweefsel in de orbita, verdunning van de huid en subcutane weefsels, verzwakking en verlenging van de musculus orbicularis en de musculus tarsalis, en zwakte van de mediale canthale pees.[1–4]
Door deze combinatie van factoren zakt de ooglidrand naar buiten, meestal eerst mediaal bij de traanpunt, waardoor de oogleden niet meer goed sluiten en het traanvocht niet meer kan worden afgevoerd via de traankanaaltjes, zodat het uit het oog loopt. De conjunctiva en de cornea worden onvoldoende bevochtigd, kunnen geïrriteerd aanvoelen en rood worden. Dit kan leiden tot droge ogen en keratoconjunctivitis sicca. Als reactie wordt nog meer traanvocht geproduceerd. Door ontsteking en verlittekening van het weefsel en verdere verdunning van de tarsus door blootstelling van de conjunctiva kan het ectropion verergeren. Een ectropion herstelt niet spontaan.[1,5-7]

DIFFERENTIAALDIAGNOSE EN EPIDEMIOLOGIE

In de differentiaaldiagnose van het entropion staan trichiasis (alleen de oogharen wijzen naar de oogbol), distichiasis (een extra rij oogharen bij de klieren van Meibom) en epiblefaron (de oogharen worden omhoog geduwd door huid en de musculus orbicularis).[5]
In de differentiaaldiagnose van het ectropion staat retractie van het onderste of bovenste ooglid, dat naar beneden of naar boven is verplaatst. Een verschil met ectropion is dat het ooglid nog op de normale wijze tegen de cornea rust en niet naar buiten is gedraaid.[6]

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder gepubliceerd is in het boek *Kleine kwalen en alledaagse klachten bij ouderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

DE KERN

- Entropion en ectropion ontstaan onder andere door zwakte van het ooglid en irritatie van de conjunctiva, en komen vooral op oudere leeftijd voor.
- Bij een entropion is de rand van het ooglid naar binnen gekeerd, waardoor de oogharen tegen de oogbol aanschuren en de oogbol kan beschadigen,
- Bij een ectropion is de rand van het ooglid naar buiten gekeerd, waardoor de conjunctiva zichtbaar is. Doordat het traanvocht niet meer goed over het oog verdeeld en afgevoerd wordt, kan de cornea uitdrogen en beschadigen.
- Veelvoorkomende klachten zijn roodheid, irritatie, tranenvloed, gevoeligheid voor licht en wind en kans op een secundaire infectie.
- Opereren biedt bij beide een oplossing. In afwachting van een operatie kunnen oogdruppels of ooggel de klachten verlichten.

Een Braziliaans onderzoek naar het voorkomen van entropion vond een prevalentie van 2,1% bij 60-plussers (mannen 1,9%; vrouwen 2,4%) en 10,7% bij 80-plussers. Hetzelfde onderzoek vond voor ectropion een prevalentie van 2,9% bij 60-plussers (mannen 5,1%; vrouwen 1,5%) en 17,7% bij 80-plussers.[8]

In Nederland is geen onderzoek gedaan naar de prevalentie van entropion en ectropion bij ouderen. In de Nederlandse huisartsenpraktijk worden beide geregistreerd onder ICPC-code F99 (Andere ziekte(n) oog/adnexen). De incidentie is 7,5 en de prevalentie 13,3 per 1000 patiënten per jaar. Soms wordt een entropion gecodeerd als ICPC-code F16 (Symptomen/klachten oogleden).[1,9]

ANAMNESE

Vraag naar de volgende punten:

- begin van de klachten (geleidelijk of acuut?)
- beloop van de klachten (volgorde van ontstaan, verergerende en verbeterende factoren)
- tranenvloed, irritatie van het oog, gevoel van een corpus alienum, visusklachten
- tekenen van infectie (afscheiding uit het oog, eerdere episode van infectie?)
- alarmsymptomen (pijn, daling van het gezichtsvermogen, lichtschuwheid, (recent) trauma, mogelijk corpus alienum in het oog)
- eerdere problemen met de oogleden, ingrepen aan de ogen
- effect op het dagelijks functioneren.[1,10]

ONDERZOEK

De diagnose kan à vue worden gesteld. Bij entropion is er sprake van een zichtbaar naar binnen gedraaid ooglid. In het begin is deze standsafwijking soms alleen zichtbaar bij het dichtknijpen van de ogen. Bij ectropion is er sprake van een zichtbaar naar buiten gedraaid ooglid. Veelal betreft het vooral het mediale deel van het ooglid. Dit kan zich ook beperken tot direct nabij de traanpunt.[10]

De volgende aanvullende tests kunnen behulpzaam zijn bij de diagnostiek van een beginnend of intermitterend entropion.

- *Snapback test*: de rand van het ooglid sluit niet volledig aan op de oogbol nadat deze eerst iets naar beneden is getrokken. Na knipperen met de oogleden sluit het ooglid soms weer wel aan.
- *Distraction test*: het is mogelijk om het ooglid ≥ 6 mm naar voren (van de oogbol af) te trekken.
- Manuele provocatietest: het onderste ooglid wordt tussen duim en wijsvinger naar voren (van de oogbol af) getrokken. De patiënt wordt gevraagd de oogleden krachtig dicht te knijpen en het ooglid wordt losgelaten, waarna het entropion kan worden gezien.[11]
- *Test of Induced Entropion-2* (TIE-2): terwijl de patiënt naar beneden kijkt, wordt het bovenste ooglid zo hoog mogelijk naar boven getrokken. De patiënt wordt gevraagd de ogen zo stevig mogelijk dicht te knijpen, waarna het entropion kan worden gezien.[3]

Bij roodheid van het oog en de conjunctiva moeten deze worden geïnspecteerd conform de NHG-Standaard Rood oog en oogtrauma.[10]

BELEID

Advies

Voor zover bekend is, zijn er geen adviezen die het ontstaan dan wel verergeren van een entropion en ectropion kunnen voorkomen. Als de patiënt niet kiest voor operatief herstel, is de behandeling gericht op het bestrijden van de klachten. Voorkomen dat de ogen uitdrogen kan ervoor zorgen dat de patiënt minder klachten ervaart. Het kan daarom zinvol zijn te zorgen voor een goede luchtvochtigheidsgraad en gebruik van airconditioning en blowers te vermijden. Ook een horlogeglasverband of een beschermende bril waarvan de zijkanten zijn afgesloten kan de klachten verlichten. Deze maatregelen voorkomen echter niet dat de haren de oogbol raken.[7]

Conservatieve behandeling

In een onderzoek bij 6 patiënten met entropion bleek dat preoperatief onder het oog aangebrachte Steristrips® een positief effect hadden. De deelnemers rapporteerden geen klachten van de hechtstrips. Wellicht is deze behandeling ook op langere duur effectief bij patiënten die afzien van een operatie.[12]

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Patiënten komen op het spreekuur met overvloedig tranen, een gevoel dat er iets in het oog zit, gevoeligheid voor licht en wind, een rood en geïrriteerd oog of irritatie van het ooglid. De aandoening kan als cosmetisch storend worden ervaren en visusklachten geven.[1,5]

Bij ectropion kan het in afwachting van een operatie zinvol zijn hechtstrips aan te brengen aan de zijkant van het oog om het ectropion op te heffen. Ook kan dit zinvol zijn bij patiënten die afzien van een operatie.[14]

Traanvervangende middelen
Ter verlichting van de klachten kan worden gestart met traanvervangende middelen (kunsttranen) zoals indifferente oogdruppels (hypromellosedruppels 0,3% FNA, zo nodig 1 × per uur, indien met conserveermiddel maximaal 4 dd) of oogzalf (carbomeer 0,2-0,3%; 1-4 dd). Overweeg oogzalf voor de nacht ook als aanvulling op de oogdruppels en voeg deze zeker toe in het geval van keratoconjunctivitis sicca.[10]

Antibiotische oogzalf
Overweeg bij secundaire ontstekingsverschijnselen antibiotische oogdruppels of oogzalf. Bij infectieuze conjunctivitis zijn antibiotica (chlooramfenicol oogdruppels 0,5%, 1-2 druppels iedere 2-3 uur; of oogzalf 1%, 2-4 dd 1 cm zalfstreng op de binnenzijde van het onderste ooglid tot 2 dagen na verdwijnen van de symptomen) alleen geïndiceerd bij risicogroepen. Bij een stafylokokkenblefaritis en bij aanhoudende blefaritis ondanks 4 weken ooglidhygiëne is een antibioticum geïndiceerd (fusidinezuur ooggel 10 mg/g, 2-6 dd 1 druppel inmasseren in de ooglidranden) en continueer de ooglidhygiëne.[10]

Operatieve behandeling
De definitieve behandeling bij een entropion en een ectropion is operatieve correctie van de horizontale en/of verticale zwakte van het ooglid. Er zijn verschillende operatietechnieken; de operatie wordt (onder lokale verdoving) verricht door oogartsen of plastisch chirurgen.[14,15]

OVERWEGINGEN BIJ COMORBIDITEIT

Bij sommige ouderen zal een operatie op bezwaren stuiten vanwege bijvoorbeeld comorbiditeit. De klachten zullen dan blijven bestaan en in die situaties is het belangrijk deze zo veel mogelijk te verlichten met conservatief beleid (oogdruppels of ooggel, bril). Ook kan worden gekeken naar maatregelen om een eventuele functionele beperking zo veel mogelijk tegen te gaan, bijvoorbeeld door een leesloep.

WANNEER VERWIJZEN?

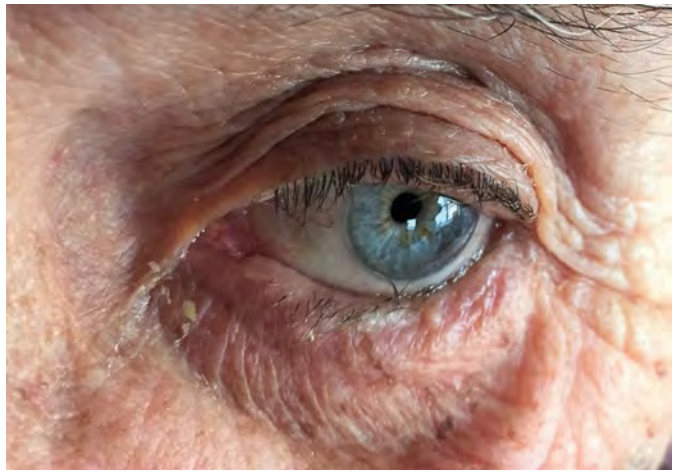
Operatie lijkt de beste behandeling van entropion en ectropion. Ook wanneer er aanwijzingen zijn voor een andere dan een involutionele oorzaak (bijvoorbeeld mechanisch of door een tumor) is verwijzing op zijn plaats.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Wanneer een entropion of een ectropion niet chirurgisch wordt verholpen, zal deze niet verdwijnen en zullen de ermee samenhangende klachten blijven bestaan en verergeren door de aanhoudende irritatie van de oogbol. De klachten kunnen worden verlicht door aanhoudend gebruik van oogdruppels of oogzalf. ■

Figuur 1

Entropion van het onderste linker ooglid, de wimpers komen lateraal tegen de conjunctiva aan en dat leidt tot irritatie

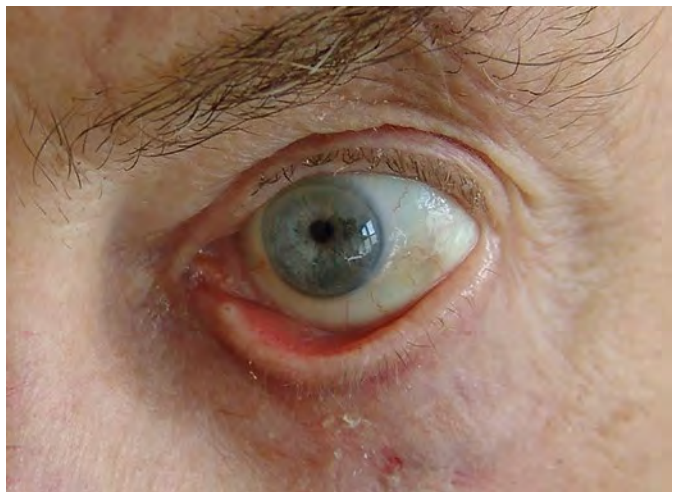


Figuur 2

Ectropion van het rechter oog, het onderste ooglid ligt niet meer tegen het oog aan en is rood door onvoldoende bevochtiging

Figuur 3

Ectropion van het linker oog met links afliggend traanpuntje



WAT IS AANGETOOND?

We vonden geen systematische literatuuronderzoeken of RCT's over conservatieve behandeling van entropion of ectropion. De adviezen voor conservatieve behandeling, oogdruppels en oogzalf zijn gebaseerd op de bestaande richtlijnen voor droge ogen.[7]

Entropion: in een patiëntenserie uit 2016 met 11 patiënten werden na 24 maanden follow-up goede resultaten gezien na een injectie met botulinetoxine A. Afhankelijk van het beloop werd bij een aantal deelnemers de injectie herhaald na 3 maanden (n = 1), 6 maanden (n = 3), 9 maanden (n = 3) en 24 maanden (n = 2, beiden hadden al eerder een extra injectie gekregen). Er werden geen bijwerkingen gerapporteerd.[4] In 2011 verscheen een cochranereview over chirurgische behandeling van entropion, gebaseerd op 1 RCT met 63 deelnemers.[10] Nadien is meer onderzoek gedaan. Verschillende operatietechnieken worden aanbevolen, de keuze lijkt afhankelijk van de meest prominente oorzaak van het entropion bij de patiënt. Vergelijkend onderzoek ontbreekt.[16]

Ectropion: een onderzoek toonde bij patiënten met een paralytisch ectropion een positief effect aan van Steristrips® lateraal van het oog om het ectropion tijdelijk op te heffen.[9] Een patiëntenserie uit 2018 liet goede resultaten zien van een injectie met hyaluronzuur op een cicatrieel en een involutioneel ectropion. Verder onderzoek zal het effect en de veiligheid van deze injectie op de langere termijn moeten tonen.[16]

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE VERZORGING

Om secundaire infectie te voorkomen, moet het oog goed worden schoongehouden met wegwerpdoekjes en kraanwater, en regelmatig worden gedruppeld met traanvervangende middelen. Het kan voor oudere patiënten lastig zijn om dit zelf te doen. Bij ectropion geldt dat ook voor het zelf aanbrengen van hechtstrips. Besteed tijdens het consult aandacht aan de mogelijkheden van de oudere en/of de mantelzorgers om dit uit te voeren. Als zij dat onvoldoende kunnen, kan thuiszorg worden ingeschakeld.

LITERATUUR

1. Giessen PH, Ten Berge JV. Ooglidklachten. In: De Jongh TO, De Vries H, Grundmeijer HG, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten: Bouwstenen voor rationeel probleem oplossen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
2. Miletić D, Kuzmanović Elabjer B, Bušić M, Bišćan Tvrdi A, Petrović Z, Bosnar D, et al. Histopathological changes in involutional lower eyelid entropion: the tarsus is thickened! Can J Ophthalmol 2016;51:482-6.
3. Kennedy AJ, Chowdhury H, Athwal S, Garg A, Baddeley P. Are you missing an entropion? The Test of Induced Entropion 2. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2015;31:437-9.
4. Iozzo I, Tengattini V, Antonucci VA. Senile lower lid entropion successfully treated with botulinum toxin A. J Cosmet Dermatol 2016;15:158-61.
5. Pïskinienė R. Eyelid malposition: lower lid entropion and ectropion. Medicina (Kaunas) 2006;42:881-4.
6. Vallabhanath P, Carter SR. Ectropion and entropion. Curr Opin Ophthalmol 2000;11:345-51.
7. Bedran EG, Pereira MV, Bernardes TF. Ectropion. Semin Ophthalmol 2010;25:59-65.
8. Damasceno RW, Osaki MH, Dantas PE, Belfort R jr. Involutional entropion and ectropion of the lower eyelid: prevalence and associated risk factors in the elderly population. Ophthal Plast Reconstr Surg 2011;27:317-20.
9. Jaarcijfers aandoeningen – Huisartsenregistraties. Utrecht: Nivel, 2020. https://www.nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/incidenties-en-prevalenties, geraadpleegd januari 2020.
10. NHG-werkgroep Rood oog en oogtrauma. NHG-Standaard Rood oog en oogtrauma (tweede herziening). Utrecht: NHG, 2017, https://richtlijnen.nhg.org, geraadpleegd januari 2020.
11. Tonk RS, Meyer DR. Manual provocation test for intermittent involutional entropion. Cornea 2016;35:510-2.
12. Irvine S, Francis IC, Bishop AE, Baxter J. The entropion patch: a method of temporarily correcting involutional entropion with adhesive tape. Ophthalmic Surg 1994;25:604-6.
13. Schrom T, Habermann A. Temporary ectropion therapy by adhesive taping: a case study. Head Face Med 2008;4:12.
14. Boboridis KG, Bunce C. Interventions for involutional lower lid entropion. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD002221.
15. Lin P, Kitaguchi Y, Mupas-Uy J, Sabundayo MS, Takahashi Y, Kakizaki H. Involutional lower eyelid entropion: causative factors and therapeutic management. Int Ophthalmol 2019;39:1895-907.
16. Mitchell DA, Lyons AB, Moy RL. Correction of cicatricial and involutional lower eyelid ectropion with hyaluronic acid. JAAD Case Rep 2018;7;638-30.

Van Blijswijk SC, Kruis AL, Eekhof JA. Entropion en ectropion. Huisarts Wet 2022;65(8):43-6. DOI:10.1007/s12445-022-1486-y.

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: dr S.C.E. van Blijswijk, huisarts; dr A.L. Kruis, huisarts-onderzoeker; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden, j.a.h.eekhof@lumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Handeczeem

1. Frequent handen wassen met water (1), gebruik van water en zeep (2) en het dragen van handschoenen (3) zijn handelingen die de verspreiding van COVID-19 tegengaan. Door welke handeling(en) kan handeczeem ontstaan?[1]
   a. Alleen het dragen van handschoenen.
   b. Zowel het dragen van handschoenen als het gebruik van water en zeep.
   c. Alle 3 de handelingen kunnen handeczeem veroorzaken.

2. Er zijn verschillende vormen van handeczeem, elk met eigen kenmerken. Wat is volgens Christoffers het belangrijkste bij de diagnostiek van handeczeem?[1]
   a. De anamnese
   b. Het lichamelijk onderzoek; aanwezigheid van primaire efflorescenties
   c. De epicutane allergietesten

3. De heer Kraak heeft handeczeem. De huisarts schrijft naast topicale corticosteroïden, indifferente therapie (emolliens) voor. De heer Kraak werkt overdag veel achter zijn computer. Welk voorschrift is in dit geval het meest adequaat?[1]
   a. Overdag lanettecrème, 's nachts lanettecrème
   b. Overdag vaseline-paraffinezalf, 's nachts vaseline-paraffinezalf
   c. Overdag lanettecrème, 's nachts vaseline-paraffinezalf

4. Bij constitutioneel eczeem is het advies te starten met een corticosteroïd uit een lage klasse (1 of 2). Wat is het advies bij handeczeem en hoelang mag de huisarts doorgaan?[2]
   a. Start met klasse 1-corticosteroïd, onbeperkt te gebruiken.
   b. Begin met klasse 3-corticosteroïd en stop uiterlijk na 4 weken therapie.
   c. Begin met klasse 3-corticosteroïd en stop uiterlijk na 2 x 4 weken therapie.

5. Zorgverleners lopen tijdens de COVID-pandemie extra risico op handeczeem. Christoffers geeft adviezen om het risico op handeczeem te verlagen. Welk advies geeft zij?[1]
   a. Desinfecteren van de handen is gunstiger dan wassen met water en zeep.
   b. Smeer de handen frequent in met een dagcrème.
   c. Maak laagdrempelig gebruik van onderzoekshandschoenen.
   d. Draag buiten handschoenen zodra de temperatuur onder nul komt.

6. Dragen van handschoenen tijdens huishoudelijk werk beschermt tegen de inwerking van water en zeep. Handschoenen kunnen echter ook irriterend werken door het materiaal en de occlusieve werking. Wanneer adviseert Christoffers katoenen onderhandschoenen te dragen?[1]
   a. Als nat en vies werk wordt verricht
   b. Als huishoudhandschoenen langdurig worden gedragen
   c. Als contact gaat plaatsvinden met het allergeen

7. Handeczeem is veelal beroepsgerelateerd. Water (irritatief) is de oorzaak bij 'natte beroepen' (zorgwerkers, horeca). Sensibilisatie voor allergenen vindt op veel andere werkplekken plaats. Mensen met handeczeem zijn niet zonder meer geschikt voor elk beroep. Wanneer geldt dat met name?
   a. Als handeczeem samengaat met constitutioneel eczeem
   b. Als al op jonge leeftijd sensibilisatie voor allergenen plaatsvindt
   c. Als handeczeem eerder optrad bij 'nat' werk

8. Handeczeem neigt tot chroniciteit. Alleen als huidirriterende stoffen en/of allergenen de enige oorzaak zijn en als die consequent vermeden kunnen worden, zal het eczeem sterk afnemen of verdwijnen. Na eliminatie mag herstel worden verwacht na:[4]
   a. 6 weken
   b. 3 maanden
   c. 6 maanden

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

LITERATUUR

1. Christoffers W. Handeczeem voorkomen en behandelen. Huisarts Wet 2022;65(8):36-9.
2. Deenen NJ, Bergman W. Diagnostiek en behandeling van handeczeem. Huisarts Wet 2015;58(2):94-8.
3. Bakker JG, Jungbauer FHW, Rustemeyer T. Handeczeem: denk aan werk. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:A7526.
4. NHG-werkgroep Eczeem. NHG-Standaard Eczeem. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014. https://richtlijnen.nhg.org.

ANTWOORDEN

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

Vaker spoedverwijzing in de acute fase van een herseninfarct in herziene NHG-Standaard Beroerte

Arianne Verburg, Maureen van den Donk, Tjerk Wiersma

In de herziene NHG-Standaard Beroerte is het verwijsbeleid in de acute fase aangepast, omdat intraveneuze trombolyse en endovasculaire behandeling bij een klein deel van de patiënten ook na de termijn van 4,5 respectievelijk 6 uur nog effect kunnen hebben. Daarnaast krijgen de differentiaaldiagnose bij aanwijzingen voor een beroerte in het vertebrobasilaire stroomgebied en neuropsychologische functiestoornissen na een TIA meer aandacht. Verder zijn er kleine aanpassingen gedaan in de medicamenteuze secundaire preventie.

Het verwijsbeleid in de acute fase is aangepast in de NHG-Standaard Beroerte Foto: Shutterstock

Door nieuwe ontwikkelingen op het gebied van intraveneuze trombolyse en endovasculaire behandeling wordt de termijn waarbinnen deze behandelingen kunnen worden toegepast bij een herseninfarct steeds verder verruimd. Het aantal patiënten dat intraveneuze trombolyse en/of endovasculaire behandeling kan ondergaan, neemt echter af met het verstrijken van de tijd. Ook neemt de effectiviteit van de behandelingen af, naarmate de uitvalsverschijnselen langer bestaan.
De verwijsurgentie bij uitvalsverschijnselen, waarbij de huisarts een beroerte vermoedt, wordt mede bepaald door de kans dat acute behandeling (intraveneuze trombolyse, endovasculaire behandeling, couperen antistolling) mogelijk is.
Dit heeft geleid tot de volgende verwijscriteria in de acute fase, die zijn vastgesteld in een landelijke afspraak met betrokken partijen (Nederlandse Vereniging voor Neurologie en Ambulancezorg NL) [**figuur**]:

- U1-urgentie: bel met spoed een ambulance (A1-indicatie) bij patiënten met uitvalsverschijnselen die < 12 uur geleden zijn ontstaan. Overweeg na het inschakelen van de ambulance een spoedvisite af te leggen.
- U2-urgentie: leg bij patiënten met uitvalsverschijnselen die ≥ 12 uur bestaan direct een visite af en verwijs vervolgens bij vermoeden van een beroerte naar de neuroloog. Overleg met de neuroloog over de urgentie van de verwijzing (A1- of A2-indicatie), mede afhankelijk van de ernst en duur van de uitvalsverschijnselen.
- U3-urgentie: beoordeel patiënten bij wie de uitvalsverschijnselen volledig verdwenen zijn binnen een paar uur. Verwijs patiënten bij wie u vervolgens de werkdiagnose 'TIA' stelt bij voorkeur binnen 24 uur naar de neuroloog.

DIAGNOSTIEK BIJ ACUTE DUIZELIGHEID EN DUBBELZIEN

In de praktijk blijkt het vaak lastig om klachten zoals acute duizeligheid en dubbelzien te duiden, zeker als deze inmiddels weer zijn verdwenen. Het onderscheid met bijvoorbeeld een perifeer vestibulair syndroom kan lastig zijn. Daarom is de beschrijving van kenmerken die een beroerte meer of minder waarschijnlijk maken uitgebreid en zijn bij acute duizeligheid en dubbelzien specifieke overwegingen toegevoegd.
Bij geïsoleerde acute aanhoudende duizeligheid zonder bijkomende (nieuwe) neurologische verschijnselen, is de kans op een beroerte klein (< 5%). Houd bij de interpretatie rekening met kenmerken zoals leeftijd en risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

ACETYLSALICYLZUUR EERSTE KEUS IN ACUTE FASE TIA

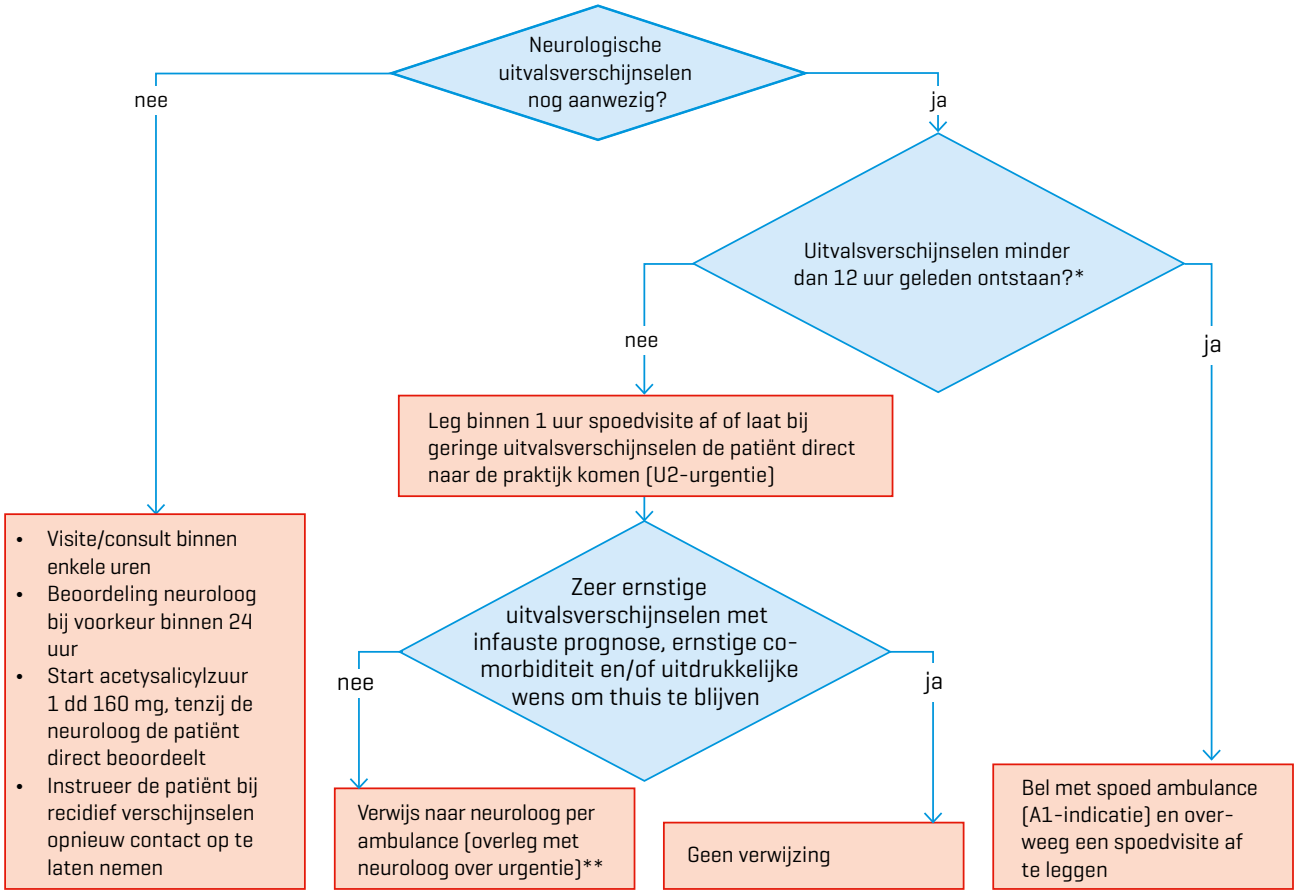
De trombocytenaggregatieremmer van eerste keus in de acute fase van een TIA blijft acetylsalicylzuur. Dit middel is bewezen effectief in de acute fase van een TIA. Neurologen adviseren soms clopidogrel in oplaaddosering, maar de effectiviteit daarvan in de acute fase van een TIA is niet onderzocht. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat clopidogrel bij sommige patiënten niet of minder werkzaam is – de plaatsbepaling van farmacogenetisch onderzoek voor het starten met clopidogrel is nog onduidelijk. Daarom blijft acetylsalicylzuur het middel van eerste keus in de acute fase. De werkgroep adviseert om na het stellen van de werkdiagnose 'TIA' te starten met acetylsalicylzuur 1 dd 160 mg, tenzij de patiënt direct door de neuroloog wordt onderzocht.

DUALE BEHANDELING MET TROMBOCYTENAGGREGATIEREMMERS

De neuroloog kan bij een TIA of *minor stroke* (klein herseninfarct met geringe uitvalsverschijnselen) starten met de combinatie clopidogrel en acetylsalicylzuur gedurende 3 weken. Deze behandeling, mits gestart binnen 24 uur na het ontstaan van

Figuur

Beleid in de acute fase bij vermoeden van een beroerte



* Ook bij een onbekend aanvangstijdstip van de klachten, indien de patiënt minder dan 12 uur geleden voor het laatst zonder uitvalsverschijnselen is gezien.
** Urgentie is afhankelijk van ernst en aard van uitvalsverschijnselen; in uitzonderingsgevallen komen patiënten tot 24 uur na het ontstaan van uitvalsverschijnselen in aanmerking voor endovasculaire behandeling.

de uitvalsverschijnselen, verlaagt de kans op een (recidief) herseninfarct. Deze mogelijkheid, in combinatie met de voordelen van snelle diagnostiek en secundaire preventie, is de grondslag voor de aanbeveling om patiënten met de werkdiagnose TIA bij voorkeur binnen 24 uur naar de neuroloog te verwijzen.

VERMOEIDHEID EN COGNITIEVE PROBLEMEN NA EEN TIA OF MINOR STROKE

Een herseninfarct of intracerebrale bloeding kan leiden tot (ernstige) lichamelijke en psychische restverschijnselen. Ook na een TIA of minor stroke kunnen neuropsychologische klachten voorkomen, bijvoorbeeld depressie, angst, cognitieve stoornissen en vermoeidheid. Wees daarom ook bij patiënten met een TIA of minor stroke alert op deze klachten, ook na de acute fase. In de standaard worden de beleidsopties bij neuropsychologische klachten besproken, zoals cognitieve revalidatie. Ook de ergotherapeut kan een rol spelen bij het leren omgaan met cognitieve problemen of vermoeidheid. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Beroerte op https://richtlijnen.nhg.org.

Verburg AFE, Van den Donk M, Wiersma Tj. Vaker spoedverwijzing in de acute fase van een herseninfarct in herziene NHG-Standaard Beroerte. Huisarts Wet 2022;65(8):48-9. DOI:10.1007/s12445-022-1518-7.
Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: A.F.E. Verburg, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org; dr. M. van den Donk, epidemioloog en senior wetenschappelijk medewerker; dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep die de herziene NHG-Standaard Beroerte heeft geschreven bestond uit (op alfabetische volgorde): L.S. Dolmans, L.F. Hegeman, M.R.S. Tjon-A-Tsien, M. van den Donk, H.G.C. Noortwijk-Bonga, A.F.E. Verburg-Oorthuizen, T.J. Wiersma.

Spironolacton tegen hoge bloeddruk en puistjes

Marissa Gaanderse, Rónán Bugter, Ibo Souwer

Hormonale acne is een moeilijk behandelbare aandoening bij volwassen vrouwen. Anti-androgene medicatie, zoals de combinatiepil, kan niet altijd worden ingezet. Spironolacton vormt dan een mogelijk alternatief. In deze CAT vergelijken we het effect van spironolacton op de ernst van acne bij volwassen vrouwen met dat van een placebo, orale antibiotica of oraal isotretinoïne. We denken dat spironolacton een plaats verdient bij de behandeling van therapieresistente acne bij volwassen vrouwen met een contra-indicatie voor de combinatiepil.

Acne is een veelvoorkomende huidaandoening in de puberteit en kan, vaker bij vrouwen, ook op latere leeftijd aanhouden. Deze vorm van acne (ook wel hormonale acne genoemd) is dikwijls moeilijk te behandelen.[1] Er zijn 2 orale behandelingen gebruikelijk: doxycycline en isotretinoïne.[2] Beide hebben nadelen. Zo kan doxycycline antibioticaresistentie in de hand werken en veroorzaakt het vaak fotosensibiliteit.[3,4] Gebruik van oraal isotretinoïne veroorzaakt een droge huid en droge lippen, en is gerelateerd aan onder andere bloedbeeldafwijkingen, leverfunctiestoornissen, teratogeniteit, artralgieën en een verhoogd risico op suïcide.[5,6] Daarnaast zijn deze behandelingen niet altijd effectief.[7]
Omdat androgene hormonen een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van hormonale acne kan anti-androgene medicatie effectief zijn.[8] De NHG-Standaard Acne adviseert daarom orale hormonale combinatiepreparaten voor vrouwen met acne en een anticonceptiewens. Soms zijn deze echter ongewenst, bijvoorbeeld bij contra-indicaties of als de patiënt al een andere anticonceptiemethode gebruikt, zoals de vrouw in onze casus.[2,9] Spironolacton heeft ook een anti-androgene werking. Daarom wordt het in de Verenigde Staten sinds de jaren 80 off-label gebruikt als behandeling bij hormonale acne bij deze groep vrouwen.[10] De American Association of Dermatology adviseert het gebruik op basis van consensus en expert opinion.[11] We gaan na of dit middel een aanvulling kan zijn op de behandeling van acne. Het middel kan langdurig worden voorgeschreven, is goedkoop en heeft een mild bijwerkingenprofiel.[12-14] Daarom is onze uitgangsvraag: wat is de effectiviteit van oraal spironolacton en hoe veilig is dit middel bij volwassen vrouwen met acne vulgaris?

Casus: een vrouw met hardnekkige acne
Een 33-jarige patiënte wordt door haar huisarts en dermatoloog sinds een paar jaar behandeld voor hardnekkige acne, die zich vooral rondom de kin en kaaklijn voordoet. Verschillende topicale behandelingen en oraal doxycycline hebben onvoldoende effect. Ze heeft via de dermatoloog tweemaal gedurende 6 maanden isotretinoïne geprobeerd. Helaas had ook dat een beperkt resultaat. De dermatoloog adviseert een oraal hormonaal combinatiepreparaat. Omdat de patiënte tevreden is over de Mirena-spiraal, vraagt ze of er geen andere opties zijn.

Acne kan ook na de puberteit aanhouden en deze hormonale vorm van acne is moeilijk te behandelen. Foto: Shutterstock

ZOEKSTRATEGIE

Wij formuleerden de volgende PICO voor onze zoekstrategie: P: volwassen vrouwen met acne vulgaris; I: oraal spironolacton; C: oraal placebo, orale antibiotica of oraal isotretinoïne en O: ernst van de acne, kwaliteit van leven, bijwerkingen.
De NHG-Standaard Acne geeft geen antwoord op onze vraag en er is geen relevante cochranereview. We hebben met een brede search gezocht in PubMed: ("Spironolactone"[Mesh] OR spironolact*[tiab]) AND ("Acne Vulgaris"[Mesh] OR acne[tiab]). We screenden titels en abstracts op onze inclusiecriteria: systematische literatuuronderzoeken of prospectieve onderzoeken naar het effect van spironolacton op acne vulgaris bij volwassen vrouwen. De kwaliteit van de geselecteerde artikelen hebben we beoordeeld aan de hand van de AMSTAR-checklist en de Cochrane Risk of Bias Tool.

RESULTATEN

We vonden 228 artikelen, waaronder 2 systematische literatuuronderzoeken uit 2017. Het eerste liet zonder verklaring artikelen buiten beschouwing die wel werden geïncludeerd in het tweede literatuuronderzoek.[12,13] Daarom besloten we alleen die laatste te includeren.[13] We screenden 101 titels van publicaties na de inclusieperiode van dit literatuuronderzoek. We vonden nog 1 bruikbare randomised controlled trial (RCT).[14] Beide artikelen betroffen tweedelijnsonderzoekspopulaties.[13,14] In hun systematisch literatuuronderzoek beschrijven de onderzoekers 10 RCT's naar de effecten van spironolacton op acne bij volwassen vrouwen.[13] Verder beschrijven ze 21

case-series. We hebben de review met de AMSTAR-checklist beoordeeld als van hoge kwaliteit. De auteurs beoordeelden alle geïncludeerde RCT's echter als van (zeer) lage kwaliteit. De onderzochte doseringen spironolacton varieerden tussen de 25 en 200 mg per dag, en de behandelduur lag tussen 2 en 12 (gemiddeld 5) maanden. De controlegroepen kregen een placebo, tetracycline, een hormonaal combinatiepreparaat of andere anti-androgene medicatie. De geanalyseerde onderzoeken vergeleken niet met isotretinoïne. De RCT's gebruikten verschillende classificatiemethoden voor acne, waardoor een meta-analyse niet mogelijk was. Kwaliteit van leven was geen uitkomstmaat. Spironolacton presteerde niet significant slechter dan andere anti-androgene medicatie of orale tetracycline. Er was weinig uitval, wat suggereert dat de patiënten spironolacton goed verdroegen. De belangrijkste bijwerking was een dosisgerelateerde kans op irregulair vaginaal bloedverlies. Hyperkaliëmie was zeldzaam en altijd mild. De onderzoekers concluderen dat er bewijs van lage kwaliteit is voor een positief effect van 200 mg spironolacton per dag op het aantal acnelaesies. Ze stellen dat er een behoefte is aan meer en beter onderzoek naar lagere doseringen spironolacton, en vergelijking met isotretinoïne.

De recentere RCT onderzocht de effectiviteit van 25 en 50 mg spironolacton.[14] We hebben deze RCT met de Cochrane Risk of Bias Tool beoordeeld als van hoge kwaliteit. Zestig Thaise vrouwen (leeftijd 25-45 jaar) met milde acne kregen 25 of 50 mg spironolacton of placebo. Daarnaast kregen alle groepen een topicale behandeling met benzoylperoxide. De onderzoekers maten het effect met de Adult Female Acne Scoring Tool en door het aantal laesies te tellen. Ook hier was kwaliteit van leven geen uitkomstmaat. Na 12 weken werd er bij 75% van de vrouwen in de interventiegroep een volledige remissie of een significante verbetering gemeten, vergeleken met 30% bij de controlegroep (OR 7,0; 95%-BI 5,6 tot 8,3). Er was een dosis-responstrend. Een deel van de vrouwen die 50 mg spironolacton gebruikten rapporteerde milde bijwerkingen, zoals onregelmatige menstruatie (30%), duizeligheid (24%) en gevoelige borsten (20%). Deze waren alle van voorbijgaande aard en leidden niet tot uitval. Hyperkaliëmie kwam niet voor. De onderzoekers concluderen dat een lage dosis spironolacton effectief is bij de behandeling van acne, met minimale bijwerkingen.

CONCLUSIE

Beperkte evidence wijst op een dosisgerelateerd effect van spironolacton op hormonale acne.[13,14] Het effect op de kwaliteit van leven is niet onderzocht. De bijwerkingen zijn mild en infrequent. De kosten zijn laag en huisartsen hebben ervaring met het gebruik van dit middel bij andere indicaties.[15] Spironolacton kan mogelijk een plaats hebben bij de behandeling van hormonale acne, bijvoorbeeld wanneer andere behandelingen falen of wanneer er een contra-indicatie is voor een oraal hormonaal combinatiepreparaat. Voorzichtigheid is echter geboden gezien de beperkte kwaliteit van evidence, het beperkte aantal onderzoeken en het off-label gebruik. ■

LITERATUUR

1. Collier CN, Harper JC, Cantrell WC, Wang W, Foster KW, Elewski BE. The prevalence of acne in adults 20 years and older. J Am Acad Dermatol 2008;58:56-9.
2. NHG-werkgroep Acne. NHG-Standaard Acne. https://richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2017.
3. Commissie Farmaceutische Hulp. Doxycycline. Farmacotherapeutisch Kompas. www.farmacotherapeutischkompas.nl, geraadpleegd op 19 februari 2022.
4. Dreno B, Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Kang S, Leyden JJ, et al. Antibiotic stewardship in dermatology: limiting antibiotic use in acne. Eur J Dermatol 2014;24:330-4.
5. Kontaxakis VP, Skourides D, Ferentinos P, Havaki-Kontaxaki BJ, Papadimitriou GN. Isotretinoin and psychopathology: a review. Ann Gen Psychiatry 2009;8:2.
6. Commissie Farmaceutische Hulp. Isotretinoïne. Farmacotherapeutisch Kompas. www.farmacotherapeutischkompas.nl, geraadpleegd op 19 februari 2022.
7. Goulden V, Clark SM, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. Br J Dermatol 1997;136:66-70.
8. Arowojolu A, Gallo M, Grimes D, Garner S. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database Syst Rev 2004;3:CD004425.
9. NHG-werkgroep Anticonceptie. NHG-Standaard Anticonceptie. https://richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2020.
10. Hammerstein J, Moltz L, Schwartz U. Antiandrogens in the treatment of acne and hirsutism. J Steroid Biochem 1983;19:591-7.
11. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2016;74:945-73.e33.
12. Trivedi MK, Shinkai K, Murase JE. A review of hormone-based therapies to treat adult acne vulgaris in women. Int J Womens Dermatol 2017;3:44-52.
13. Layton AM, Eady EA, Whitehouse H, Del Rosso JQ, Fedorowicz Z, Van Zuuren EJ. Oral spironolactone for acne vulgaris in adult females: a hybrid systematic review. Am J Clin Dermatol 2017;18:169-91.
14. Patiyasikunt M, Chancheewa B, Asawanonda P, Noppakun N, Kumtornrut C. Efficacy and tolerability of low-dose spironolactone and topical benzoyl peroxide in adult female acne: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Dermatol 2020;47:1411-6.
15. Commissie Farmaceutische Hulp. Spironolacton. Farmacotherapeutisch Kompas. www.farmacotherapeutischkompas.nl, geraadpleegd op 19 februari 2022.

Gaanderse MPC, Bugter R, Souwer IH. Spironolacton tegen hoge bloeddruk en puistjes. Huisarts Wet 2022;65(8):50-1. DOI:10.1007/s12445-022-1523-x.

Amsterdam UMC, locatie AMC, Huisartsopleiding, Amsterdam: M.P.C. Gaanderse, aios huisartsgeneeskunde; R. Bugter, aios huisartsgeneeskunde, r.bugter@amsterdamumc.nl; dr. I.H. Souwer, huisarts-docent.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Huisartsen in the lead bij zorg voor kwetsbare ouderen?

Loreen Merx

Het aantal thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie neemt toe. Hun zorgvragen zijn vaak complex en vragen om samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende disciplines. Het organiseren en coördineren van deze samenwerking vereisen adequaat leiderschap. Wat voor leiderschap is daarvoor nodig en welke rol speelt de huisarts hierin? Momenteel wordt dit onderzocht.

Van de thuiswonende ouderen bevindt zich 17% in een kwetsbare positie. Ze hebben fysieke, cognitieve, sociale en/of psychische problemen, waardoor ze niet in staat zijn om zelf de regie over hun leven te voeren. Hun zorguitgaven zijn bijna 5 keer hoger dan die van niet-kwetsbare leeftijdgenoten.[1,2] De omvang en complexiteit van de eerstelijnsouderenzorg nemen dus sterk toe en dat vraagt om adequate interprofessionele samenwerking. Daarvoor is goed leiderschap nodig.[3,4] Het is nog niet duidelijk hoe leiderschap in deze eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen moet worden ingevuld.[5,6] In de literatuur wordt gesuggereerd dat artsen het meest geschikt zijn om in deze setting de leidersrol op zich te nemen. Ook in de praktijk wordt deze rol vaak aan de huisarts toegeschreven, hoewel ter discussie staat of andere zorgprofessionals, zoals (wijk)verpleegkundigen, niet ook over deze leiderschapskwaliteiten beschikken.[5,7]

Het doel van ons onderzoek is helderheid creëren over wat leiderschap binnen interprofessionele eerstelijnsouderenzorg precies inhoudt en hoe je huisartsen hierin kunt trainen. We zullen een participatief actieonderzoek uitvoeren, wat betekent dat er een nauwe samenwerking is tussen de onderzoeksgroep en eerstelijnsstakeholders. Hierdoor heeft de opgebouwde kennis over leiderschap direct betrekking op de praktijk en kan deze meteen worden toegepast en getoetst. Het onderzoek start met semigestructureerde interviews.

We benaderen 10 landelijke experts die 'leiderschap' als wetenschappelijk expertiseveld hebben én ervaring hebben in leiderschap binnen de gezondheidszorg. We vragen hen naar de meest passende leiderschapstheorieën in de context van de eerstelijnsouderenzorg. In vervolgonderzoeken gaan we met huisartsen, andere interprofessionele teamspelers (zoals casemanagers, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten) en patiënten(vertegenwoordigers) de benodigde leiderschapsrol en de ideale invulling hiervan concreet maken.

Onze bevindingen zullen we vervolgens zo praktisch mogelijk vertalen naar een handleiding voor huisartsgeneeskundig leiderschap in de interprofessionele ouderenzorg. De eerste resultaten verwachten wij eind 2022.

De titel van het promotietraject is 'Primus inter pares. Fostering team leadership of general practitioners in the interprofessional care for frail elderly people'. ■

Van de thuiswonende ouderen bevindt zich 17% in een kwetsbare positie, waardoor ze niet in staat zijn om zelf de regie over hun leven te voeren. Foto: Unsplash

LITERATUUR

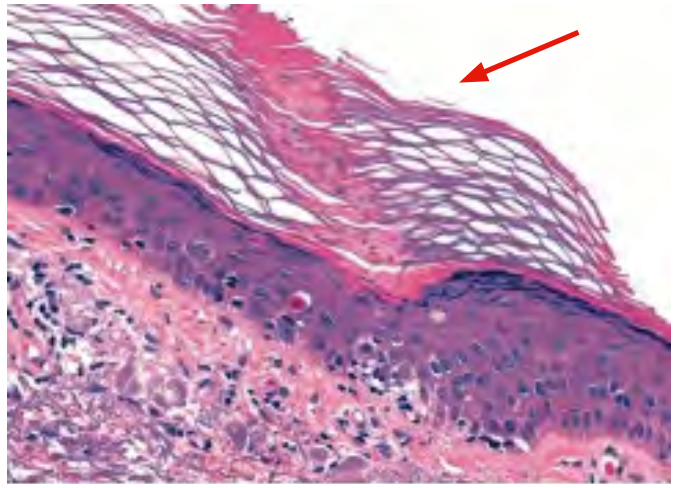
1. Vektis. Factsheet kwetsbare ouderen. Zeist: Vektis, 2020.
2. NHG. Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Samen werken aan persoonsgerichte zorg. Utrecht: NHG, 2017.
3. Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: a systematic review with narrative synthesis. Health Policy 2019;123:550-63.
4. Van Dongen JJJ, Lenzen SA, Van Bokhoven MA, Daniëls R, Van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. BMC Fam Pract 2016;17:58.
5. Nieuwboer MS, Van der Sande R, Van der Marck MA, Olde Rikkert MGM, Perry M. Clinical leadership and integrated primary care: a systematic literature review. Eur J Gen Pract 2019;25:7-18.
6. Herzog A, Gaertner B, Scheidt-Nave C, Holzhausen M. 'We can do only what we have the means for' general practitioners' views of primary care for older people with complex health problems. BMC Fam Pract 2015;16:35.
7. Grol SM, Molleman GRM, Kuijpers A, Van der Sande R, Fransen GAJ, Assendelft WJJ, et al. The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. BMC Fam Pract 2018;19:40.

Merx LMH. Huisartsen in the lead bij zorg voor kwetsbare ouderen? Huisarts Wet 2022;65(8):52. DOI:10.1007/s12445-022-1513-z.
Maastricht University, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: L.M.H. Merx, aioto, l.merx@maastrichtuniversity.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Oplossing Uw diagnose ‘Plek met een ruwe rand’

Het juist antwoord is porokeratosis Mibelli.
Bij porokeratose is er sprake van abnormale keratinisatie (verhoorning), waarbij de oorzaak en pathofysiologie niet volledig zijn opgehelderd. Volgens een oude hypothese zou er sprake zijn van een lokale gemuteerde kloon van keratinocyten. Mogelijke triggers voor het ontstaan van porokeratose zijn blootstelling aan uv-straling of immunosuppressie bij patiënten die een genetische predispositie hebben voor het ontwikkelen van porokeratose.
Porokeratose heeft vele verschillende variaties. Porokeratosis Mibelli is de bekendste en is al in 1893 beschreven door de dermatoloog Mibelli. Het klassieke van deze variant is dat het vaak om een solitaire afwijking gaat, met een duidelijk zichtbare en palpabele, niet-geïndureerde hyperkeratotische rand. De plaque is asymptomatisch, bruin of huidkleurig en wordt langzaam (in de loop van de jaren) groter, tot de uiteindelijke grootte van enkele centimeters in diameter. De afwijking kan overal op het lichaam voorkomen, maar zien we het vaakst op de extremiteiten.
Geen enkele van de andere genoemde diagnoses heeft een duidelijke hyperkeratotische rand met centraal weinig hyperkeratose. Deze afwijkingen kennen geen (centrale) delen met vrij weinig afwijkingen.
Mocht u klinisch toch twijfelen over de diagnose, dan biedt een biopt van de ruwe rand een oplossing. Vraag wel specifiek naar de porokeratose in uw DD, want dan gaat de patholoog de coupes verder opsnijden en gericht op zoek naar het klassieke histopathologische kenmerk van porokeratose. Dat is de zogenaamde cornoid lamella, een lokale opstapeling van kerncelbevattende (= parakeratotische) keratinocyten in het stratum corneum [**figuur**]. Als de patholoog daar niet bewust naar op zoek gaat, zal deze geen diagnose kunnen stellen of het per toeval moeten ontdekken.



Figuur: Microscopie van porokeratosis Mibelli Foto: Petra Dikrama

Het is bekend dat zich in porokeratose plaveiselcelcarcinomen kunnen ontwikkelen. Daarom is er een relatieve behandelindicatie, afhankelijk van patiëntspecifieke omstandigheden en wensen. De klinische benadering is vergelijkbaar met die van de actinische keratosen. Solitaire laesies kunnen het best met cryotherapie worden behandeld. Afhankelijk van de uitgebreidheid en de omstandigheden zijn onder andere ook behandelingen met 5-fluorouracilcrème, imiquimodcrème, otodynamische therapie, (shave) excisie en curettage mogelijk. Porokeratose reageert vaak slecht op al deze behandelopties. Zolang er geen klinische vermoeden bestaat van een plaveiselcelcarcinoom kunnen patiënten met uitgebreide porokeratose in de eerste lijn worden gevolgd. ■

LITERATUUR

1. Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatology. Amsterdam: Elsevier, 2017.

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*

HUISARTS PODCAST
bijscholing wanneer het jou uitkomt

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

H&W
Huisarts en Wetenschap

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

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

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

NHG Forum
Uitgave en redactie: NHG-bureau. 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
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 274,00, online-only abonnement € 164,40, studenten 35% korting.
Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.
Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie.
Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen.

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl.

© 2022 NHG
ISSN 0018-7070

LESA Laboratoriumdiagnostiek

NIEUWE NAAM, NIEUW FORMAT

Lia Boelman, Niels de Jonge, Leo Smeets, Etiënne Michielsen

De LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek is in een nieuw jasje gestoken. De nieuwe naam is nu LESA Laboratoriumonderzoek. Ook is de LESA omgezet in een ander format en voortaan te vinden via richtlijnen.nhg.org onder het tabblad LESA's. Zo kunt u de LESA eenvoudig en snel tijdens het spreekuur gebruiken om indicaties en referentiewaarden op te zoeken.

Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's) geven richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en andere beroepsgroepen die in de eerste lijn werkzaam zijn. De LESA Laboratoriumdiagnostiek beschrijft de meest voorkomende en relevantste indicaties voor laboratoriumdiagnostiek en wordt gebruikt als basis voor regionale probleemgeoriënteerde laboratoriumaanvragen (zowel op papier als digitaal). Een werkgroep van het NHG onderhoudt de LESA, samen met klinisch chemici, artsen-microbioloog en de Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland. Twee keer per jaar wordt de LESA geactualiseerd, na herziening van een achterliggende NHG-Standaard of multidisciplinaire richtlijn.

Opzet en doelstelling

De LESA bestaat uit een algemene inleiding en 29 hoofdstukken. Elk hoofdstuk geeft per aandoening en laboratoriumbepaling informatie over indicaties voor aanvragen, achtergronden van de bepaling (onder andere testeigenschappen en verstorende factoren), referentie- en afkapwaarden en beleid bij afwijkende uitslagen.
De doelstelling van de LESA Laboratoriumdiagnostiek is het optimaal gebruikmaken van laboratoriumdiagnostiek door de juiste diagnostiek bij de juiste indicatie te bevorderen en onnodige diagnostiek of het aanvragen van diagnostiek bij een onjuiste indicatie te voorkómen.
De informatie van de LESA-hoofdstukken wordt bij Diagnostisch Toets Overleg gebruikt als basis. Spiegelinformatie kan dan mede worden besproken aan de hand van de aanbevelingen in het betreffende LESA-hoofdstuk.
De LESA bevat ook een model 'probleemgeoriënteerd aanvraagformulier'. Dit formulier is door vrijwel alle laboratoria in Nederland vertaald in een lokaal aanvraagformulier, op papier of digitaal.

NHG-Standaarden, richtlijnen, literatuur

De werkgroep baseert de inhoud in eerste instantie op de NHG-Standaarden. Dit zijn bijvoorbeeld de LESA-hoofdstukken Artritis, Diabetes Mellitus type 2, Maagklachten en Hartfalen. Zo wordt in het LESA-hoofdstuk Hartfalen - gebaseerd op de NHG-Standaard Hartfalen - 'het vermoeden van niet-acuut hartfalen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek' als indicatie voor de (NT-pro-)BNP bepaling beschreven met de bijbehorende afkapwaarden.
Voor de onderwerpen waarvoor geen NHG-Standaard beschikbaar is, gaat de werkgroep uit van andere algemeen geaccepteerde richtlijnen. Is er ook geen algemene richtlijn voorhanden, dan wordt literatuuronderzoek gedaan. Dit geldt bijvoorbeeld voor de hoofdstukken Algemeen onderzoek en Vitamine D-deficiëntie. Zo staat in het hoofdstuk Vitamine D-deficiëntie dat bepaling van het vitamine D-gehalte in de huisartsenpraktijk alleen zinvol is bij:

- personen bij wie onduidelijk is of zij voldoende aan zonlicht blootgesteld worden;
- personen met osteoporose of een (matig) verhoogd valrisico die een ruime intake van calcium in de voeding hebben;
- klachten die kunnen wijzen op osteomalacie: diffuse bot- en spierpijnen en proximale spierzwakte.

Streefwaarden voor vitamine D zijn bij personen < 70 jaar > 30 nmol/L en > 70 jaar > 50 nmol/L. Controlebepalingen van het vitamine D-gehalte bij suppletie zijn niet nodig.

BSE of CRP

Het LESA-hoofdstuk Algemeen onderzoek beschrijft dat een bepaling van de BSE of CRP gebruikt kan worden om de kans op een inflammatoire aandoening of maligniteit bij aspecifieke klachten nog onwaarschijnlijker te maken. Het is niet wenselijk om voor algemeen onderzoek 2 tests met eenzelfde doel uit te voeren. Aanbevolen wordt om regionaal een keuze te maken voor of BSE of CRP.

Makkelijker data uitwisselen

Er is een start gemaakt met het vaststellen van eenduidige en overeenkomende coderingen tussen de NHG-tabel Diagnostische bepalingen en het internationaal gebruikte LOINC codestelsel. Dit om de (digitale) uitwisseling van laboratoriumgegevens te vergemakkelijken. Ook worden zo de keuzes van de LESA inzichtelijk voor huisarts en laboratorium. Wat is de (digitale) aanvraag vanuit de huisarts? Wat adviseert de LESA over deze aanvraag? Wat wordt precies bepaald in het laboratorium? Wat wordt er teruggekoppeld naar de aanvrager? De koppelingen zijn uitgewerkt voor de klinische vraagstellingen in de LESA-hoofdstukken Anemie, Hartfalen, Leveraandoeningen en Urineweginfecties.

NHG-WETENSCHAPSDAG 2022 OVER DATA IN DE HOOFDROL

Daniel Dresden

Op 10 juni 2022 vond voor het eerst sinds 2 jaar de NHG-Wetenschapsdag weer live plaats, dit keer in Den Haag. Mattijs Numans, hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het LUMC en gastheer: 'Er waren vruchtbare discussies en veel interessante presentaties over datagedreven eerstelijnszorg en het onderzoek hiernaar.'

Keynote speaker Owen Johnson uit Leeds vertelde over het belang van het verkrijgen van de juiste data voor de gezondheidszorg.

De NHG-Wetenschapsdag wordt ieder jaar georganiseerd in samenwerking met een van de afdelingen Huisartsgeneeskunde, dit jaar in samenwerking met die van het LUMC in Leiden. Deze dag is primair bedoeld om de wetenschap naar de dagelijkse praktijk te brengen. Daarbij is het elkaar ontmoeten en met elkaar in gesprek komen ontzettend belangrijk, benoemde Wendy Borneman, voorzitter van het NHG, aan het begin van de dag. 'Praktiserende artsen, wetenschappers en het NHG hebben elkaar immers nodig. Het NHG doet zelf geen onderzoek, maar vertaalt de resultaten van onderzoek naar onder andere richtlijnen en keuzehulpen, om die in de praktijk te gebruiken.'

Mattijs Numans, hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het LUMC, was gastheer van de NHG-Wetenschapsdag.

Data in de hoofdrol

Het onderwerp van de Wetenschapsdag editie 2022 was heel breed: data in de hoofdrol. Huisartsen werken de hele dag met informatie, maar zodra wordt gesproken over data worden velen zenuwachtig, want dat klinkt ingewikkeld. Tijdens deze dag wees een groot aantal deskundigen de weg in deze materie.
Het Verenigd Koninkrijk was lange tijd een voorloper op het gebied van digitale technologieën in de gezondheidszorg. Owen Johnson (Leeds, VK) vertelde dat in de loop van hun leven mensen gigantische hoeveelheden data genereren, in de grootte van terabytes. Voor de gezondheidszorg is het essentieel om de juiste data te verkrijgen.

Grote verwachtingen, deceptie en toekomst

Tijdens de tweede plenaire lezing benoemde Henk Schers (Radboudumc, Nijmegen) het klinische perspectief op datagedreven eerstelijnszorg. De snelle ontwikkelingen in de informatica in combinatie met de brede toepassingsmogelijkheden binnen de geneeskunde zullen de medische praktijk fundamenteel gaan veranderen. 'De inzet van artificiële intelligentie (AI) zal enorme effecten gaan hebben op de praktijk, doordat het de intellectuele mogelijkheden van de dokter versterkt en zelfs grotendeels kan vervangen.' Deze quote had in de huidige periode opgesteld kunnen worden, maar dateert al van 50 jaar geleden.
Inmiddels zijn de verwachtingen over AI bijgesteld en wordt het gezien als 'een peuter die net kan lopen en af en toe een foutje maakt'. Dit is een recente quote van Marcel Levi, voorzitter van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.
De verwachting is dat met de introductie van apps, digitale consultatie en andere slimme hulpmiddelen de zorg toegankelijker, persoonlijker en betaalbaarder wordt. Het gebruik van AI maakt hier deel van uit en is van meerwaarde als het op grotere schaal wordt ingezet. Dit staat in een recente brief van Ernst Kuipers, de minister van VWS, aan de Tweede Kamer. Er ligt dus een enorme druk op AI, benoemt Schers. 'Daar hebben we ons als huisartsen maar aan te houden.'

Henk Schers, Radboudumc: 'De verwachting is dat met de introductie van apps, digitale consultatie en andere slimme hulpmiddelen de zorg toegankelijker, persoonlijker en betaalbaarder wordt.'

NHG-Wetenschapsprijs en 2 NHG-Proefschriftprijzen

Gijs Baaten, hoofdredacteur van H&W, maakte de winnaars van 3 prijzen bekend: de NHG-Wetenschapsprijs 2022 en de NHG-Proefschriftprijzen 2019/2020 en 2021. Het doel van deze prijzen is om de huisarts-wetenschappers te stimuleren en te eren. De Jan van Es-prijs, die aan het einde van de dag werd gepresenteerd, ging over onderzoek in de dagelijkse praktijk.

NHG-Wetenschapsprijs 2022

Deze prijs is bedoeld voor het beste artikel dat meestal internationaal is gepubliceerd en een huisarts (in opleiding) als eerste auteur heeft. De prijs is een erkenning voor huisartsen die voorlopers zijn in de innovatieve en toepasbare wetenschap.

In een kwalitatief onderzoek evalueerde Siham Bouchareb (Amsterdam UMC, locatie VUmc) de perspectieven en besluitvorming van moslims met diabetes op vasten tijdens de ramadan. De jury vond deze publicatie interessant omdat het een origineel en zeer relevant onderwerp betreft. Hoewel veelvoorkomend, is er nog weinig over bekend. Meer praktisch bruikbare informatie is dan ook zeer welkom. Bouchareb gebruikte een geschikte onderzoeksmethode, hoewel die niet makkelijk was. De jury vond het mooi om de gemeenschap erbij te betrekken. Ten slotte bevat dit artikel een heldere discussie met een zorgvuldige overweging van de sterke en zwakke punten.

NHG-Proefschriftprijs 2019/2020

Deze prijs is bedoeld voor een proefschrift van uitzonderlijk belang en verdienste voor de huisartsgeneeskunde. De voorselectie is uitgevoerd door de redactiecommissie van H&W, waarbij specifiek wordt gelet op de originaliteit, relevantie, methode, uitvoering en toepasbaarheid. De jury vond dat het proefschrift van Carline Jo van den Dries (UMC Utrecht) 2 mooi uitgewerkte onderwerpen over de behandeling van atriumfibrilleren bevatte, met name het onderzoek naar veilig en (kosten)effectief organiseren van integrale zorg voor atriumfibrilleren in de eerste lijn. Kernwoorden uit de beoordeling van de jury: mooi opgezet en uitgevoerd onderzoek, gedegen en eerlijke beschouwing en aansprekende en inspirerende (positieve) resultaten.

NHG-Proefschriftprijs 2021

De winnaar van de NHG-Proefschriftprijs 2021 was Anne Loohuis (UMCG, Groningen). De jury vond dat in dit proefschrift een zorgvuldige analyse is uitgevoerd van voor- en nadelen van een app voor de begeleiding van personen met urine-incontinentie.

De gekozen mixed-methods onderzoeksopzet, waarbij de rekrutering plaatsvond via media en cases, vond de jury interessant, gedegen en actueel. Het onderzoek is zowel kwantitatief als kwalitatief en is netjes uitgewerkt. De bevindingen zijn zeer behulpzaam bij de verdere inrichting van e-health in de dagelijkse praktijk.

Jan van Es-prijs

Aan het einde van deze dag overhandigde Henk Schers de Jan van Es-prijs aan de aios die de beste 'Critically Appraised Topic' (CAT) had gepresenteerd. Deze prijsuitreiking is naar zijn mening jaarlijks een van de hoogtepunten van de NHG-Wetenschapsdag. 'De wetenschappelijke vorming van de huisarts begint bij Jan van Es. Daarom is dit in essentie een enorm belangrijke prijs, die vooral is bedoeld ter stimulering van de wetenschappelijke vorming van huisartsen en aiossen. Het publiek beoordeelde alle presentaties en stemde hierover. De winnaar was Lieke Olijslagers (Nijmegen) voor haar CAT over de transdermale toediening van oestrogenen.

Geslaagde dag

Gastheer Mattijs Numans kijkt terug op een geslaagde dag, waarbij veel informatie is uitgewisseld en vruchtbaar is gediscussieerd. 'Ik had wel het gevoel dat de tijd ons soms op de hielen zat, en dat de wandelgangen soms iets onder druk stonden', vertelt hij. 'Woekeren met de tijd doen we altijd als huisarts, dus daar zijn we heel bedreven in.'

‘MINDER WERKDRUK ANW, MAAR OOK OP SPREEKUUR’

Hoe ondersteunt het 65-jarige NHG de huisartsen bij spoedzorg en triage? Huisarts Aria Sana, NHG-Programmamanager Spoedzorg, werkt aan kwaliteit van de spoedzorg en maakt zich sterk voor werkdrukvermindering, zowel in de ANW-zorg als in de dagpraktijk.

Fijtje Koets

Aria Sana, huisarts en tot 1 oktober 2022 programmamanager van het NHG-Programma Spoedzorg: ‘De Palliatieve Spoedkaart is ontstaan vanuit ideeën van de leden.’

Het zomerthema van NHG 65 jaar is: haal meer uit de TriageWijzer. Doktersassistente Maud van Vliet en huisarts Aleem Yaqub vertellen in een podcastinterview op nhg65jaar.nl *hoe zij de TriageWijzer inzetten in de praktijk.*

Wat doet het programma Spoedzorg?

Aria Sana, programmamanager Spoedzorg: ‘Ons doel is huisartsen ondersteunen bij spoedzorg en triage, zowel op de HAP als in de dagpraktijk. We hebben 3 hoofdtaken, die nauw met elkaar verbonden zijn:

beleid ontwikkelen
kwaliteit bevorderen
implementatieproducten maken.

Beleid ontwikkelen we bijvoorbeeld door landelijke samenwerking, zoals in de projectgroep voor ANW-werkdrukvermindering en het Bestuurlijk Overleg ANW-zorg, en toen we met 10 andere partijen in 2020 het Kwaliteitskader Spoedzorgketen bepaalden, met kwaliteitsnormen vanuit het perspectief van de patiënt. We hebben vast overleg met de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en werken samen met Schola Medica, SpoedHAG, PalHAG en IQ Healthcare, en met partnerorganisaties in de zorgketen, zoals LHV en InEen. Kwaliteit bevorderen we bijvoorbeeld door de paragrafen over spoedzorg te reviseren in alle NHG-richtlijnen en e-learnings. Implementatieproducten zoals de TriageWijzer en de ABCDE-kaart maken we om te zorgen dat huisartsen gemakkelijker aan al die kwaliteitsnormen kunnen voldoen.

Nieuw is de Palliatieve Spoedkaart, ontstaan vanuit ideeën van NHG-leden, zoals Ivana van der Geest. Zij schreef als derdejaars aios voor haar opleidingsproject een praktijkverbeterplan over acute klachten bij patiënten die palliatieve zorg ontvangen en stapte met haar ideeën naar het NHG. Inmiddels ben ik samen met de PalHAG bezig aan de afrondende fase van een Overzicht Medicatie in acute palliatieve situaties. Als bronnen gebruiken we uiteraard de NHG-richtlijnen. Waar die niet voorzien in aanbevelingen, gebruiken we Pallialine-richtlijnen die geautoriseerd zijn door, of afgestemd zijn met het NHG. Voor de hoge werkdruk tijdens de ANW-uren hebben we de afgelopen jaren met ketenpartners LHV, InEen en VPH gezocht naar oplossingen, bijvoorbeeld door te bepalen wat écht spoed is in de nachtzorg. Voor de spoedzorg besteden we veel aandacht aan het up-to-date houden en gebruiksvriendelijker maken van de TriageWijzer.’

Wat vinden de gebruikers van de TriageWijzer?

‘Eind 2021 reageerden maar liefst 500 gebruikers op onze enquête over de TriageWijzer. Gebruikers van de TriageWijzer zijn vooral (64%) doktersassistenten in de dagpraktijk en triagisten op de HAP, die hem gebruiken als naslagwerk, en in mindere mate (14%) triagisten in opleiding en docenten, die hem gebruiken als lesstof. De meesten zijn tevreden over de TriageWijzer, zowel over de boekversie als over de digitale versie. Maar ze noemen ook verbeterpunten. De verbetering van de zoekfunctie waarderen de gebruikers. Die willen we verder verbeteren, ook met suggesties uit de enquête. Bijvoorbeeld beter kunnen zoeken via zoektermen. Misschien gaan we ook de vormgeving van het boek versus digitaal meer uniformeren.

In het boek misten gebruikers de advieskaarten, bijvoorbeeld die over Pilgebruik en Slaapproblemen. Die hebben we in 2020 bewust weggehaald uit de TriageWijzer, want ze kunnen beter de informatie van Thuisarts.nl gebruiken. Die wordt vaker geactualiseerd. Voor gebruikers was dat lastig omdat ze eerst de digitale TriageWijzer moesten afsluiten om een Thuisarts.nl-pagina te kunnen openen. Dat hebben we verholpen met een koppeling met Thuisarts.nl, zodat je de TriageWijzer niet meer hoeft te verlaten.’

Wat zijn jullie toekomstplannen?

‘Wij zouden de TriageWijzer graag zodanig willen aanpassen dat de dagpraktijk die vaker gaat gebruiken voor triage. Je kunt bijvoorbeeld een applicatie toevoegen die de urgentie berekent wanneer de assistente de gegevens invult. Vaker systematische triage in de dagpraktijk zie ik als een grote kans om de werkdruk van huisartsen te verminderen terwijl je patiënten de beste zorg blijft bieden. De juiste zorg op het juiste tijdstip zou kunnen bijdragen aan minder volle spreekuren. Want een patiënt met sinds 1 dag keelpijn zonder alarmsymptomen hoeft niet op dezelfde dag op het spreekuur beoordeeld te worden omdat de assistente met zelfzorgadviezen de klachten kan afhandelen. Bovendien helpt het gebruik van de TriageWijzer om te zorgen dat in de dagpraktijk alle doktersassistentes dezelfde taal spreken.’

Interesse in de vacature programmamanager Spoedzorg of een andere NHG-vacature?