

H&W

Huisarts en Wetenschap

2

februari 2023
jaargang 66

Voorkeuren van patiënten bij dementiediagnostiek

Tuchtklachten over de huisartsenpost

Behandeling van eetstoornissen

NHG-Standaard Zwangerschap en
kraamperiode herzien



Geheugensteuntje

7

‘Ziet u het voor zich? Zit ik in de auto met mijn pantoffels nog aan!’ Mevrouw Broekman kan er niet over uit dat ze zonder schoenen aan op stap was gegaan. Die vergeetachtigheid overkomt haar de laatste tijd wel vaker, weet ze zich te herinneren. De fietsensleutel in het slot laten. Even kwijt zijn wat ze wilde zeggen. Vandaag niet. ‘Ik maak dagelijks een cryptogram. Dat kan dementie voorkomen,’ stelt ze zichzelf gerust. Toch is die eigen geruststelling niet genoeg en zoekt ze ook de mijne. ‘Laten we een onderzoek doen,’ stel ik voor, terwijl ik een MMSE uit mijn bureaulade vis.

Was dat wel nodig, een MMSE? Ik had de score kunnen raden: ze haalt inderdaad de maximale 30 punten. ‘Op mijn sloffen,’ grapte ze er zelf over. En was dementiediagnostiek inderdaad gewenst? Dat had ik niet kunnen raden, maar moeten vragen. Wat vindt mevrouw Broekman belangrijk? Wat is nodig om daar recht aan te doen? Wat betekent het voor haar als ze laag scoort op de MMSE?

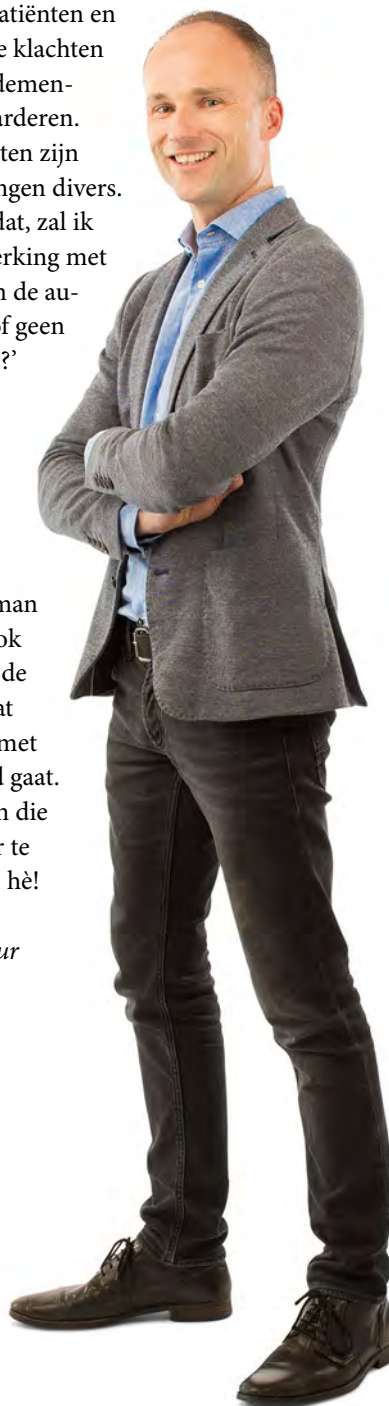
In deze H&W een nieuwsbericht over een cochrane review, waaruit blijkt dat de klinische blik van huisartsen richting kan geven aan verder onderzoek, maar onvoldoende accuraat is om de diagnose dementie te stellen. Of u dit vermoeden verder wilt onderzoeken, kunt u het beste afstemmen met de patiënt en zijn mantelzorger(s). Uit een sys-

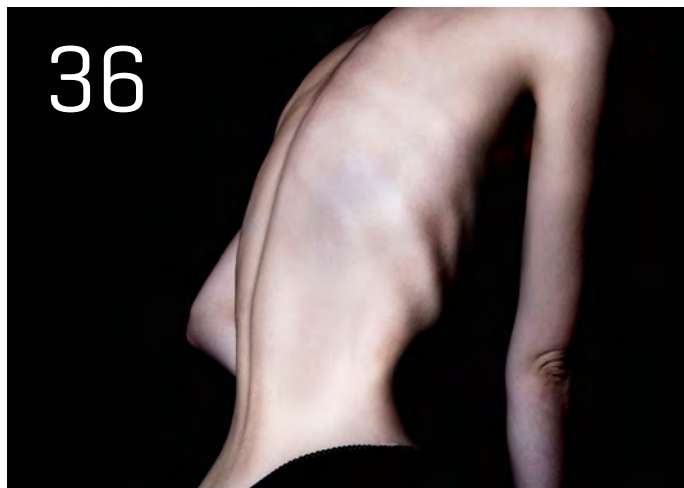
tematische review van Van der Linden et al. blijkt namelijk dat patiënten en hun naasten bij cognitieve klachten de voor- en nadelen van dementiediagnostiek anders waarderen. Met name bij milde klachten zijn de opvattingen en afwegingen divers. Nu eens dit en dan weer dat, zal ik maar zeggen. In samenwerking met Thuisarts.nl ontwikkelden de auteurs de keuzehulp ‘Wel of geen onderzoek naar dementie?’

Deze keuzehulp ondersteunt de gezamenlijke besluitvorming en helpt patiënten en hun huisarts persoonlijke voorkeuren helder te krijgen.

Dat had mevrouw Broekman en mij kunnen helpen. Ook bij eventuele dementie in de toekomst, om te weten wat ze belangrijk vindt als ze met de schoenen aan naar bed gaat. Zullen we samen beslissen die keuzehulp voortaan vaker te gebruiken? Niet vergeten, hè!

Gijs Baaten, hoofdredacteur





Wetenschap

- 10 Voorkeuren van patiënten bij dementiediagnostiek**
In de huisartsenpraktijk kan een proces van gezamenlijke besluitvorming, waarin de persoonlijke voorkeuren en wensen van patiënten en naasten worden besproken, bijdragen aan een tijdige diagnose.
- 14 Let's talk about sex**
Bespreek vaker de seksuele gezondheid van chronisch zieken. Informatiemateriaal voor patiënten, training en een grotere rol voor de POH kunnen de barrière om dit te bespreken verlagen.
- 18 Vijf lessen uit tuchtklachten over de huisartsenpost**
Bij de meeste tuchtklachten is niet het missen van een diagnose doorslaggevend voor het gegrond verklaren van een klacht, maar de beoordeling van het toestandbeeld, het handelen daarnaar en de verslaglegging.
- 24 'Een goede organisatie van ouderenzorg begint met een gemeenschappelijke visie'**
Interview met Hein van Hout, hoogleraar Zorg voor kwetsbare ouderen.
- 27 Verhoogd cardiovasculair risico na pre-eclampsie**
Pre-eclampsie is een risicofactor voor cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd. Het is belangrijk dat vrouwen met pre-eclampsie in de voorgeschiedenis hiervan op de hoogte worden gesteld. De auteurs vinden dit een taak van de huisarts.

Praktijk

- 30 Constitutioneel eczeem: soms complex, maar goed te behandelen**
Constitutioneel eczeem is goed te behandelen. Soms mislukt de behandeling, bijvoorbeeld doordat de patiënt tegenstrijdige informatie krijgt of corticofobie heeft. Goede voorlichting en smeerinstructies zijn daarom cruciaal.
- 34 Uw diagnose 'Gebeten in het bos'**
- 35 Kennistoets 'Pre-eclampsie'**
- 36 Een praktische handreiking voor de eerste lijn bij eetstoornissen**
Dit artikel biedt handvatten voor het signaleren en vroeg detecteren van eetstoornissen. Ook de diagnostiek en indicaties voor doorverwijzing komen aan bod.
- 40 Implementatie van de herziene NHG-Standaard Diabetes**
De herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert patiënten met een zeer hoog cardiovasculair risico te behandelen met SGLT2-remmers en GLP1-receptoragonisten. Dit artikel beschrijft de implementatie van deze middelen in een huisartsenpraktijk.

9



48



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Helpt rustgevend muziek bij slaapproblemen?
- Heeft afzien van PSA-screening nadelen?
- Injectie werkt vaak onvoldoende bij triggerfinger
- Rotavirusvaccins zijn effectief en veilig
- De klinische blik als diagnosticum voor dementie
- Anamnese en spirometrie onderscheiden astma van COPD

46 Veiligheid van aspirine bij preventie van pre-eclampsie

Recente publicaties laten zien dat aspirinegebruik tijdens de zwangerschap niet schadelijk is voor het kind. Huisartsen lijken daarom veilig aspirine voor te kunnen schrijven aan een zwangere vrouw, mits daar een indicatie voor is.

54 Boekbespreking 'Een verschil van dag en nacht. Narcolepsie in perspectief'

48 Gewijzigd advies over ijzersuppletie in herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode



De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode is herzien. Hierin staat ook het gewijzigde advies over ijzersuppletie.

50 Aandacht voor overloopblaas in NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen

In de aangepaste richtlijn is diagnostiek en beleid bij een overloopblaas opgenomen. Denk hieraan bij klachten van frequente mictie, (nachtelijke) incontinentie en een percuteerbare en/of palpabele niet-pijnlijke blaas.

52 Slim noteren van gewichtsproblemen en bariatrie in het HIS

Zowel obesitas als een doorgevoerde bariatrische ingreep moeten in 1 oogopslag zichtbaar zijn in uw HIS. Hoe bereikt u dit?

55 Werken aan de toekomst

NHG ontwikkelt meerjarenbeleidsplan voor 2023-2027

56 Inbreng aios bij herziening richtlijnen is waardevol en leerzaam

57 Kwaliteitsreis maakt werken aan kwaliteit eenvoudig(er)

58 Website nhg.org volledig vernieuwd



www.henw.org

- Leefstijlinterventies bij diabetes leiden niet tot lagere mortaliteit
- Helpt psilocibine bij hardnekkige depressie?
- Vrouwelijke arts verwijst man vaker



H&W-podcast

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



Helpt rustgevend muziek bij slaapproblemen?

Kim van Wijck

Bijna 30% van de volwassenen heeft last van slapeloosheid. Om te ontspannen voor het slapengaan luisteren veel mensen daarom naar rustgevend muziek, zoals ook de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen adviseert. Onlangs verscheen een update van een cochrane review over dit onderwerp. De auteurs concluderen dat muziek mogelijk helpt bij mensen met slaapproblemen. Hard bewijs ontbreekt echter.

Er is empirisch bewijs voor een effect van muziek op het autonome zenuwstelsel. Onderzoekers zagen een verlaging van cortisolwaarden, hartritme en bloeddruk. Luisteren naar muziek zou daarom angst- en stressklachten kunnen verminderen en mogelijk ook de slaap bevorderen. De auteurs van de cochrane review inclueerden 13 onderzoeken met in totaal 1007 volwassenen met slaapproblemen. De interventie omvatte luisteren naar vooraf opgenomen muziek, die was geselecteerd door de onderzoekers of door de deelnemers zelf. De onderzoekers vergeleken de interventiegroep met een controlegroep die geen muziek luisterde en/of met een groep die adviezen kreeg voor slaaphygiene (de gebruikelijke zorg). Er zat nogal wat variatie in de duur van de interventie en in de onderzoeken zelf. Zo luisterden de deelnemers dagelijks 25 tot 60 minuten naar muziek, gemiddeld 36 minuten, in principe voor bedtijd. De duur van de interventie was 3 tot 90 dagen. Tien onderzoeken rapporteerden over slaapkwaliteit met de veelgebruikte PSQI-vragenlijst en deze onderzoeken lieten een significante verbetering zien (gemiddeld verschil 2,8 op een schaal van 0 tot 21; 95%-BI 1,7 tot 3,9). In 3 onderzoeken analyseerde men de totale slaapduur en slaaponderbrekingen objectief met polysomnografie; deze onderzoekers vonden geen effect van muziek in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroepen. Geen van de onderzoeken rapporteerden bijwerkingen. In de onderzoeken was er sprake van bias,



Foto: Shutterstock

vooral omdat blinding van de deelnemers voor de interventie niet mogelijk was. Bovendien waren in 4 onderzoeken ook de onderzoekers niet geblindeerd. Er zijn dus enige aanwijzingen dat muziek slaapproblemen kan verminderen, maar robuust bewijs ontbreekt. Luisteren naar muziek is een manier om te ontspannen

en dat draagt mogelijk bij aan een goede nachtrust, mits niet elk nummer op een felverlichte smartphone wordt geselecteerd. ■

Jespersen KV, et al. Listening to music for insomnia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2022;8:CD010459.

Heeft afzien van PSA-screening nadelen?

Peter Lucassen

Het NHG-standpunt over screening op prostaatkanker is duidelijk: niet doen. Een belangrijk argument daarbij is dat er door screening carcinomen in een vroeg stadium aan het licht komen, die waarschijnlijk later in het leven niet tot klachten hadden geleid. Het retrospectieve cohortonderzoek van Bryant et al. geeft een inkijkje in de mogelijke nadelen van dit standpunt.

De onderzoekers gebruikten data van alle mannen ouder dan 40 die tussen januari 2005 en december 2019 minimaal 1 consult hadden bij een van de 128 klinieken van een grote gezondheidsorganisatie (Veterans Health Administration). Zij vergeleken de mannen die een jaarlijkse PSA-test kregen met de

mannen die geen PSA-test kregen in de 3 voorafgaande jaren. Al deze mannen waren veteranen.

De belangrijkste uitkomsten waren de jaarlijkse incidentie van prostaatcarcinoom en die van gemetastaseerd prostaatcarcinoom. Het cohort bestond uit bijna 4,7 miljoen mannen in 2005 tot bijna 5,4 miljoen in 2019. Het percentage gescreende mannen nam af van 47,2% in 2005 tot 37% in 2019, conform de Amerikaanse richtlijn van 2012 die adviseerde niet te screenen. De incidentie van gemetastaseerd prostaatcarcinoom nam in die periode toe van 5,2 naar 7,9 per 100.000 mannen. Niet-geteste mannen hadden dus een hogere incidentie van gemetastaseerd prostaatcarcinoom dan jaarlijks gescreende mannen. Daarbij was er

Injectie werkt vaak onvoldoende bij triggerfinger

Mirrian Hilbink

Een corticosteroïdinjectie is meestal de voorkeursbehandeling van triggerfingers. In bijna 40% van de gevallen blijkt het effect van de injectie echter onvoldoende en wordt de patiënt alsnog geopereerd. Dat blijkt uit een Nederlands tweedelijns onderzoek. Daaruit blijkt ook dat patiënt- en triggerfingergerelateerde factoren effect hebben op de uitkomst van de behandeling met een injectie.

De resultaten zijn gebaseerd op een retrospectief onderzoek onder 500 willekeurig geselecteerde triggerfingerpatiënten (754 triggerfingers) die in de periode van januari 2016 tot april 2020 in het Jeroen Bosch Ziekenhuis werden behandeld voor 1 of meerdere triggerfingers. De auteurs beoordeelden een chirurgische ingreep binnen 12 maanden na de laatste injectie als falen van de injectiebehandeling. Zij analyseerden de invloed



Foto: Margot Schreuder

van patiënt- en triggerfingergerelateerde factoren op het effect van de injectiebehandeling met een regressieanalyse. De injectiebehandeling was in 37,9% van de gevallen niet effectief. Geassocieerd met een hogere kans op alsnog een chirurgische ingreep waren: vrouwelijk geslacht (OR 1,9; 95%-BI 1,2 tot 2,9), Quinell-graad IV van de triggerfinger (OR 16; 95%-BI 1,7 tot 54,0) en een derde injectie (OR 2,0; 95%-BI 1,1 tot 3,9). Daarentegen bleken een hogere leeftijd (OR 0,98; 95%-BI 0,96 tot 0,99) en roken (OR 0,39; 95%-BI 0,24 tot 0,64) te zijn geassocieerd met een lagere kans op alsnog een chirurgische ingreep. Hoewel er mogelijke enige selectiebias is, concluderen de auteurs dat de behandeling van triggerfingers met een corticosteroïdinjectie in een substantieel deel van de gevallen faalt. Zij stellen ook dat meerdere patiënt- en triggerfingergerelateerde factoren effect hebben op de uitkomst van de injectiebehandeling. Het is raadzaam om deze factoren mee te nemen in de besluitvorming hoe triggerfingers bij de diverse patiënten moeten worden behandeld. ■

to screen om 1 geval van gemetastaseerd prostaatkarcinoom te voorkomen hoog zijn. Andere vragen zijn: verlaagt screening de specifieke sterfte of de algehele sterfte en wat is de invloed van screening op het welzijn? Mogelijk moet hierover wel enige informatie worden gedeeld met mannen die uit zichzelf een PSA-test komen vragen. Te meer omdat de urologen in Nederland een terughoudend beleid voeren ten aanzien van ingrijpen na het stellen van de diagnose prostaatkanker. ■

Bryant AK, et al. Association of prostate-specific antigen screening rates with subsequent metastatic prostate cancer incidence at US Veterans Health Administration facilities. JAMA Oncol 2022 Oct 24;e224319. DOI:10.1001/jamaoncol.2022.4319 [epub ahead of print].

Van den Berg C, et al. Factors associated with conversion to surgical release after a steroid injection in patients with a trigger finger. Bone Joint J 2022;104-B:1142-7.

een dosisresponsrelatie: hoe lager het screeningspercentage, hoe hoger de incidentie van gemetastaseerd prostaatkarcinoom 5 jaar later.

Het is op grond van dit ene onderzoek niet te zeggen of het NHG-standpunt moet worden aangepast. De resultaten onder militairen kunnen niet zomaar worden gegeneraliseerd naar burgers. Bovendien zullen de *numbers needed*



Foto: Shutterstock

Rotavirusvaccins zijn effectief en veilig

Loes Wouters

De 3 door de WHO aanbevolen rotavirusvaccins zijn effectief in het voorkomen van ernstige diarree en zijn alle veilig bevonden. Opmerkelijk genoeg is de effectiviteit van het vaccin het hoogst in landen met een lage mortaliteit. Dat blijkt uit een cochrane review.

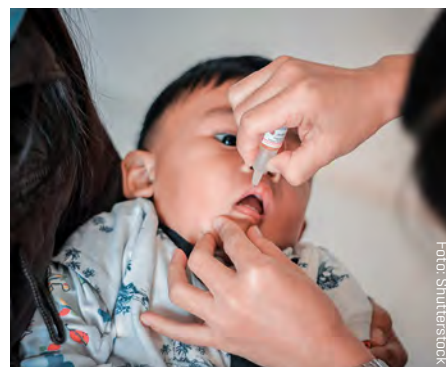
Het rotavirus is wereldwijd de belangrijkste verwekker van gastro-enteritis bij kinderen onder de 5 jaar. Voordat er vaccinatie bestond, was het virus in lage-inkomenslanden verantwoordelijk voor 37% van de diarreegerelateerde sterfte. In hoge-inkomenslanden is het virus verantwoordelijk voor 40-50% van de ziekenhuisopnames wegens gastro-enteritis, maar de mortaliteit is gelukkig erg laag. Sinds 2006 is er een vaccin, dat in 2018 al in 95 landen in een rijksvaccinatieprogramma was opgenomen. Dat geldt echter niet voor Nederland. De Gezondheidsraad adviseerde vanaf 2017 kinderen uit risicogroepen te vaccineren en pas in 2021 kwam het vaccinatieadvies voor alle pasgeborenen.

De auteurs van de cochrane review includeerden 55 RCT's over de 3 vaccins (RV1, RV5 en Rotavac), met in totaal 216.480 deelnemers en een follow-up van 1 en 2 jaar. In landen met een lage mortaliteit, zoals Nederland, voorkomen RV1 (n = 36 onderzoeken) en RV5 (n = 15 onderzoeken) 82% van de gevallen van ernstige diarree door het rotavirus (bij een follow-up van 2 jaar). In landen met een hoge mortaliteit is dit voor RV1 35% en RV5 41%. Rotavac bleek in India (n = 4 onderzoeken) 54% van de gevallen van ernstige diarree door het rotavirus te voorkomen in 2 jaar. In geen enkel onderzoek werden ernstige bijwerkingen gevonden.

Deze cochrane review laat met het hoogste niveau van evidence zien dat de effectiviteit en veiligheid van de rotavirusvaccins goed zijn. Het effect op mortaliteit kon hierbij echter niet worden onderzocht vanwege onvoldoende power. Bovendien zijn de resultaten van Rotavac

alleen toepasbaar op de Indiase populatie. Opmerkelijk is dat het relatieve effect minder sterk was in landen met een hoge mortaliteit, hoewel daar in absolute aantallen wel meer episodes van ernstige diarree voorkomen.

U kunt de vraag krijgen het rotavirusvaccin voor te schrijven. In Nederland is Rotarix (RV1) het meest gebruikt. Het betreft een druppelvaccin dat ouders 2 keer moeten geven aan hun kinderen in de leeftijd van 6 tot 24 weken. De kosten (€ 139,14) zijn momenteel voor eigen rekening. Het streven is dat de vaccinatie in 2024 wordt opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. ■



Soares-Weiser K, et al. Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;3:CD008521.

De klinische blik als diagnosticum voor dementie

Ariëtte Sanders-van Lennep

Huisartsen maken vaak gebruik van hun klinische blik, ook bij patiënten bij wie zij cognitief verval vermoeden (zoals dementie). Een recente cochrane review laat zien dat huisartsen goed inschatten welke patiënten niet aan cognitief verval lijden. Ze zijn echter ook terughoudend om dementie uitsluitend op basis van hun klinische blik te diagnosticeren bij symptomatische patiënten. Dat is in lijn met de aanbeveling van de NHG-Standaard Dementie.

De auteurs bekeken onderzoeken waarin huisartsen direct na een patiëntcontact – of achteraf op basis van kennis van de patiënt en het dossier – cognitief verval of dementie vaststelden. Zij vergeleken de accuratesse van deze diagnoses met uitkomsten van adequate referentiestandaarden hierop, zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en *Internati-*

onal Classification of Diseases (ICD) of klinische expertise.

Van de 11 geïncludeerde onderzoeken bevatten er 10 kwantitatieve data. Het risico op bias was beperkt. Gemiddeld waren de patiënten 77 jaar oud, het betrof meestal vrouwen (47 tot 100%). Gemiddeld was er bij 21% (range 2 tot 56%) sprake van dementie.

De diagnostische accuratesse van de klinische blik voor de diagnose dementie liet een sensitiviteit zien van 58% (95%-BI 43 tot 72) en een specificiteit van 89% (95%-BI 70 tot 95). Deze data kwamen uit de meta-analyse van 8 onderzoeken met 826 dementerende patiënten op een totale onderzoekspopulatie van 2790 deelnemers. In de 5 onderzoeken met 1088 patiënten met cognitieve beperkingen op 3623 niet aangedane patiënten varieerde de sensitiviteit per onderzoek van 58% tot 97% en de specificiteit van 40% tot 88%.

Anamnese en spirometrie onderscheiden astma van COPD

Pieter Buis

Om onderscheid te maken tussen astma en COPD bij eerstelijnspatiënten volstaan een goede anamnese en spirometrie. Specialistisch onderzoek voegt daar weinig aan toe. Dat is de conclusie uit een observationeel, cross-sectioneel onderzoek dat werd uitgevoerd in 10 huisartsenpraktijken in Nederland.

De onderzoekers bekeken bij 532 patiënten, met een leeftijd tussen de 30 en 80 jaar, welke longsymptomen ze hadden. Daarna ondergingen de patiënten zowel een basale spirometrie met reversibiliteitsmeting als een specialistisch long-

functieonderzoek (statische longvolumina, hyperreactiviteit en diffusiecapaciteit). Al deze onderzoeken werden uitgevoerd in de tweede lijn. Aan de hand van deze onderzoeken bepaalden 2 longartsen of er sprake was van astma of van COPD. De onderzoekers keken met een multivariabele, logistische regressieanalyse naar 3 scenario's: alleen uitgebreide anamnese, spirometrie (zoals ook wordt verricht in de eerste lijn) en specialistisch longfunctieonderzoek (alleen mogelijk in het ziekenhuis). Zij berekenden de *area under the curve* (AUC) voor elk scenario, waarbij ze de door de longarts gestelde

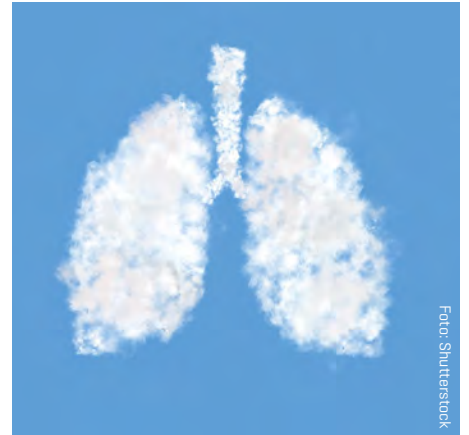


Foto: Shutterstock

diagnose als gouden standaard gebruiken.

In totaal kregen 84 patiënten de diagnose astma en 138 de diagnose COPD; 310 patiënten hadden geen chronische longaandoening. Als alleen de anamnese werd gebruikt voor het bepalen van de diagnose astma of COPD bleek de AUC 0,84 (95%-BI 0,78 tot 0,89). Toevoeging van spirometrie verhoogde de AUC naar 0,89 (95%-BI 0,84 tot 0,93). Als de specialistische longfunctiemeting werd toegevoegd, bleef de AUC 0,89 (95%-BI 0,85 tot 0,94). Een kanttekening hierbij is dat de berekeningen werden uitgevoerd op data uit een eerder onderzoek (DIMCA-studie, 2007), waardoor diverse diagnostische tests niet zijn meegenomen en bijvoorbeeld het astma-COPD-overlapsyndroom niet kon worden vastgesteld. Doel van dit onderzoek was echter vooral om onderscheid te maken tussen COPD en astma in de grootste groep, waar geen overlap in diagnoses is. Om onderscheid te maken tussen astma en COPD komen we in de huisartsenpraktijk dus al een heel eind met een goede anamnese, eventueel aangevuld met spirometrie. Verwijzing voor tweedelijnsdiagnostiek lijkt hier weinig aan toe te voegen. ■

Bouwens JDM, et al. Diagnostic differentiation between asthma and COPD in primary care using lung function testing. npj Prim Care Respir Med 2022;32:32.

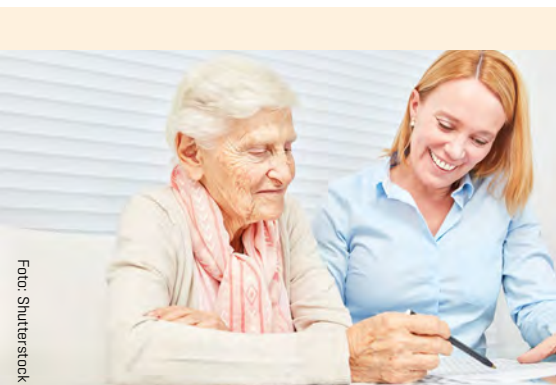


Foto: Shutterstock

moeden heeft van dementie, maar voor het stellen van de diagnose van deze onbehandelbare aandoening is meer (hetero)anamnestisch en lichamelijk onderzoek vereist. Zo luidt ook de aanbeveling van de NHG-Standaard Dementie. Of u dit vermoeden verder wilt onderzoeken, kunt u afstemmen met de patiënt en zijn mantelzorgers. Denk daarbij ook aan de nieuw ontwikkelde keuzehulp 'Wel of niet onderzoek doen naar dementie'. ■

Creavin ST, et al. Clinical judgement by primary care physicians for the diagnosis of all-cause dementia or cognitive impairment in symptomatic people. Cochrane Database Syst Rev 2022;6:CD012558.



Lees ook: Linden I, et al. Voorkeuren van patiënten bij dementiediagnostiek. Huisarts Wet 2023;66(2):10-3.

Artsen stellen de diagnose beter op basis van de klinische blik direct na een patiëntcontact. Het uitsluiten van deze diagnose doen ze juist beter op basis van de kennis van de patiënt en het dossier. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer zij op basis van een vraag van de POH-somatiek over het cognitief functioneren het dossier en hun geheugen over deze patiënt nog eens raadplegen. De inschatting van cognitieve beperkingen blijkt nog lastiger. De auteurs concluderen dat de klinische blik richting kan geven aan verder onderzoek, maar onvoldoende accuraat is om de diagnose dementie te stellen. Het lijkt dus terecht om de klinische blik serieus te nemen als u een ver-

Voorkeuren van patiënten bij dementiediagnostiek

Iris Linden, Marieke Perry, Claire Wolfs, Maud Hevink, Carmen Dirksen, Rudolf Ponds

Er bestaat geen werkzaam medicijn tegen dementie. Bij (lichte) cognitieve klachten maken patiënten en hun naasten dan ook zeer verschillende afwegingen over dementiediagnostiek. We brachten de diverse persoonlijke voorkeuren in kaart in een systematisch literatuuronderzoek. Mede op basis daarvan ontwikkelden wij een keuzehulp ter ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming tussen de patiënt, diens naasten en de huisarts.

Het aantal mensen met dementie stijgt en de publieke aandacht voor dementie neemt toe.¹ Steeds meer ouderen maken zich zorgen over hun geheugen of over de mogelijkheid dat ze dementie krijgen. Tegelijkertijd gaan veel mensen pas in een laat stadium van de ziekte naar de huisarts, als het dagelijks leven al ernstig wordt bemoeilijkt door hun cognitieve achteruitgang.² Deze paradox reflecteert hoe complex de keuze is om dementiediagnostiek te starten, zowel voor de patiënt zelf als voor hun naasten en voor hun huisarts.

De beslissing om bij geheugenproblemen een diagnostiektraject te starten wordt beschouwd als een preferentiegevoelige beslissing.^{3,4} In afwezigheid van een werkzaam medicijn waardeert iedere patiënt de voor- en nadelen van diagnostiek vermoedelijk anders. Het bespreken van de voor- en nadelen van dementiediagnostiek met de patiënt en de naasten, met name bij lichte cognitieve klachten, draagt bij aan een tijdige diagnose. De diagnostiek kan dan worden gestart op het moment dat de patiënt en de naasten zelf het gevoel hebben dat ze er het meest baat bij hebben.⁵ Ook de NHG-Standaard Dementie benadrukt het belang van gezamenlijke besluitvorming voorafgaand aan het starten van dementiediagnostiek.⁶ Het bespreken van de persoonlijke voorkeuren van de patiënt en diens naasten is een essentieel onderdeel van dat proces. Wij hebben in een systematisch literatuuronderzoek de persoonlijke voorkeuren en overwe-

gingen van patiënten en naasten bij het starten van dementiediagnostiek in kaart gebracht.

METHODEN

In dit integratieve systematische literatuuronderzoek hebben we kwantitatieve, kwalitatieve en mixed-methodsonderzoeken geïncludeerd.^{7,8} Voor de details verwijzen we naar onze oorspronkelijke publicatie. We zochten in 5 wetenschappelijke databases met (synoniemen van) de zoektermen *timely diagnosis*, *dementia*, *preferences* en *population*, en selecteerden Nederlands- en Engelstalige onderzoeken vanaf 2010. We includeerden publicaties die gegevens bevatten over de persoonlijke voorkeuren over dementiediagnostiek van patiënten met geheugenklachten en/of hun naasten, en over de (gezamenlijke) besluitvorming daarover. We beoordeelden de methodologische kwaliteit van de onderzoeken met behulp van de Mixed Method Appraisal Tool.⁹

Voor de thematische synthese codeerden we de resultaten van de geïncludeerde publicaties en groepeerden deze vervolgens in thema's. Dit proces werd uitgevoerd in Atlas.ti, deductief geleid door de conceptuele definitie van patiëntvoorkeuren en aangevuld met inductieve codes.¹⁰⁻¹²

RESULTATEN

De 9 geïncludeerde onderzoeken (7 kwalitatieve en 2 mixed-methodsonderzoeken) kwamen uit Engeland (n = 3), Nederland (n = 2), Canada (n = 2), Singapore (n = 1) en Duitsland (n = 1). De kwaliteit was matig tot hoog. Sommige deelnemers in deze onderzoeken hadden gekozen voor dementiediagnostiek, andere juist niet.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Linden I, Hevink M, Wolfs C, Perry M, Dirksen C, Ponds R. Understanding patients' and significant others' preferences on starting a diagnostic trajectory for dementia: An integrative review. *Aging Ment Health* 2022 Jun 28;DOI: 10.1080/13607863.2022.2084505. Open access, gepubliceerd met toestemming van de uitgever.

Opvattingen over dementiediagnostiek

De persoonlijke voorkeur om te starten met dementiediagnostiek werd bepaald door de opvattingen over dementiediagnostiek. Op hun beurt werden die opvattingen beïnvloed door de interpretatie van de symptomen, steun of wensen vanuit het sociale netwerk, de interactie met zorgverleners en de gezondheid van de patiënt, en door algemenere maatschappelijke factoren. De [infographic] geeft een gedetailleerd overzicht.

Het gevoel iets te moeten doen

Patiënten en naasten beschrijven vaak het gevoel dat ze iets moeten doen aan de geheugenklachten. Dat doen ze in termen van 'de kans om iets goeds te doen voor je eigen gezondheid' of 'de kans om controle te krijgen over de situatie'.^{13,14}

'Ik denk dat iedereen zijn gezondheid of ziekte zou moeten aanpakken. Niet dan? Niet afwachten en de schuld op andere dingen afschuiven'.¹³

De noodzaak inzien

Patiënten die geloofden dat een zorgverlener ze niet kon helpen, dat ze geen hulp nodig hadden of die hun fysieke klachten belangrijker vonden, zagen de noodzaak van het

WAT IS BEKEND?

- De keuze om te starten met dementiediagnostiek, met name bij lichte cognitieve klachten, wordt gezien als een preferentiegevoelige beslissing.
- Huisartsen ervaren vaak belemmeringen bij het bespreken van persoonlijke voorkeuren over het starten van dementiediagnostiek.

WAT IS NIEUW?

- De persoonlijke voorkeur voor dementiediagnostiek wordt bepaald door het gevoel 'iets te moeten doen', de overtuiging dat diagnostiek nodig is of de verwachting over de uitkomst.
- Door de grote verscheidenheid van opvattingen en beïnvloedende factoren is gezamenlijke besluitvorming belangrijk om, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt en de naasten, te komen tot een tijdige [dementie]diagnose.
- De keuzehulp 'Wel of geen onderzoek doen naar de- mentie' kan het proces van gezamenlijke besluitvorming ondersteunen.

Infographic

De persoonlijke voorkeuren van patiënten en hun naasten bij het starten van dementiediagnostiek





Patiënten die geloofden dat ze geen hulp nodig hadden, zagen de noodzaak van dementiediagnostiek niet in.

Illustratie: Shutterstock

starten van dementiediagnostiek niet in.¹⁵⁻¹⁷ Hun overtuigingen werden vaak gevoed door een angst voor dementie.^{15,18} Daarentegen kozen patiënten en naasten die overtuigd waren dat een diagnose hun welzijn verbeterde wél voor dementiediagnostiek.^{14,19}

*'Dingen die voor haar belangrijk zijn – haar likdoorns, ze heeft heel pijnlijke likdoorns waardoor ze soms niet kan lopen, en soms kan ik op de polikliniek geen afspraak maken. En dan gaat het lopen steeds moeilijker. Voor haar zijn die dingen belangrijker dan haar geest. Volgens haar mankeert ze geestelijk niets.'*¹⁷

Verwachtingen van dementiediagnostiek

Vooraf naasten hadden positieve verwachtingen van dementiediagnostiek. In 5 onderzoeken uitten naasten de verwachting dat daardoor behandeling zo snel mogelijk kon volgen, of dat ze dan 'in ieder geval een voet tussen de deur' hadden als er een nieuwe behandeling beschikbaar kwam.^{13,14,17,19,20}

*'Ik hoop dat er een medicijn is dat haar kan helpen. Er zijn medicijnen voor allerlei dingen. Als we het pas over 2 jaar doen, gaat het helemaal niet meer helpen, dan is het te laat. Ik heb goede hoop dat er iets gaat zijn.'*¹⁴

Een andere reden om te kiezen voor dementiediagnostiek was bij naasten de verwachting dat daardoor de mantelzorgbelasting verminderde en dat ze toegang tot ondersteuning konden krijgen of meer informatie over de prognose.^{13,14,17} Ook hoopten ze dat de diagnostiek de patiënt kon stimuleren om gezonder te gaan leven of kon helpen bij advance care planning.^{13,18}

Aan de andere kant had een aantal naasten bezwaren tegen dementiediagnostiek omdat ze de wens van de patiënt wilden respecteren of deze wilden beschermen tegen de onrust van een diagnostisch proces.^{15,17,20} Een andere reden om niet te starten met dementiediagnostiek was de verwachting dat de diagnose dementie een zorgeloos leven met lichte klachten belemmerde, toekomstplannen in de weg stond en de achteruitgang niet vertraagde.^{13,17}

BESCHOUWING

Ons literatuuronderzoek had tot doel de persoonlijke voorkeuren van patiënten en naasten rond dementiediagnostiek in kaart te brengen. Redenen om te starten met dementiediagnostiek waren onzekerheid over de oorzaak van de symptomen, de wens beter te kunnen omgaan met de symptomen en de verwachting een behandeling te kunnen starten of toegang te hebben tot ondersteuning. Redenen om af te wachten of helemaal af te zien van diagnostiek waren de overtuiging dat hulp niet nodig was of dat fysieke problemen belangrijker wa-

ren, en de verwachting dat diagnostiek een negatieve invloed zou hebben op de kwaliteit van leven.

We zijn in dit artikel niet ingegaan op factoren die de opvattingen over dementiediagnostiek beïnvloeden, bijvoorbeeld de invloed van het sociale netwerk en vooral ook de zorgprofessional op de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. Deze komen overeen met het ecologische perspectief op patiëntvoorkeuren (zie ook ons originele artikel).²¹

Sterke punten en beperkingen

De thematische analyse vergroot het inzicht in de persoonlijke voorkeuren van patiënten met geheugenklachten en naasten. We hebben echter geen publicaties kunnen includeren over persoonlijke voorkeuren vóórdat de consequenties van de keuze voor dementiediagnostiek bekend waren. De reflecties en retrospectieve voorkeuren kunnen dus beïnvloed zijn door die consequenties. De meerderheid van de deelnemers kreeg uiteindelijk de diagnose dementie, dus hun opvattingen over de gemaakte keuze waren mogelijk gekleurd door de negatieve én positieve gevolgen van de diagnostiek. Anderzijds, deelnemers die wel voor diagnostiek kozen, maar niet de diagnose dementie kregen, werden mogelijk gesterkt in hun overtuiging dat de diagnostiek geruststelling kon brengen, of in het gevoel dat ze in elk geval iets gedaan hadden.

Het aantal publicaties in ons literatuuronderzoek was beperkt. Veel onderzoeken includeerden gezonde individuen en niet specifiek patiënten met geheugenklachten, maar om het keuzeproces representatief weer te geven is onderzoek nodig naar de persoonlijke voorkeuren op het moment dat de patiënt of de omgeving klachten ervaart. Verder includeerden we voornamelijk publicaties uit Europa en Noord-Amerika, waardoor de resultaten waarschijnlijk een beperkt spectrum van perspectieven vertegenwoordigen. Voor patiënten uit niet-westerse landen kunnen sociaal-culturele factoren, zoals stigma, mogelijk zwaarder wegen dan voor de deelnemers aan de geïncludeerde onderzoeken.^{22,23}

Ons literatuuronderzoek benadrukt toch het belang van het bespreken van persoonlijke voorkeuren voorafgaand aan het starten van dementiediagnostiek. Dit afwegen van de voor- en nadelen van (vroeg) dementiediagnostiek in een proces van gezamenlijke besluitvorming is primair een taak voor de huisarts, vaak de eerste zorgverlener tegenover wie patiënten en naasten hun zorgen uiten. Veel huisartsen onderstrepen weliswaar het belang van een tijdige diagnose, maar ze geven

ook aan dat ze het proces van samen beslissen lastig vinden – door tijdgebrek, door andere prioriteiten of door twijfel aan de eigen vaardigheden.^{24,25}

Praktische implicaties

Om de gezamenlijke besluitvorming rond dementiediagnostiek te ondersteunen, ontwikkelden we in samenwerking met Thuisarts.nl de keuzehulp ‘Wel of geen onderzoek doen naar dementie’. Daarbij maakten we gebruik van de NHG-Standaard Dementie, ons eigen literatuuronderzoek en interviews met patiënten, naasten en huisartsen. De keuzehulp is bestemd voor de patiënt, diens naasten én de huisarts. De tool geeft informatie over klachten die kunnen wijzen op dementie, hoe de diagnostiek verloopt (zowel in de huisartsenpraktijk als op bijvoorbeeld een geheugenpoli) en wat de voor- en nadelen zijn. Zo worden patiënten en hun naasten aangespoord om na te denken over hun persoonlijke voorkeuren. Het gebruik van keuzehulpen is onlangs in *He&W* uitgelegd in het nascholingsartikel ‘Hoe gebruik je keuzehulpen en keuzekaarten in de spreekkamer?’

CONCLUSIE

De diagnostiek van dementie is een onderwerp waarover zeer verschillende opvattingen bestaan en waarop veel factoren van invloed zijn. De afwegingen om zo'n diagnostisch traject te starten zijn voor iedere patiënt en diens naasten anders. In de huisartsenpraktijk kan een proces van gezamenlijke besluitvorming, waarin de persoonlijke voorkeuren en wensen van patiënten en naasten worden besproken, bijdragen aan een tijdige diagnose. ■

LITERATUUR

1. 2021 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2021;17:327-406.
2. Prince M, Bryce R, Ferri C. World Alzheimer report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention. London: Alzheimer's Disease International, 2011.
3. Van der Flier WM, Kunneman M, Bouwman FH, Petersen RC, Smets EM. Diagnostic dilemmas in Alzheimer's disease: Room for shared decision making. *Alzheimers Dement* 2017;3:301-4.

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



Lees ook het nieuwsbericht ‘De klinische blik als diagnosticum voor dementie’ van Ariëtte Sanders op pagina 8 en www.henw.org.

Linden I, Perry M, Wolfs C, Hevink M, Dirksen C, Ponds R. Voorkeuren van patiënten bij dementiediagnostiek. *Huisarts Wet* 2023;66(2):10-3. DOI:10.1007/s12445-022-2153-z.
Universiteit Maastricht, Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Maastricht: I. Linden, PhD-kandidaat: i.linden@maastrichtuniversity.nl; dr. C. Wolfs, klinisch neuropsycholoog en senior onderzoeker; M. Hevink, PhD-kandidaat. Radboudumc, Vakgroep Geriatric Medicine, Nijmegen: dr. M. Perry, huisarts en senior onderzoeker. Care and Public Health Research Institute, Afdeling Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment, Maastricht: prof. dr. C. Dirksen, hoogleraar health technology assessment of clinical interventions. Amsterdam Universitair Medisch Centrum: prof. dr. R. Ponds, hoogleraar medische psychologie.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Let's talk about sex

Seksuele gezondheid van chronisch zieken

Pieter Barnhoorn, Inge Prins, Hannah Zuurveen, Brenda den Oudsten, Marjolein den Ouden, Mattijs Numans, et al.

Seksualiteit is belangrijk, ook voor mensen met een chronische ziekte. Chronische ziekten zorgen echter vaak voor seksuele problemen. Doordat de prevalentie van chronische ziekten toeneemt, wordt het thema seksualiteit in de spreekkamer steeds belangrijker. Ook als de patiënt er niet over begint, zou de huisarts het onderwerp moeten aankaarten. Vaak komt het daar echter niet van, meestal door tijdgebrek, Bewustwording en training van huisartsen en praktijkondersteuners kunnen hierin misschien verbetering brengen.

We worden ouder, maar zieker. Steeds meer mensen hebben een of meer chronische ziekten en de huisarts krijgt een steeds grotere verantwoordelijkheid bij het behandelen en begeleiden van deze patiënten.¹⁻⁵ Veel chronische ziekten zoals diabetes, cardiovasculaire aandoeningen en astma/COPD, nierfalen, neurologische ziekten en depressie gaan gepaard met seksuele problemen.⁶⁻¹² Bij mannen gaat het vooral om minder zin in seks en om erectiele disfunctie, bij vrouwen om minder zin in seks en om pijn bij het vrijen.¹³⁻¹⁷ In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de prevalentie van erectiestoornissen bij mannen ≥ 18 jaar 16,8% en heeft 1 op de 3 diabetespatiënten seksuele problemen.¹⁶⁻¹⁸

Seksuele problemen hebben grote invloed op de kwaliteit van leven van chronisch zieken en het bespreken van de seksuele gezondheid zou een vast onderdeel moeten zijn van de huisartsenzorg voor deze patiënten.^{18,19} Er is weinig onderzoek gedaan naar dit onderwerp. Daarom onderzochten we of en wanneer huisartsen seksuele problematiek bespreken met chronisch zieke patiënten, welke barrières ze daarbij tegenkomen, tot wiens verantwoordelijkheid ze dat rekenen, hoe ze hun eigen kennis en vaardigheden inschatten en welke hulpmiddelen het praten over seksuele gezondheid kunnen bevorderen.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Barnhoorn PC, Prins IC, Zuurveen HR, Oudsten BLD, Ouden MEMD, Numans ME, Elzevier HW, Van Ek GF. Let's talk about sex: exploring factors influencing the discussion of sexual health among chronically ill patients in general practice. *BMC Prim Care* 2022;23:49. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

We maakten een willekeurige selectie uit de werkadressen op www.zorgkaartnederland.nl en stuurden per post een vragenlijst naar 599 huisartsen in heel Nederland. Zo nodig stuurden we na 2 of 3 maanden een reminder. De vragenlijst werd specifiek voor dit onderzoek ontworpen op basis van literatuur en eerder gebruikte vragenlijsten, en werd in een pilot beoordeeld door 5 huisartsen. De vragenlijst bevatte 58 vragen, waarin naast de demografische gegevens 6 onderwerpen aan bod kwamen: frequentie en belang van het bespreken van seksuele klachten (5-punts likertschaal); barrières om naar seksuele gezondheid te vragen (5-punts likertschaal); wiens verantwoordelijkheid het was om de seksuele gezondheid te bespreken; het ervaren niveau van kennis, competentie en opleiding; hoe seksuologische hulpverlening beter zou kunnen; en ten slotte de rol van de praktijkondersteuner.

We analyseerden de gegevens met SPSS versie 23. Voor continue variabelen berekenden we gemiddelden en standaarddeviaties, voor categorische variabelen frequenties en percentages. Met aanvullende Cochran-Armitage Trend Tests (*linear-by-linear association*) onderzochten we associaties bij de 6 hoofdonderwerpen. We richtten de analyse specifiek op factoren die een associatie hadden met de frequentie van het bespreken van seksuele gezondheid met chronisch zieke patiënten (jaren ervaring, kennisniveau, op de hoogte zijn van afspraken over wie verantwoordelijk is voor het bespreken van seksuele gezondheid met chronisch zieke patiënten). Tweezijdige p-waarden $< 0,05$ beschouwden we als statistisch significant.

RESULTATEN

Van de 599 verzonden vragenlijsten ontvingen we er 345 (57,6%) retour, waarvan 199 (33,2%) volledig ingevuld.

WAT IS BEKEND?

- Veel chronische ziekten zijn geassocieerd met seksuele problemen.
- Huisartsen hebben een centrale rol in de zorg voor patiënten met een chronische ziekte.

WAT IS NIEUW?

- Onder meer door ervaren tijdgebrek blijft de seksuele gezondheid van chronisch zieke patiënten vaak onbesproken in de spreekkamer.
- Informatiemateriaal voor patiënten en training van huisartsen en praktijkondersteuners kunnen het bespreken van seksuele gezondheid bij chronisch zieke patiënten verbeteren.

Omdat de vragenlijst na de pilotfase niet hoefde te worden aangepast, konden we ook de 5 pilotvragenlijsten in de analyse meenemen. Deze omvatte dus in totaal 204 vragenlijsten. Van de respondenten was iets meer dan helft man (n = 106; 52%). De gemiddelde leeftijd was 49 jaar en ongeveer de helft (n = 112; 54,9%) had > 15 jaar ervaring als huisarts. Het over-

grote deel van de respondenten (n = 197; 98%) had geen schooling in seksuologie genoten. Veruit de meesten (n = 195; 97%) werkten samen met een poh.

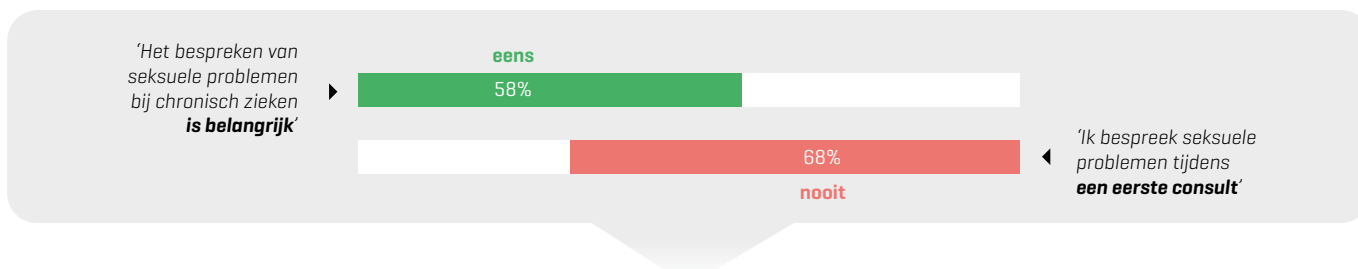
In de [infographic] is te zien welk belang de respondenten hechtten aan het bespreken van de seksuele gezondheid, wanneer ze die ter sprake brachten en wat de belangrijkste redenen waren om dat niet te doen.

De respondenten vonden het bespreken van seksuele problemen bij chronisch zieken in meerderheid belangrijk (n = 119; 58,3%), maar een nog iets grotere meerderheid (n = 137; 67,5%) meldde dat ze dat nooit tijdens een eerste consult deden. Ongeveer de helft (n = 98; 49,7%) gaf aan dat ze patiënten van 16-35 jaar nooit naar seksuele problemen vroegen en iets meer dan de helft (n = 116; 58,9%) vroeg er niet naar bij patiënten ≥ 76 jaar. We vonden geen significante associatie tussen het bespreken van seksuele problemen aan de ene kant en de ervaring van de huisarts aan de andere kant. De respondenten gaven aan dat de patiënt zelf seksualiteit zelden spontaan ter sprake bracht. Wanneer seksualiteit ter sprake kwam, was de partner doorgaans niet aanwezig.

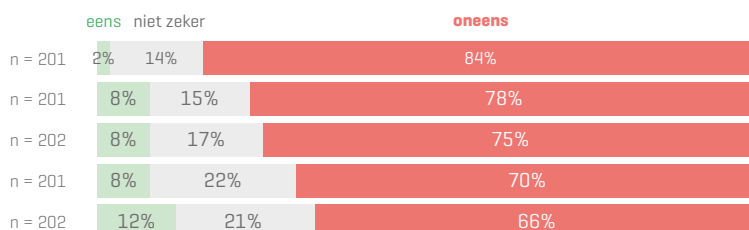
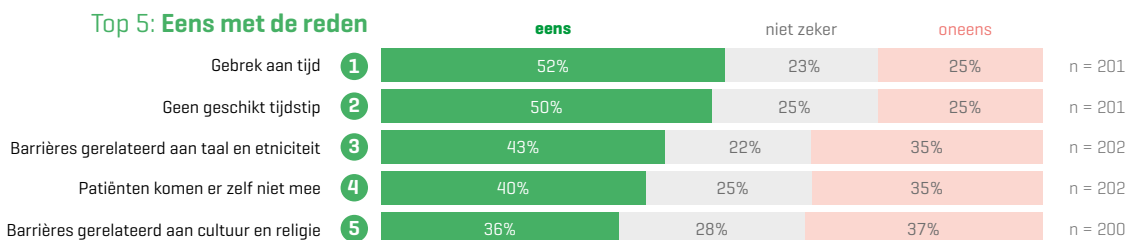
De overgrote meerderheid van de respondenten (n = 184; 90,2%) vond een seksuele anamnese tot de verantwoordelijkheid van de huisarts behoren. Een kleinere meerderheid (n = 143; 70,1%) vond de POH-somatiek medeverantwoordelijk en

Infographic

Belang dat respondenten hechten aan het bespreken van seksuele gezondheid en redenen om dit onderwerp wel/niet te bespreken



Redenen om seksuele problemen niet ter sprake te brengen



Top 5: Oneens met de reden

- 1 Verantwoordelijkheid van een ander
- 2 Patiënt is van de andere sekse
- 3 Leeftijdsverschil
- 4 Bang om patiënt te kwetsen
- 5 Seks is een privézaak



Seksuele gezondheid van chronisch zieken blijft vaak onbesproken in de spreekkamer.

Foto: Shutterstock

de helft ($n = 103$; 50,5%) vond het ook een verantwoordelijkheid van de patiënt zelf om seksuele problemen ter sprake te brengen. In 40 huisartsenpraktijken (19,9%) waren afspraken gemaakt over wie er verantwoordelijk was voor de seksuele anamnese bij chronisch zieken. In praktijken zonder dergelijke afspraken werden seksuele problemen ook minder vaak uitgevraagd.

Hoewel verreweg de meeste respondenten zich competent voelden om seksuele problemen te bespreken ($n = 163$; 82,3%) en meenden voldoende kennis over seksuele problemen te hebben ($n = 131$, 66,2%), antwoordde driekwart ($n = 150$; 74,6%) dat dit onderwerp zelden aan de orde geweest was tijdens de huisartsopleiding. Veel respondenten ($n = 116$; 61,5%) hadden het idee dat ze op dit vlak onvoldoende getraind waren en zouden hun kennis graag vergroten door bijvoorbeeld extra seksuologietraining ($n = 97$; 78,9%), via een website ($n = 49$; 39,8%) of met een e-learningmodule ($n = 46$; 37,4%). Andere oplossingen die respondenten aangaven, waren informatiebrochures voor chronisch zieke patiënten om gesprekken over seksuele problemen te vergemakkelijken, en een grotere rol voor de POH, met name de POH-somatiek, bij dergelijke gesprekken. Ook de POH moet de kennis over seksuele problemen dan bijspijkeren.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen het als hun verant-

woordelijkheid zien om seksuele problemen bij chronisch zieke patiënten te bespreken en zichzelf veelal competent achten om dat te doen. Maar slechts een minderheid van hen gaat daadwerkelijk met deze patiënten het gesprek aan over seksuele problemen, iets wat ook in eerder onderzoek gebleken is.^{20,21} Dat is een gemiste kans, want chronisch zieken hebben relatief vaak seksuele problemen en deze problemen hebben op hun beurt weer een groot effect op de kwaliteit van leven.^{6-10,19} Bovendien is het een groeiende groep patiënten voor wie de huisarts steeds meer verantwoordelijkheden toebedeeld krijgt.^{3,4}

Dat huisartsen patiënten van 16-35 jaar en ≥ 76 jaar niet vaak bevragen over seksuele problemen wijst op 2 wijdverbreide seksuele mythen, die ook onder huisartsen leven: ten eerste dat jonge mensen nauwelijks seksuele problemen hebben en ten tweede dat oudere mensen niet langer seksueel actief zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat veruit de meeste patiënten hun seksuele problemen wel degelijk willen bespreken, welke leeftijd en welk probleem ze ook hebben, en dat het bij voorkeur de zorgprofessional is die het gesprek begint.^{17,22,23}

Gebrek aan training is voor zorgprofessionals een bekende barrière om seksuele problemen te bespreken.²¹ Ook in ons onderzoek gaven de meeste huisartsen aan dat daar, ook in hun opleiding, onvoldoende aan gedaan was. Een aantal respondenten meldde dat ze wel extra seksuologische training willen, maar huisartsen krijgen er nu al steeds meer taken bij,

waar ze vaak te weinig tijd voor hebben²⁴⁻²⁶ Het wordt dus een uitdaging om de seksuologische zorg voor chronisch zieken op het gewenste hogere plan te brengen. Een grotere rol voor de POH kan een oplossing zijn.^{25,27}

Implicaties voor de praktijk

Experts hebben al aanbevelingen gedaan voor de praktische gespreksvoering over seksuele problematiek.²⁸ In de eerste plaats: probeer het vertrouwen en de openheid van de patiënt te winnen. Ten tweede: wees recht door zee en vraag op een professionele manier naar de seksuele gezondheid, zonder de empathie uit het oog te verliezen. Een manier om het gesprek op gang te brengen, is de patiënt te informeren over chronische ziekten en medicijnen waarvan bekend is dat ze een negatieve invloed hebben op de seksuele gezondheid. Dat geeft patiënten het gevoel dat ze niet de enige zijn die een seksueel probleem hebben.

Besprek vervolgens de medische voorgeschiedenis en vraag of de patiënt seksuele problemen ervaart en zo ja welke, en of die ook daadwerkelijk een probleem zijn.

Onze respondenten hebben een paar praktische oplossingen aangedragen voor de organisatie van de seksuologische zorg voor chronisch zieken in de huisartsenpraktijk. Voorbeelden zijn het beschikbaar stellen van informatieve brochures of websites voor patiënten (ook in andere talen), extra seksuologische training voor huisartsen en POH's (met aandacht voor culturele sensitiviteit) en de mogelijkheid om patiënten door te verwijzen naar gespecialiseerde zorgverleners. Ook afspraken maken loont: in praktijken waar is afgesproken wie verantwoordelijk is voor het aankaarten van seksuele problemen worden die gesprekken vaker gevoerd. Ook uitbreiding van de taken van de POH wordt als mogelijkheid genoemd, zowel door onze respondenten als in de literatuur.^{25,27} Tot slot kan het uitvragen van seksuele problemen (nog) explicieter aan bod komen in NHG-Standaarden over chronische ziekten, zoals nu al is gebeurd in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2.²⁹

Sterke punten en beperkingen

Dit was het eerste onderzoek naar het bespreken van seksuele problemen bij chronisch zieken door Nederlandse huisartsen. Onze uitgebreide vragenlijst leverde een gedetailleerd beeld op en de respons was met 57,6% heel redelijk. Er kan echter

sprake zijn geweest van *response bias* doordat onze respondenten wellicht specifieke kennis en kunde hadden of het bespreken van seksuele problemen belangrijk vonden. Verder levert zelfrapportage in vragenlijstonderzoek met gesloten vragen altijd het gevaar op dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden. Vervolgonderzoek, waarbij ook gebruikgemaakt wordt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, kan de door ons gevonden resultaten verdiepen. Wij juichn dat van harte toe.

CONCLUSIE

Het bespreken van de seksuele gezondheid van chronisch zieken is een belangrijke taak van de huisarts. Slechts een klein percentage van de huisartsen doet dit echter routinematig, vooral door tijdgebrek. Informatiemateriaal voor patiënten, training van huisartsen en uitbreiding van de rol van de POH kunnen de barrière om seksuele gezondheid met chronisch zieke patiënten te bespreken verlagen. ■

LITERATUUR

1. Gijsen R, Van Oostrom S, Schellevis FJ. Nationaal Kompas Volksgezondheid: Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten. Bilthoven: RIVM, 2014.
2. Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. Zorg voor chronisch zieken: Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: NIVEL, 2011.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.

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

Barnhoorn PC, Prins IC, Zuurveen HR, Den Oudsten BL, Den Ouden ME, Numans ME, Elzevier HW, Van Ek GF. Let's talk about sex: seksuele gezondheid van chronisch zieken. *Huisarts Wet* 2023;66(2):14-7. DOI:10.1007/s12445-022-2164-9. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: P.C. Barnhoorn, huisarts-seksuoloog; p.c.barnhoorn@lumc.nl; I.C. Prins, huisarts in opleiding; prof.dr. M.E. Numans, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde. LUMC, Afdeling Psychiatrie, Leiden: H.R. Zuurveen, psychiater in opleiding. Tilburg University, afdeling Medische en Klinische Psychologie, Tilburg: dr. B.L. den Oudsten, psycholoog. Hogeschool Saxion, Enschede: dr. M.E.M. den Ouden, lector technology, health & care. LUMC, afdeling Urologie en Medische Besliskunde, Leiden: dr. H.W. Elzevier, uroloog-seksuoloog; dr. G.F. van Ek, seksuoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Vijf lessen uit tuchtklachten over de huisartsenpost

Wulphert Venderink, Boukje van Dijk, Paulien Verhoef, Eva Ouwendijk, Patrick Dielissen

Tussen 2011 en 2022 dienden er 229 tuchtzaken tegen huisartsen op huisartsenposten. Uit de 71 gegrond verklaarde klachten trekken wij 5 lessen voor de individuele patiëntenzorg. De meeste klachten gingen over een gebrek aan medische expertise van de huisarts. Niet het missen van een diagnose was doorslaggevend voor het gegrond verklaren van een klacht, maar de beoordeling van het toestandsbeeld, het handelen daarnaar en de verslaglegging.

Het tuchtrecht is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken, en om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.¹ Een tuchtcollege verwacht niet van de huisarts dat deze altijd de juiste diagnose stelt. Wel dat de anamnese, het lichamenlijk onderzoek, eventueel aanvullend onderzoek en de verslaglegging adequaat zijn. Huisartsen kunnen uit gegrond verklaar-

de tuchtklachten belangrijke medisch-inhoudelijke lessen trekken, zowel in hun eigen praktijk als op de huisartsenpost. Een belangrijk kritiekpunt op het tuchtrecht is dat de beroepsgroep te weinig leert van de bestaande jurisprudentie.² Daarom analyseren we in deze beschouwing een aantal uitspraken en delen we de belangrijkste leerpunten.

Op de website tuchtrecht.nl zijn alle tuchtrechtelijke uitspraken te vinden die de gezondheidszorg betreffen. Via verschillende zoektermen identificeerden we 188 voor de huisartsenpost relevante uitspraken van een regionaal tuchtcollege en 41 uitspraken in hoger beroep van het Centraal tuchtcollege, gedaan tussen 1 januari 2011 en 8 april 2022. Uit de 71 (deels) gegrond verklaarde klachten selecteerden 4 huisartsen in consensus de 5 belangrijkste leerpunten. Dat zijn vooral punten waarbij in meerdere tuchtzaken vergelijkbaar handelen aan de orde kwam.



Het tuchtrecht verwacht van de huisarts dat de anamnese, het lichamenlijk onderzoek, aanvullend onderzoek en de verslaglegging adequaat zijn.

LES 1 EEN SYMPTOOM IS GEEN DIAGNOSE

In 5 tuchtzaken had de huisarts de diagnose ‘hyperventilatie’ gesteld, maar dit niet herkend als symptoom van CVA (2 keer), longembolie (1 keer), myocardinfarct (1 keer) en pneumonie (1 keer).³⁻⁷ Hyperventilatie (overmatige ademhaling) kan diverse oorzaken hebben, maar wordt het meest geassocieerd met een psychogene oorzaak, bijvoorbeeld stress bij een paniekaanval. Het kan echter ook een compensatoir symptoom zijn van hypoxie (astma, longembolie, myocardinfarct) of metabole acidose (ontregelde diabetes mellitus, sepsis). Bovendien moet hyperventilatie onderscheiden worden van acute dyspneu. Kortom: hyperventilatie is een symptoom, geen diagnose.

Behalve de genoemde tuchtzaken over hyperventilatie waren er meer waarin symptoombestrijding leidend was zonder de oorzaak na te gaan. Opioiden werden geregeld (telefonisch) voorgeschreven zonder voorafgaande fysieke beoordeling of zonder dat de oorzaak van de pijn was nagegaan. Vaak namen de patiënt of een mantelzorger vervolgens opnieuw contact op met de huisartsenpost. De les is: wanneer meer pijnstilling nodig is dan op grond van het toestandbeeld en de gediagnosticeerde aandoening te verwachten is, is fysieke (her)beoordeling aangewezen.

LES 2 STUUR EEN ACUUT ZIEKE PATIËNT IN ALS DE DIAGNOSE ONDUIDELIJK IS

In meerdere tuchtuitspraken stond centraal dat de huisarts niet adequaat of tijdig had ingeschat dat een patiënt acuut ziek was. Dit gebeurde met name bij kinderen met sepsis, dehydratie, torsio testis of meningitis. In de spoedzorg is snel beoordelen van de vitale functies en daarnaar handelen belangrijker dan de juiste diagnose. Het gaat daarbij om de ABCDE-systeematiek.⁸ De Nederlandse Triage Standaard schrijft voor dat bij elk telefonisch contact in de spoedzorg gestart wordt met een ABCDE-check. Soms volstaat een snelle controle, bijvoorbeeld vragen of er nog andere klachten zijn. Een lichamenlijk onderzoek moet altijd beginnen met een *primary survey* volgens de ABCDE-methodiek om systematisch vast te stellen welke vitale stoornissen of bedreigingen er zijn en daarnaar te handelen. Deze beoordeling kan op elk moment leiden tot een interventie, zoals zuurstof geven of direct verwijzen per ambulance. Pas als dat is afgerond en de patiënt stabiel is, is er ruimte voor diagnostisch denken in een *secondary survey*, die bestaat uit een snelle anamnese en een volledig lichamenlijk onderzoek, volgens vaste richtlijnen.

Een bekende valkuil bij patiënten die binnen enkele uren meermaals contact opnemen, is dat de bevindingen van de voorgaande hulpverlener als uitgangspunt worden genomen voor een vervolgactie of -advies, zonder opnieuw de *primary* en *secondary survey* te doen. De NHG-Triagewijzer beschouwt een tweede contact echter als een alarmsignaal dat de urgentie verhoogt en reden is om opnieuw een ABCDE-check te doen. Uit calamiteitenanalyses is overigens gebleken

DE KERN

- Verwar bij onbekende patiënten in de spoedzorg symptomen niet met een diagnose; gebruik de ABCDE-systeematiek en handel ernaar.
- Wees extra zorgvuldig met diagnostiek en vangnetadviezen als het missen van een diagnose ernstige consequenties heeft.
- Besef in de overdracht met ketenpartners dat de huisarts de diagnose stelt, niet de ambulanceverpleegkundige.
- Doe adequaat verslag van bevindingen en beleid; denk daarbij ook aan het vermelden van negatieve bevindingen.
- Het doel in de spoedzorg is niet per se een juiste diagnose, maar wel het herkennen van een acuut zieke patiënt of spoedindicatie en daarnaar handelen conform de richtlijnen en werkafspraken.

dat wanneer het eerste contact met de eigen huisarts heeft plaatsgevonden en er daarna contact is met de huisartsenpost, dit laatste lang niet altijd als tweede contact wordt herkend.

CASUS: EEN BETONSPLINTER IN HET OOG

Een patiënt meldde zich rond 18:00 uur op de huisartsenpost omdat tijdens werkzaamheden een betonsplinter in zijn rechteroog was gekomen. In eerste instantie probeerde een aios de splinter te verwijderen met een wattenstaafje en vervolgens met een blauw subcutaan naaldje. Omdat dit niet lukte, deed de huisarts [verweerster in deze zaak] zelf pogingen om met een blauw subcutaan naaldje de splinter te verwijderen. Omdat ook dit niet het gewenste resultaat had, gebruikte ze vervolgens een oogboortje met een autostop. Hierop kwam een deel van de splinter los. Bij een volgende poging om het laatste restje te verwijderen kwam er ineens helder vocht vrij en gaf patiënt aan veel minder te zien. De huisarts staakte haar pogingen en overlegde met de dienstdoende oogarts. Uit de opnamen van het telefoongesprek bleek dat de huisarts de oogarts vertelde van het opgetreden visusverlies, maar niet van het ineens vrijgekomen vocht. Op basis van dit overleg adviseerde de oogarts patiënt naar huis te laten gaan met oogzalfverband en de volgende dag naar een oogarts te laten gaan. In deze casus werd de aios en de huisarts niet verweten dat ze er niet in slaagden de splinter uit het oog te verwijderen, maar wel werd het de huisarts verweten dat zij de dienstdoende oogarts niet van alle relevante informatie had voorzien terwijl het vrijkomen van het vocht juist de reden was om contact op te nemen met de oogarts. De huisarts kreeg een waarschuwing opgelegd. [Centraal Tuchcollege voor de Gezondheidszorg, 14 september 2022.]

LES 3 WEES EXTRA ZORGVULDIG ALS HET MISSEN VAN EEN DIAGNOSE ERNSTIGE CONSEQUENTIES KAN HEBBEN

Pijn op de borst en acute pijn van het scrotum zijn 2 illustratieve tuchtzaken waarin een te late of verkeerde diagnose ernstige consequenties had: het missen van een acuut coronaair syndroom respectievelijk een torsio testis. Volgens de

NHG-Standaard Acute coronair syndroom moet je bij pijn op de borst laagdrempelig insturen vanwege de mogelijk ernstige gevolgen (levensbedreigende ritmestoornissen en op langere termijn hartfalen).⁹

Kenmerkend voor een torsio testis is een acute, scherpe pijn in de balzak. Maar bij een puber of adolescent moet ook aan een torsio testis gedacht worden bij pijn in het onderste gedeelte van de buik, de lies of het bovenbeen. Bijkomende klachten kunnen zijn: duizeligheid, misselijkheid of braken, en soms ook roodheid en zwelling van de balzak. Vermoeden van een torsio testis is een urologische spoedindicatie; het bewijs wordt geleverd met een echo. Het is noodzakelijk de bal zo snel mogelijk terug te draaien om necrose van de bal te voorkomen.¹⁰ Pijn in het scrotum als ingangsklacht leidt vrijwel altijd tot een U2-consult. De oorzaak van het missen van een torsio testis ligt dus in het vervolgtraject.

Huisartsen zien veel klachten in een vroeg stadium of patiënten met atypische klachten bij wie er (nog) sprake is van diagnostische onzekerheid, ook op de huisartsenpost. Als er in de differentiaaldiagnose een diagnose staat met een ernstige consequentie, is er eerder reden voor laagdrempelig aanvullend onderzoek of verwijzing. Een intercollegiale consultatie kan hierbij behulpzaam zijn. Hierbij geldt dat de huisarts zelf verantwoordelijk blijft voor de zorg en kritisch met de adviezen om moet gaan.

LES 4 VOLG DE BEVINDINGEN VAN DE AMBULANCEVERPLEEGKUNDIGE NIET BLINDELINGS

De overdracht en de verdeling van verantwoordelijkheden zijn belangrijke aspecten van de samenwerking tussen huisartsen en ambulanceverpleegkundigen. De tuchtcolleges concludeerden diverse keren dat de werkdiagnose van een ambulanceverpleegkundige de diagnose van de huisarts niet kan vervangen. Bij acute hoofdpijn bijvoorbeeld is het aan de huisarts en niet aan de ambulanceverpleegkundige om de diagnose 'migraine' te stellen en een subarachnoïdale bloeding uit te sluiten.¹¹ Ambulanceverpleegkundigen denken in toestandsbeelden en handelen in principe protocollair. Huisartsen zijn getraind om in diagnoses en patronen te denken. De huisarts moet dus de informatie uit de primary en secondary survey van de ambulanceverpleegkundige afzetten tegen het eigen referentiekader, en beseffen dat de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de huisarts ligt als deze de overdracht heeft geaccepteerd. Belangrijke voorwaarden om van verdere zorg af te zien, zijn een goede verklaring voor de klachten, afwezigheid van vitale stoornissen of bedreigingen, een gezamenlijke probleemdefinitie met de patiënt en een vangnetadvies. Bij twijfel over of onvolledige verklaring van de oorzaak van de klachten moet de huisarts zelf informatie verzamelen en van daaruit een toestandsbeeld vaststellen met zo mogelijk aansluitend een diagnose en beleid.

CASUS: FLAUWTE, HOOFDPIJN, BRAAKNEIGINGEN EN PIJN IN DE NEK

Op een zondag in 2011 nam de partner van een 52-jarige vrouw contact op met de huisartsenpost in verband met een ineens opgekomen gevoel van flauwte, zeer zware hoofdpijn, braakneigingen en pijn in de nek. De triagiste op de huisartsenpost trad in overleg met de huisarts (verweerder in deze zaak), die vervolgens besloot dat een ambulance naar patiënte moest worden gestuurd in verband met het vermoeden van een subarachnoïdale bloeding.

De ambulancebroeder deed ter plaatse onderzoek en nam vervolgens contact op met de huisartsenpost omdat de situatie die hij aantrof toch anders was dan de triagiste in eerste instantie had doorgegeven. Besproken werd onder andere dat patiënte was flauwgevallen na de toiletgang, op de trap was gaan zitten en vervolgens op eigen kracht naar de woonkamer was gegaan. Op grond van dit overleg en de bevindingen van de ambulancebroeder had de huisarts vervolgens geconcludeerd dat het waarschijnlijk ging om spanningshoofdpijn of migraine. Op dat moment werd besloten mevrouw niet naar het ziekenhuis te vervoeren. Wel kregen de patiënte en haar partner instructies en een terugbelafspraak. Nog voordat de afspraak kon worden nagekomen was patiënte niet meer aanspreekbaar en werd via de huisartsenpost wederom een ambulance gestuurd. In het ziekenhuis bleek vervolgens dat zij toch een subarachnoïdale bloeding had.

Het tuchtcollege legde een waarschuwing op, overwegende 'dat de ambulancebroeder weliswaar uitgebreid en zorgvuldig onderzoek heeft gedaan, maar dat verweester aan de observaties van de ambulancebroeder de verkeerde consequenties heeft verbonden. Het goed aanspreekbaar zijn en het ogenschijnlijk ontbreken van neurologische verschijnselen is onvoldoende reden om een subarachnoïdale bloeding uit te sluiten, gezien het klachtenpatroon dat vanaf de eerste melding in feite niet veranderd bleek te zijn. Daarbij komt dat een ambulancebroeder slechts een globaal neurologisch onderzoek verricht en niet competent is om een subarachnoïdale bloeding te bevestigen dan wel te ontkrachten. Verweester had dus niet op de bevindingen van de ambulancebroeder mogen afgaan maar had zelf onderzoek moeten verrichten of patiënte naar het ziekenhuis moeten laten vervoeren.' [Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, 2 april 2013.]

LES 5 WAT IS NAGEVRAAGD OF ONDERZOCHT MOET WORDEN OPGESCHREVEN

Diverse uitspraken hadden betrekking op onvolledige dossiervoering. De regel 'wat is nagevraagd of onderzocht moet worden opgeschreven' bevordert de kwaliteit van de zorg. Het registreren biedt gelegenheid voor een korte reflectie: zijn de juiste vragen gesteld, was het lichamenlijk onderzoek volledig, is er een (voorlopige) diagnose gesteld en is het beleid – inclusief vangnetadvies – besproken? In het vervolgtraject is deze zorginhoudelijke informatie bovendien onmisbaar, niet alleen bij een meningsverschil, claim of (tucht)klacht, maar ook voor de continuïteit van zorg: bij consultondersteuning (formulier), medicatieveiligheid, medicatieoverdracht, adequate verwijzing en gedeelde zorg, zoals op een huisartsenpost.¹² Dit betekent ook dat elke huisarts rekening moet houden met tekortkomingen in de registratie en overdracht, en niet moet handelen vanuit veronderstellingen. Het blijft naar het inzicht van de huisarts welke bevindingen en negatieve gegevens relevant zijn om te vermelden in het licht van de klacht en de betreffende richtlijn.

BESCHOUWING

We bespraken 5 belangrijke lessen uit het tuchtrecht die een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost. De hier gekozen lessen zijn natuurlijk niet de enige. De jurisprudentie is erg casuïstisch en het tuchtrecht is afhankelijk van de ingediende klachten van patiënten. In de ruim 11 door ons bekeken jaren werden slechts 71 tuchtklachten gegrond verklaard. Dat is een extreem kleine fractie van het aantal handelingen dat in die 11 jaar op huisartsenposten is uitgevoerd. Er zit dus een zekere bias in onze leerpunten: wij kozen ze omdat het handelen betrof dat in meerdere tuchtzaken leidde tot een tuchtrechtelijk verwijt en we hopen dat kennismaken van deze lessen de lezer behoedt voor soortgelijk handelen. De belangrijkste boodschappen zijn dat elke acuut zieke patiënt via de ABCDE-systematiek moet worden getrieerd, onderzocht en behandeld, en dat ook bij een ABCDE-stabiele patiënt nader onderzoek naar de symptomen noodzakelijk is. Daarnaast zijn volledige verslaglegging en goede afspraken over ieders verantwoordelijkheid noodzakelijke elementen in de zorgketen. ■

LITERATUUR

1. KNMG. Dossier tuchtrecht. <http://www.knmg.nl>, geraadpleegd 19 september 2022.
2. Herregodts R, Bol C, Weenink J, Hertogh M. Toekomstbestendig tuchtrecht: De lerende werking van het tuchtrecht en team- en netwerkverantwoordelijkheid in het tuchtrecht op grond van de Wet BIG. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2022.
3. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, 13 december 2017. ECLI:NL:TGZREIN:2017:130, geraadpleegd november 2022.

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

Venderink W, Van Dijk BG, Verhoef P, Ouwendijk E, Patrick Dielissen PW. Vijf lessen uit tuchtklachten over de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2023;66(2): 18-23. DOI:10.1007/s12445-022-2154-y. Erasmus MC, afdeling Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, Rotterdam: dr. mr. W. Venderink, radioloog en jurist. Huisartsenpost Nijmegen: B.G.H. van Dijk, huisarts en kaderarts spoedzorg; P. Verhoef, huisarts en kaderarts spoedzorg. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Voortgezette opleiding tot Huisarts, Nijmegen: E. Ouwendijk, huisarts en medisch adviseur huisartsenpost Nijmegen; dr. P.W. Dielissen, huisarts: pdielissen@mc-onderdelinde.nl. Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

H&W nu ook te volgen via social media

Huisarts en Wetenschap is nu ook te volgen via Facebook, Twitter, LinkedIn en Instagram. Hier houden wij u op de hoogte van de nieuwste artikelen en ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied. Ook kunt u uw kennis bijspijkeren en 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.





Wie is Hein van Hout?

Hein van Hout is sinds 2019 hoogleraar 'Zorg voor Ouderen met een Kwetsbare Gezondheid in de eerste lijn.' Daarnaast is hij bestuurder van NEDRAI en interRAI, kennisnetwerken die [door] ontwikkeling en gebruikers van instrumenten ondersteunen.

Oratie: Van Hout HPJ. Zorg voor ouderen, tussen droom en werkelijkheid. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2022.

‘Een goede organisatie van ouderenzorg begint met een gemeenschappelijke visie’

Patrick Marx, Pieter Buis

In de oratie van hoogleraar Hein van Hout staat het perfectioneren van de ouderenzorg centraal. Enerzijds door efficiënt gebruik van beslisondersteuning. Anderzijds door betere organisatie van zorg. Dit kan helpen kwetsbare ouderen eerder op het spoor te komen, zodat ze de juiste zorg krijgen en zorgcrises vermeden worden.

De basis voor het hoogleraarschap van gezondheidswetenschapper en psycholoog Hein van Hout was de onderzoeklijn die hij opzette naar de detectie van depressie en dementie bij ouderen bij het VUmc. Ook zijn promotieonderzoek ging over dementie.

‘Het lukt de meerderheid van de ouderen tot aan hun dood zelfstandig te leven’

Zelfstandig leven

Van Hout gaf zijn oratie de titel: ‘Zorg voor ouderen, tussen droom en werkelijkheid.’ De werkelijkheid en de droom gaan voor hem hand in hand. In zijn oratie noemt hij zijn opa die gezond oud werd in een kleine gemeenschap. ‘Op zijn negentigste hakte hij nog bomen. Hij woonde in bij een dochter en een zoon. Hoewel hij vergeetachtig werd, is hem een lange periode van afhankelijkheid bespaard gebleven.’

Ouderen en hun verzorgers dromen van zo’n scenario, waarin ouderen tot kort voor hun dood relatief zelfstandig en gezond leven. De praktijk blijkt weerbarstig. ‘Hoe ouder je wordt, hoe groter de kans dat je cognitief achteruitgaat. Boven de 90 jaar wordt zo’n 30 tot 40% van de ouderen als gevolg van dementie afhankelijk van zorg. Dat is overigens nog steeds de minderheid. Hoewel 9 van de 10 ouderen sterft met minstens 1 aandoening onder

de leden, lukt het de meerderheid dus tot aan hun dood zelfstandig te leven.’

Beslisondersteuning

Van Hout gebruikt zijn hoogleraarschap om de ouderenzorg in de eerste lijn langs 2 pijlers te perfectioneren: door betere beslisondersteuning en door een betere organisatie van de zorg. Onderzoekers proberen sinds jaar en dag de huisarts te helpen met beslisondersteuning die op basis van gegevens uit het HIS automatisch alarm slaat bij kwetsbare patiënten. Van Hout: ‘We onderzoeken bijvoorbeeld een beslisondersteuning die aangeeft of een oudere patiënt een verhoogd risico heeft op een ongeplande ziekenhuisopname. Je kunt deze op individueel niveau gebruiken en kijken of de patiënt die voor je zit een verhoogd risico heeft. Je kunt ook kijken op populatieniveau en bijvoorbeeld 2 keer per jaar al je patiënten screenen, zodat je een goed beeld krijgt van de patiënten met een verhoogd risico op een ongeplande opname.’ Bij een vergelijkbaar Canadees project leidde screening tot 20% minder ongeplande ziekenhuisopnames door gerichte begeleiding van verpleegkundigen en zelfzorg.

Miljoenen casussen

Op internationaal gebied coördineert van Hout de I-CARE4OLD-studie waaraan 8 landen meedoen. ‘We combineren data van miljoenen mensen. Het gaat om beoordelingen van het functioneren met interRAI-instrumenten die we koppelen aan gegevens uit bevolkingsregisters en de zorg. InterRAI is een internationaal netwerk waaraan ruim 150 experts uit meer dan 30 landen verbonden zijn. Zij ontwikkelen en onderhouden instrumenten met ingebedde beslisondersteuning op het fysieke, mentale en sociale domein. Diverse onderzoeken laten een gunstig effect zien van het werken met deze instrumenten. In meerdere landen worden ze grootschalig omarmd, met name in de ouderenzorg. Er zijn ook compacte versies beschikbaar en sinds kort een zelfinvulversie, die passen bij de eerste lijn.

Door de gegevens van je huidige patiënt te vergelijken met gelijksoortige patiënten van wie je de historie al kent, krijg je een beeld over hoe het de patiënt mogelijk zal vergaan. I-CARE4OLD geeft antwoord op vragen als: wat is de levensverwachting van vergelijkbare ouderen in dezelfde situatie? Of: hoe groot is de kans op verslechtering van mobiliteit, langdurige opname in een zorginstelling, of een ongeplande ziekenhuisopname? Maar ook: draagt een specifieke behandeling bij om het functioneren beter op peil te houden? Het helpt bij het maken van een planning rond de laatste levensfa-

‘Beslisondersteuning kan helpen om de juiste populatie te identificeren die baat kan hebben bij begeleiding’

se en het anticiperen op de wenselijkheid van behandelingen of ziekenhuisopnames. Mocht de oudere volgens de voorspelling van I-CARE4OLD nog lang stabiel blijven, dan helpt dat ook bij het beter inrichten van de thuissituatie. Aan het eind van het project testen we dit met ondersteunende software.’ Een voorbeeld van beslisondersteuning in de eerstelijns ouderenzorg dat al tot de praktijk is doordrongen, is het Utrechtse UPRIM dat kwetsbare ouderen uit het HIS filtert. Van Hout: ‘Het systeem signaleert nu te veel ouderen, maar heeft wel degelijk potentie. UPRIM verdient daarom verbetering, zodat het gericht kwetsbare groepen uit het HIS kan filteren.’

Ontbrekend bewijs

De hoogleraar wil uitzoeken welke beslisondersteuning het meest toepasbaar zijn voor de ouderenzorg in de eerste lijn. Deze vraag is om meerdere redenen relevant. Toen onderzoek naar interventies bij ouderen opkwam, zo’n 10 jaar geleden, vonden menige onderzoeken maar een beperkt effect op het functioneren. Van Hout: ‘Veel studies includeerden nog redelijk vitale mensen, soms al vanaf de leeftijd van 65 jaar, en dat is een veel te brede en gezonde populatie om effect te zien. Het zorgde ook voor verwarring bij zorgverzekeraars, die zich afvroegen of ze wel moesten inzetten op deze interventies. We zien in onze eigen onderzoeken dat de kwetsbaarste groepen wel degelijk baat hebben bij proactieve interventies. Dat bleek na 18 maanden al kostenneutraal, waarmee de inzet van onder meer de POH en tijd voor multidisciplinair overleg is terugverdiend. Beslisondersteuning kan dus helpen om de juiste populatie te identificeren die baat kan hebben bij begeleiding.’

Organisatie van zorg

Als er dan uiteindelijke goede, gevalideerde en breed implementeerbare interventies zijn, wie gaat ze dan gebruiken? Met andere woorden: hoe organiseren we de ouderenzorg zo

optimaal mogelijk? Vaak wordt naar de POH Ouderenzorg gewezen als het om de ouderenzorg in de eerste lijn gaat. ‘Die POH Ouderenzorg is echter nog geen gemeengoed’, zegt Van Hout. ‘In Amsterdam bijvoorbeeld, zijn ze vooral in de vergrijsde wijken en praktijken actief.’

Er zijn grote verschillen in de organisatie van de ouderenzorg, zowel tussen als binnen regio’s. Die verschillen zijn versterkt na de afschaffing van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten in 2015. ‘Voor die tijd waren bijvoorbeeld de casemanagers dementie heel succesvol’, zegt van Hout. ‘In heel Nederland bestonden netwerken die samenwerkten met huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Na de transitie stortten veel netwerken in, met name in regio’s zonder gemeenschappelijke visie op dementiezorg.’ De gevolgen zijn groot, merkt Van Hout. ‘In Noord-Holland Noord, met een gedeelde visie, wordt circa 40% van de mensen met dementie begeleid door een casemanager. Dat is veel aangezien ongeveer de helft van de mensen met dementie nog niet in beeld van zorg zijn. In Amsterdam werd enkele jaren terug 15% van de ouderen met dementie op die manier begeleid.’

Gemeenschappelijke visie

Dit voorbeeld geeft aan dat een goede organisatie van de ouderenzorg in de eerste lijn begint met een gemeenschappelijke visie. Langzaam maar zeker zien regio’s de noodzaak van zo’n visie in. In Haarlem, bijvoorbeeld, lukte het om alle thuiszorgorganisaties samen met de huisartsenkoepel te brengen. Er is nu 1 meldpunt voor kwetsbare ouderen. Hierdoor is er minder behoefte aan een POH Ouderenzorg; de regie voor de zorg ligt bij de thuiszorgorganisaties. ‘De huisarts of de POH Ouderenzorg hoeven dus niet per se de regie voor de ouderenzorg op zich te nemen, als er maar goede afspraken zijn over wie de regisseur is’, aldus van Hout.

Van droom naar werkelijkheid

Stel: iedere Nederlandse regio ontwikkelt een goede visie op de ouderenzorg en voert deze succesvol uit. Wat meer kan Van Hout zich dan nog wensen? Stiekem droomt hij van *blue zones*. Plekken op de wereld waar mensen van nature gezond oud worden, zoals Sardinië, Okinawa in Japan of de wijk Lima Loma in Los Angeles. Bewoners van blue zones worden gezonder oud door een combinatie van een gezonde leefstijl en sociale betrokkenheid. Misschien leefde Van Hout’s opa wel in een blue zone waar hij in een kleine dorpsgemeenschap op zijn negentigste nog bomen kon hakken.

In Bakkeveen zette een huisartsenpraktijk het project Bloei-zone op, waar volgens de principes van de blue zones sterk ingezet wordt op leefstijl, sociale betrokkenheid en betekenisvolle bezigheden voor ouderen. De eerste stappen naar het creëren van blue zones lijken daarmee gezet. Wie weet wordt de droom van Van Hout langzaam maar zeker werkelijkheid, dankzij alle inspanningen om de eerstelijns ouderenzorg naar een hoger plan te tillen. ■

Verhoogd cardiovasculair risico na pre-eclampsie

Barbara Klein Bramel, Marja-Liisa Hendriks, Ibo Souwer

Pre-eclampsie is een risicofactor voor cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd. Het is belangrijk dat vrouwen met pre-eclampsie in de voorgeschiedenis hiervan op de hoogte worden gesteld, zodat ze preventieve maatregelen kunnen nemen. Wij vinden dat het tot de taken van de huisarts behoort om deze vrouwen over het verhoogde cardiovasculaire risico te informeren.

CASUS

Mevrouw 't Hart bezoekt haar huisarts voor cardiovasculair risicomangement. Ze is 60 jaar en was altijd gezond, maar heeft 2 maanden geleden een acuut coronair syndroom doorgemaakt. Desgevraagd blijkt dat ze op 30-jarige leeftijd tijdens haar zwangerschap opgenomen is geweest met pre-eclampsie. In het HIS van de praktijk is daar niets over terug te vinden.

De klinische diagnose pre-eclampsie kunnen we stellen op basis van een klachtenpatroon, in combinatie met zwangerschapshypertensie én proteïnurie [**kader 1**].¹ We spreken van vroege pre-eclampsie wanneer de aandoening bij een zwangerschapsduur van minder dan 34 weken ontstaat.² Er zijn risicofactoren voor pre-eclampsie bekend [**kader 2**].² Vrouwen met pre-existente hypertensie, een eerder doorgemaakte pre-eclampsie of met het antifosfolipidensyndroom lopen het grootste risico op het ontwikkelen van pre-eclampsie.³ De prevalentie van pre-eclampsie ligt in Nederland tussen de 3 en 5% van alle zwangerschappen.⁴ In 2021 was het totaal aantal geboorten in Nederland 179.441.⁵ Bij 5000 tot 9000 zwangerschappen was in dat jaar dus sprake van pre-eclampsie. Bij het ontstaan van *vroege* pre-eclampsie spelen problemen in de ontwikkeling van de placenta, de placentatie, een belangrijke rol. De ingroei en aanpassing van de spiraalarteriën in de placenta verlopen verstoord, waardoor de placenta niet goed kan innestelen. Dit leidt in de loop van de zwangerschap tot hypoxie en schade aan de placenta, wat zich uit in foetale groeivertraging en bij de moeder in een systemische vasculaire inflammatoire respons, die endotheelactivatie geeft. Deze endotheelactivatie leidt tot hypertensie en proteïnurie.⁶ Verstoorde placentatie als oorzaak voor pre-eclampsie zien we vaker bij vrouwen met pre-existente vaatproblematiek/hypertensie. Bij *late* pre-eclampsie lijkt een ander pathofysiologisch proces

een rol te spelen. Meestal is hier geen sprake van een slechte innesteling van de placenta en dus ook niet van foetale groeivertraging. Wel lijkt de placenta meer signaalmoleculen af te geven, waardoor we endotheelactivatie bij de moeder zien. De verhoogde afgifte van signaalmoleculen kan plaatsvinden op basis van immunologische risicofactoren. Dit zijn onder andere nullipariteit en korte blootstelling aan paternale antigenen (denk aan: barrière-anticonceptie tot aan de conceptie, een nieuwe partner, gameetdonatie, enzovoort). Ook kunnen vasculaire factoren een rol spelen (onder andere chronische hypertensie, obesitas, nierziekten). Hierbij kunnen we de zwangerschap als een soort 'stresstest' van het cardiovasculair systeem beschouwen.⁶

[VROEGE] PRE-ECLAMPSIE VERHOOGT HET CARDIOVASCULAIR RISICO

Vrouwen die *vroege* pre-eclampsie hebben doorgemaakt blijken later 3 maal zo vaak hypertensie te ontwikkelen als andere vrouwen.⁷ Het risico op het doormaken van een cardiovasculair event tussen de 50 en 70 jaar verdubbelt.⁸ Nederlandse onderzoekers hebben de prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren na het doormaken van vroege pre-eclampsie met die na een late pre-eclampsie vergeleken. In de vroege-pre-eclampsiegroep bleek 45% hypertensie te hebben (screeningsmoment gemiddeld 7 maanden post partum). In de late-pre-eclampsiegroep was dit 25% (screeningsmoment gemiddeld 2,5 jaar post partum).⁹ Aangezien cardiovasculaire ziekten doodsoorzaak nummer 1 zijn bij vrouwen, is het belangrijk om vast te stellen welke vrouwen een verhoogd cardiovasculair risico hebben.¹⁰ Een interessante vraag is of er specifieke risicofactoren zijn voor pre-eclampsie die later in het leven ook cardiovasculaire ziekten veroorzaken, of dat pre-eclampsie zelf een risicofactor is voor cardiovasculaire ziekten.^{2,8} We kunnen deze vraag niet goed beantwoorden, omdat we de pathofysiologie van pre-eclampsie nog niet volledig begrijpen. In het HUNT-onderzoek in Noorwegen, waarbij de onderzoekers een groot cohort gedurende 20 jaar volgden, is bij 3225 vrouwen gekeken naar cardiovasculaire risicofactoren (zoals BMI, bloeddruk en het lipidenprofiel) voor en na de zwangerschap. De resultaten lijken erop te wijzen dat het positieve verband tussen pre-eclampsie en zwangerschapshypertensie met een later verhoogd cardiovasculair risico grotendeels samenhangt met een al verhoogd cardiovasculair risico vóór de zwangerschap.¹¹

DE KERN

- [Vroege] pre-eclampsie is een risicofactor voor cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd.
- Goede registratie van [vroege] pre-eclampsie is belangrijk, zodat we deze vrouwen kennen en kunnen bereiken.
- Wij pleiten voor het informeren van vrouwen over het verhoogde cardiovasculaire risico na het doormaken van pre-eclampsie en het bespreken van preventieve maatregelen met de patiënt.

De American Heart Association benadrukt dat bij cardiovasculaire risicoanalyse bij vrouwen de zwangerschapshistorie meegenomen moet worden en dat pre-eclampsie zelf gezien moet worden als een risicofactor. Hoe het verhoogde risico op cardiovasculaire ziekten door pre-eclampsie vertaald moet worden naar de praktijk is *work in progress*. Er wordt nog onderzoek gedaan om te bepalen of surveillance (vaker of vroeger) of farmacologische interventies zinvol zijn.²

Wij denken dat (vroege) pre-eclampsie een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd en dat een vorm van preventie voor deze groep zinvol is.

ONDERRAPPORTAGE VAN PRE-ECLAMPSIE IN HET HIS

In juli 2022 deden we in 3 normpraktijken in Noord-Holland (met in totaal 3177 vrouwen van 18 jaar en ouder) een search in het elektronisch patiëntendossier. Tussen 1970 tot 2022 werden slechts 752 zwangerschappen geregistreerd en werd 21

keer de episode Toxicose/preëclampsie of HELLP-syndroom gebruikt. Omdat het gemiddelde kindertal per vrouw in die periode tussen de 2,15 (1972) en 1,62 (2021) lag, hadden we rond de 6000 geregistreerde zwangerschappen verwacht, waarvan ongeveer 300 gecompliceerd door pre-eclampsie.^{4,5} Er is dus sprake van een enorme onderregistratie. We vermoeden dat dit beeld in de meeste huisartsenpraktijken niet anders is. Wellicht is het aantal geregistreerde zwangerschappen zo laag doordat deze informatie niet altijd in het patiëntendossier van de huisarts terechtkomt omdat verloskundigen en gynaecologen zwangerschappen begeleiden. Daarnaast is het mogelijk dat huisartsen voor een volgende zwangerschap niet altijd een nieuwe episode aanmaken. Dat het vervolgen van zwangerschappen niet bij de huisarts gebeurt zal ook een belangrijke oorzaak zijn van de slechte registratie van pre-eclampsie.

Onderscheid tussen pre-eclampsie en vroege pre-eclampsie werd niet gemaakt, wat ook onmogelijk is omdat er maar 1 ICPC-code is voor pre-eclampsie.

Wij pleiten ervoor om (vroege) pre-eclampsie goed te registreren in het elektronisch patiëntendossier (W81.02 Toxicose/preëclampsie), zodat we deze vrouwen kennen en kunnen bereiken voor preventieve maatregelen.

EEN PREVENTIEVE KERNTAAK

Op dit moment zijn er wel adviezen voor het vervolgen van vrouwen met pre-eclampsie, maar geen eenduidige richtlijnen. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement adviseert bij vrouwen met pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie in de voorgeschiedenis vanaf de leeftijd van 45 jaar elke 5 jaar een screening op hypertensie en diabetes te overwegen.¹ De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) geeft in haar richtlijn het advies op 50-jarige leeftijd een risicoprofiel op te stellen volgens de NHG-Standaard Car-

KADER 1 — PRE-ECLAMPSIE¹

Klachten in de zwangerschap die op pre-eclampsie kunnen wijzen:

- pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen;
- misselijkheid en/of braken, ziek of griepachtig gevoel [zonder koorts]
- hoofdpijn [erger wordend, geen baat bij pijnstillers]
- plotseling vocht vasthouden in het gezicht, de handen of voeten
- visusklachten [sterretjes zien, lichtflitsen, dubbelzien]

Zwangerschapshypertensie:

- systolische bloeddruk \geq 140 mmHg; en/of
- diastolische bloeddruk \geq 90 mmHg
- bij een vrouw die een normale bloeddruk had voor de zwangerschap

Proteinurie:

- 300 mg eiwit per 24 uur

KADER 2 — RISICOFACTOREN VOOR HET ONTSTAAN VAN PRE-ECLAMPSIE²

- Hypertensie
- Antifosfolipidensyndroom
- Systemische lupus erythematosus
- Diabetes mellitus
- Chronische nierziekten
- Pre-eclampsie, placentaruptuur, intra-uteriene groeiachterstand of doodgeboorte in de voorgeschiedenis
- BMI > 30 voor de zwangerschap
- Meerlingzwangerschap
- Eerste zwangerschap
- Leeftijd van de moeder > 40 jaar
- Lange periode tussen zwangerschappen (> 5 jaar)
- Laag opleidingsniveau
- Fertiliteitsbehandeling
- Roken



[Vroege] pre-eclampsie is een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd.

Foto: Shutterstock

diovasculair risicomanagement.¹² De factsheet van de NVOG raadt aan na pre-eclampsie een gezonde levensstijl na te streven en iedere 2 tot 5 jaar bloeddrukcontrole bij de huisarts te laten verrichten.¹³

Er zijn geen adviezen geformuleerd over de vraag wanneer deze vrouwen geïnformeerd moeten worden over hun verhoogde cardiovasculaire risico en wie hier verantwoordelijk voor is. Wachten tot deze patiënten in de risicotabel CVRM passen en dan pas tot actie overgaan, strookt volgens ons niet met de nieuw geformuleerde (preventieve) kerntaken van de huisarts: 'Het signaleren en bespreekbaar maken van gezondheid en leefstijl en het voorkomen van (complicaties van) chronische ziekten'.¹⁴ Omdat we mogen aannemen dat een gezonde leefstijl ook in deze groep het cardiovasculair risico verlaagt, behoort het informeren over de risico's en adviseren over een gezonde leefstijl tot de preventieve kerntaken van de huisarts. Wij pleiten ervoor dat huisartsen vrouwen informeren over het verhoogde cardiovasculaire risico na het doormaken van pre-eclampsie, 6 maanden na de bevalling. Kennis over de doorgemaakte aandoening en welke risico's deze met zich meebrengt stelt vrouwen in staat leefstijlaanpassingen te doen die het cardiovasculair risico verlagen. Patiënten kunnen op deze manier zelf weloverwogen keuzen maken. Ook kunnen

huisartsen met hen bespreken hoe ze verder vervolgd willen worden. Bijvoorbeeld iedere 2 tot 5 jaar een bloeddrukcontrole (zoals de NVOG adviseert) of vanaf de leeftijd van 45 jaar vijfjaarlijks een screening (zoals het NHG adviseert).

CONCLUSIE

(Vroege) pre-eclampsie is een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd. Wij pleiten voor het goed registreren van de diagnose pre-eclampsie in het elektronisch patiëntendossier, het informeren van vrouwen over het verhoogde cardiovasculaire risico na het doormaken van pre-eclampsie en het bespreken van preventieve maatregelen. Mogelijk kunnen zo cardiovasculaire events, zoals mevrouw 't Hart in de casus overkwam, voorkomen worden. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Richtlijnen. nhg.org. Utrecht: NHG, 2019. Geraadpleegd op 8 juli 2022.
2. Burton GK, Redman CW, Roberts JM, Moffett A. Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications. *BMJ* 2019;366:l2381.
3. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG; High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ* 2016;353:i1753.

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



Lees ook: Van den Belt SM, Feijen-de Jong EI. Veiligheid van aspirine bij preventie van pre-eclampsie. *Huisarts Wet* 2023;66(2):46-7. DOI:10.7/s12445-022-2161-z.

Klein Bramel BR, Hendriks ML, Souwer IH. Verhoogd cardiovasculair risico na pre-eclampsie. *Huisarts Wet* 2023(2);27-9. 66:DOI: 10.1007/s12445-022-3269-4.

Heiloo, B.R. Klein Bramel, waarnemend huisarts, bkleinbramel@gmail.com. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling huisartsgeneeskunde, huisartsopleiding AMC, Amsterdam: dr. M.L. Hendriks, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie; dr. I.H. Souwer, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Constitutioneel eczeem: soms complex, maar goed te behandelen

Aviël Ragamin, Karlijn van Halewijn, Suzanne Pasmans, Patrick Bindels

Constitutioneel eczeem (CE) is wereldwijd een van de meest voorkomende, goed behandelbare huidaandoeningen. De behandeling kan echter mislukken doordat de patiënt bijvoorbeeld tegenstrijdige informatie krijgt of corticofobie heeft. Goede voorlichting en smeerinstructies zijn daarom cruciaal. Reden genoeg voor een praktische nascholing.

Constitutioneel eczeem (CE) is de meest voorkomende chronische inflammatoire huidziekte.¹ De geschatte zelfgerapporteerde prevalentie is hoogstens 20% bij kinderen en 10% bij volwassenen.¹ CE wordt gekenmerkt door intense jeuk en terugkerende erythematosquameuze plaques. Ongeveer 85% van de patiënten heeft een mild eczeem en ongeveer 15% heeft een matig-ernstig eczeem.² De klachten kunnen effect hebben op de patiënt en hun naasten, de nachtrust verstoren en leiden tot een laag zelfbeeld en psychische stress.¹ We laten zien hoe u als huisarts chronische patiënten met CE kunt benaderen en succesvol kunt behandelen.

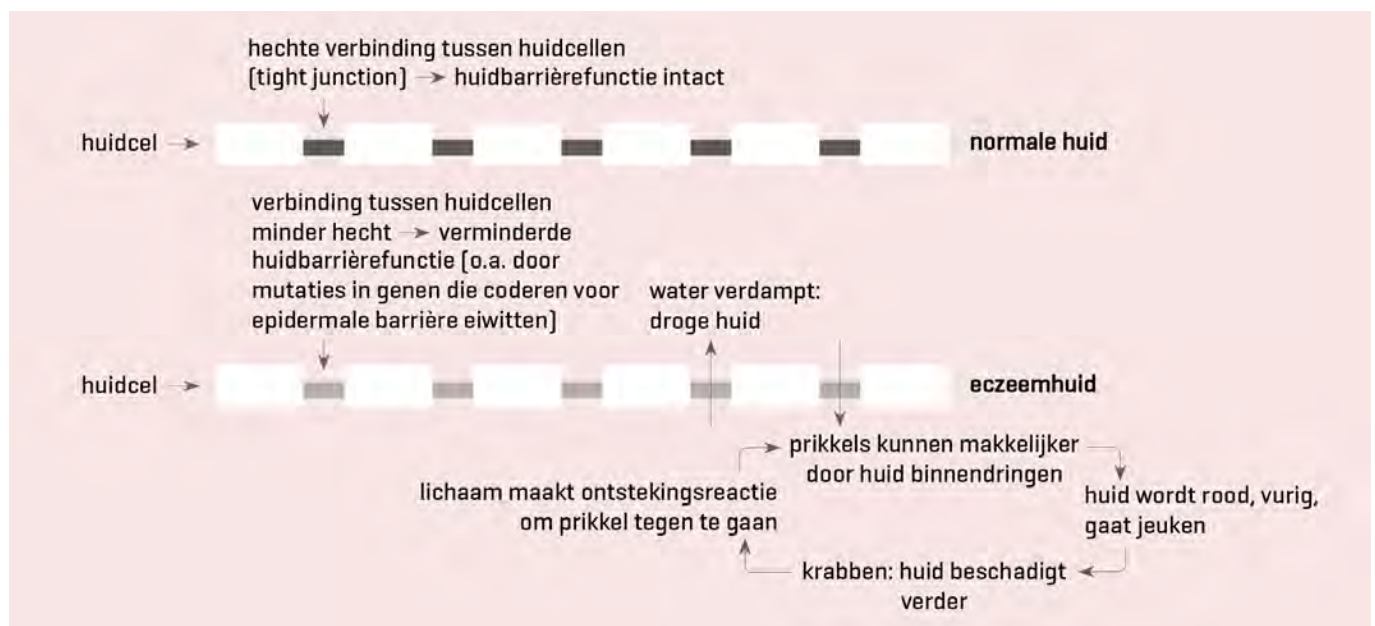
PATHOFYSIOLOGIE

De pathofysiologie van CE omvat een complexe wisselwerking tussen een disfunctionele huidbarrière, afwijkingen in het microbioom van de huid en disregulatie van het immuunsysteem [figuur 1].¹

Bij CE kunnen verschillende elementen in de huid afwijkend zijn, waardoor de huidbarrièrefunctie afneemt. Een van die afwijkende elementen is een tekort aan filaggrine. Hierdoor kan de huid water minder goed vasthouden (waardoor een droge huid ontstaat) en kunnen exogene prikkels de huid binnendringen (allergenen, antigenen en irritantia). Ook veranderen de afwijkende elementen de samenstelling van het microbioom op de huid, waardoor vooral *Staphylococcus aureus* de overhand kan krijgen en toxines kan vrijlaten. Door het tekort aan filaggrine in het immuunsysteem ontstaat in de huid een overwegend T-helper- type 2 gemedieerde immuunreactie. De cytokinen die bij deze ontstekingsreactie vrijkomen, veroorzaken jeuk, waarna krabben de huid verder beschadigt.

Figuur 1

De pathofysiologie van constitutioneel eczeem



DIAGNOSTIEK

Een goede anamnese richt zich naast het vaststellen van de diagnose op het in kaart brengen van onderhoudende factoren (bijvoorbeeld frequent, te lang en te warm douchen met doucheegel), (onjuist) gebruik van vette zalven en de manier waarop wordt gesmeerd en waar wordt gesmeerd, het inventariseren van de ziektelast (hinder in het dagelijks leven en een verstoorde nachtrust) en de hulpvraag van de patiënt.³ Informeer naar het gebruik van indifferente middelen, lokale corticosteroïden en zelfmedicatie.^{4,5} Vraag naar de frequentie en de hoeveelheid (bijvoorbeeld door te vragen hoelang het duurt voordat een tube leeg is).

Het lichamelijk onderzoek is gericht op het verkrijgen van een volledig beeld van de aard (erytheem, oedeem, papels, krabefecten, blaasjes, korstjes, schilfering, lichenificatie) en lokalisatie van de huidafwijkingen.³ Inspecteer en palpeer de aangedane én de niet-aangedane huid. Zeker bij een donkere huid kan het lastig zijn om erytheem waar te nemen. Palpatie kan dan meer inzage geven in de uitgebreidheid van het huidbeeld, waarbij u een ruwere huid als aangedaan kunt beschouwen.⁶ Wanneer u erytheem ziet op een donkere huid, kunt u ervan uitgaan dat het erytheem ten minste tweemaal zo intens is als bij een lichte huid. Vraag tijdens het lichamelijk onderzoek op welke plekken de corticosteroïden worden gesmeerd.

De diagnose CE stelt u op basis van klinische criteria.⁷ Het belangrijkste criterium is jeuk: een actief huidbeeld zonder jeuk is geen CE. Om de diagnose CE formeel te kunnen bevestigen moet er daarnaast voldaan zijn aan ten minste 3 andere criteria: klachten van een droge huid in het afgelopen jaar, begin van de aandoening onder de leeftijd van 2 jaar, onder de 4 jaar zichtbare huidafwijkingen op wangen, voorhoofd of strekzijde van de extremiteiten, bij kinderen vanaf 4 jaar zichtbare huidafwijkingen in elleboogplooien, knieholten, de voorzijde van de enkels, de nek of rond de ogen, een voorgeschiedenis van huidafwijkingen op de buigzijden van de extremiteiten (elleboogplooien, knieholten, de voorzijde van de enkels), in de nek, rond de ogen dan wel op de wangen, het voorhoofd of de strekzijde van de ledematen, of astma of allergische rinitis nu of in het verleden of bij een eerstegraadsfamilieid.

Aanvullend onderzoek bij vermoeden van CE is zelden nodig.³ Bloedonderzoek heeft geen consequenties voor de behandeling van CE en is daarom niet geïndiceerd.⁸ Wanneer u

CASUS: EEN JONGETJE MET JEUK EN ECZEEM

Sem [3 jaar] komt samen met zijn moeder als nieuwe patiënt op uw spreekuur. Zijn moeder vertelt dat Sem al eczeem had toen hij 6 maanden oud was. Het eczeem was volgens moeder altijd 'goed' onder controle te krijgen door soms te smeren met triamcinolonacetonide 0,1%-zalf. Sinds enkele maanden heeft hij veel meer jeuk en is het eczeem fors uitgebreid. Zijn moeder geeft aan dat de jeuk ook grote impact heeft op de nachtrust van Sem en zijn ouders. Daarnaast wil ze graag weten waar het eczeem vandaan komt. Bij het lichamelijk onderzoek ziet u onscherp begrensde erythematosquameuze plaques met lichenificatie en uitgebreide krabeffecten, verspreid over de romp en in de plooien. Daarbij is 50% van het lichaam aangedaan. U stelt de diagnose ernstig CE.

DE KERN

- Constitutioneel eczeem [CE] is een goed behandelbare ziekte.
- Kennis van de aandoening en behandeling bij zorgverleners én patiënten is noodzakelijk voor een goede uitkomst.
- Verschillende factoren, zoals tegenstrijdige informatie en corticofobie, kunnen de behandeling doen mislukken. De huisarts speelt een belangrijke rol bij het correct voorlichten van patiënten en het geven van smeerinstructies.
- Een inadequate uitvoering is een belangrijke reden voor het mislukken van de behandeling. Evalueer de 'uitvoering' van de behandeling daarom in detail.

vermoedt dat de patiënt los van het eczeem of contactallergie (zeldzaam vóór de puberteit) een voedselallergie heeft, is het raadzaam naar een kinderarts-allergoloog te verwijzen.

BEHANDELING

Voorlichting is het belangrijkste onderdeel van de behandeling en bestaat uit informatie geven over de volgende punten.^{3,9}

- De etiologie: leg uit dat de precieze oorzaak onbekend is en dat aanleg en omgevingsfactoren een rol spelen. De oorzaak van het eczeem is niet een voedselallergie. Kinderen met matig-ernstig eczeem hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een voedselallergie, astma en allergische rinitis.
- Het beloop: CE is een chronisch recidiverende huidaandoening, waarbij periodes van opvlammingen worden afgewisseld met periodes met minder of geen klachten.
- Het doel van de behandeling: het kind klachtenvrij krijgen en zelfmanagement bevorderen. CE kan niet genezen worden, maar 80% van de patiënten heeft op 15-jarige leeftijd geen klachten meer. Bij de kinderen bij wie het eczeem voor het eerste levensjaar is ontstaan, persisteert het meestal.¹⁰ CE kan op elke leeftijd ontstaan en ook weer kan terugkomen.¹¹
- De behandeling: indifferente middelen voor het verbeteren van de huidbarrière en daarmee voorkomen van nieuwe opvlammingen. Lokale corticosteroïden onderdrukken de inflammatie.
- Lokale corticosteroïden; zie het vervolg van de casus.
- Leefstijladviezen, risicofactoren voor exacerbaties en psychosociale gevolgen. De NHG-Standaard Eczeem biedt een uitgebreid overzicht van praktische adviezen.³ Het is aan te bevelen om de patiënt te wijzen op websites als Thuisarts.nl (mild eczeem) en huidhuis.nl (mild-matig-ernstig eczeem).
- Geef in alle gevallen voorlichting over onder andere wassen. Raad aan kort te wassen (5 minuten), te baden/douchen met handwarm (37 °C) water, weinig zeep te gebruiken en na het wassen te smeren met een indifferent middel. De behandeling begint met het vaststellen van de ernst van het



Goede voorlichting en smeerinstructies zijn cruciaal bij de behandeling van constitutioneel eczeem.

Foto: Shutterstock

eczeem. Gebruik hiervoor de Three Item Severity (TIS)-score, zoals vermeld in de NHG-Standaard. Met de TIS scoort u de mate van erytheem, oedeem/papels en krabeffecten op een schaal van 0 tot en met 3. De totaalscore (0-9) geeft aan of sprake is van mild, matig of ernstig eczeem (zie de NHG-Standaard).

Adviseer indifferente middelen ten minste 1 tot 2 keer per dag voor de gehele huid te gebruiken, ook als er geen actieve huidafwijkingen meer zichtbaar zijn. Vettende zalven, zoals vaseline/paraffine, koelzalf zonder rozenolie of cetomacrogol-crème met 20% vaseline hebben de voorkeur, maar overleg met patiënten welk middel zij als prettig ervaren.¹²

In geval van ernstig CE heeft behandeling met corticosteroid-zalf klasse III de voorkeur (bij kinderen fluticasonpropionaat, vanwege de korte halfwaardetijd).³

Overweeg bij kinderen ≥ 2 jaar tijdelijk sederende antihistaminica (bijvoorbeeld dimetindeen) voor de nacht wanneer CE de nachtrust belemmert. Dit is geen behandeling van CE, maar kan helpen om de verstoring van de nachtrust te verminderen. Controle dient op korte termijn (2 weken) na het instellen van een behandeling plaats te vinden.³ Dit is van belang omdat de patiënt het lokale corticosteroid in de meest gevallen na 2 weken kan gaan afbouwen. Daarnaast verhoogt een snelle evaluatie het vertrouwen in de behandeling.

CASUS: VERVOLG

U hebt onder andere fluticasonzalf en vaseline/paraffinezalf voorgeschreven. Na 2 weken komt Sem terug voor controle. Hij heeft nog steeds veel jeuk en bij lichamelijk onderzoek ziet u dat het eczeem nog steeds uitgebreid aanwezig is. De moeder van Sem geeft aan dat de zalf niet werkt.

MISLUKKEN VAN DE TOPICALE BEHANDELING

De belangrijkste reden voor het mislukken van een topicale behandeling is het niet correct uitvoeren ervan.¹³ Laat ouders en patiënten daarom precies uitleggen hoe zij het eczeem thuis behandelen (frequentie, lokalisatie, hoeveelheid, enzovoort). Te weinig smeren (te dun of alleen op de ergste eczeemplekken in plaats van overal waar de huid is aangedaan) is een van de belangrijkste oorzaken van het mislukken van de behandeling. Laat daarom zien hoe met de vingertoppenheid (VTE) moet worden gesmeerd en geef altijd schriftelijke instructies mee.^{3,9} Een streepje zalf ter lengte van het distale wijsvingerkootje van een volwassene (1 VTE) komt overeen met ongeveer 0,5 gram zalf. Voor een kind van 3 jaar dat de helft van het lichaam elke dag moet insmeren, betekent dit dat er 2 tubes corticosteroid van 30 gram per week leeg gesmeerd moeten worden. Noem dit aantal expliciet om de therapietrouw te bevorderen. Maak ook gebruik van handige instructiefilmpjes en documenten op Thuisarts.nl (Mijn kind krijgt een behandeling tegen eczeem), huidhuis.nl (Constitutioneel eczeem) of de Zalf smeewijzer-app.

De correcte volgorde van het smeren is van belang voor de effectiviteit van de behandeling. Het direct na elkaar gebruiken van een indifferent middel en lokaal corticosteroid blokkeert de binding van het corticosteroid aan de huid. Adviseer daarom om eerst te smeren met een lokaal corticosteroid en na 60 minuten pas te smeren met een indifferent middel.⁵ Het corticosteroid kan bijvoorbeeld in de ochtend en het indifferente middel in de avond gesmeerd worden, of vice versa.

Ook verschillen in de adviezen van de betrokken zorgverleners vormen een belangrijke reden waarom de behandeling kan mislukken.^{14,15} Uw patiënt ontvangt na uw consult nog een keer voorlichting van de apotheek. Soms strookt die infor-

matie niet met wat u hebt verteld (bijvoorbeeld dun smeren, snel stoppen met de behandeling, enzovoort). Bespreek vooraf de hoeveelheid corticosteroid (VTE of het aantal tubes) die nodig is. In het geval van Sem betekent dit dat u adviseert 2 tubes fluticasonzalf van 30 gram per week te smeren. Instrueer ouders ook om contact op te nemen als ze minder tubes meekrijgen dan dat ze nodig hebben.

Corticofobie, een irrationele angst of spanning voor het gebruik van lokale corticosteroiden, vormt een steeds grotere barrière voor het niet opvolgen van behandeladviezen.^{4,14} Patiënten of ouders worden beïnvloed door wat ze op internet vinden of wat mensen uit hun eigen omgeving vertellen. Bedenk bovendien dat ook veel artsen, verpleegkundigen en apothekers (assistenten) bezorgd zijn over de bijwerkingen van lokale corticosteroiden.¹⁶ Hierdoor kunnen patiënten of ouders weerstand ervaren tegen het smeren van lokale corticosteroiden, met een groot verlies aan kwaliteit van leven als gevolg.¹⁴ Door uw positie als huisarts in de zorgketen hebt u de belangrijkste rol bij het correct informeren van patiënten. Het is daarom raadzaam om bij alle contacten, maar vooral bij het eerste contact te investeren in goede voorlichting. Bespreek daarbij de meest relevante angsten, ontkracht de misvattingen en kaart de vermeende hormonale effecten aan (bijvoorbeeld angst voor systemische effecten, permanente verdunning van de huid, verslaving aan de zalven). Hoewel elke patiënt een persoonlijke benadering vergt, is het raadzaam om met alle patiënten een open gesprek aan te gaan en gebruik te maken van schriftelijke documentatie door bijvoorbeeld de hoeveelheid lokaal corticosteroid in huidhuis.nl te laten zien (zie de NHG-Standaard Eczeem). Ook is het verstandig om de term 'hormoonzalf' te vermijden en te spreken over bijvoorbeeld een 'ontstekingsremmende zalf'.⁴

CASUS: VERVOLG

Drie maanden later heeft u Sem enkele keren gezien. Volgens zijn ouders gaat het wisselend met zijn eczeem. Als ze smeren met de ontstekingsremmende zalf gaat het goed, maar als ze stoppen komt het eczeem steeds terug. Ze willen graag weten hoe ze hiermee het beste kunnen omgaan.

EVALUATIE

Het afbouwen van lokale corticosteroiden gebeurt op geleide van de klachten. Pas nadat de jeuk is afgenomen en de huid weer zijn normale structuur heeft gekregen, kan de patiënt beginnen met afbouwen. [Figuur 2] toont een voorbeeld van een afbouwschema. Bij opvlamming van het eczeem, bijvoorbeeld bij een griep, dient er een stap teruggezet te worden in het schema. Na vermindering van de klachten kan de patiënt dan weer verder met het afbouwen volgens het schema. Ter ondersteuning van het zelfmanagement bespreekt u afbouwschema's en geeft u een overzicht daarvan mee. Indifferentie middelen dienen altijd gebruikt te worden om opvlammingen te voorkomen, ook als er geen actief eczeem zichtbaar is. Bij patiënten met frequente recidieven van matig tot ernstig

Figuur 2

Voorbeeld van een standaard afbouw- en onderhoudsschema [huidhuis.nl]

Week	1	2	3	4	5	6	7
ZA			—	—	—	—	—
ZO			—	—	—	—	—
MA				—	—	—	—
DI					—	—	—
WO						—	—
DO							
VR							
	Huid rustig? Jeuk weg?	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem



smeren met medicinale zalf. 1 tube = 1 keer smeren, 2 tubes = 2 keer smeren

CE kan onderhoudsbehandeling nodig zijn om de klachten onder controle te houden. Dit kan met pulstherapie, waarbij de patiënt naast indifferente middelen, op 2 tot 4 dagen per week een corticosteroid klasse II aanbrengt.³ Wanneer CE ondanks onderhoudsbehandeling weer opvlamt moet de patiënt een stap terugzetten in het afbouwschema. In de tweede lijn kunnen topicale calcineurineremmers overwogen worden, zoals tacrolimuszalf.

Onderhoudende (psychosociale) factoren, zoals gewoontekrabbelen, krabben door stress, of andere gewoonten, zoals frequent douchen, kunnen invloed hebben op het beloop van CE. Vraag geregeld naar deze factoren en geef advies of verwijst zo nodig ter ondersteuning naar de POH(-ggz) of een kinderpsycholoog. Verwijs naar een dermatoloog wanneer de patiënt onvoldoende op de behandeling reageert of als afbouwen met lokale corticosteroiden niet mogelijk is, en bij kinderen met matig-ernstig eczeem.³ Het uitgangspunt hierbij is dat de behandeling op alle leeftijden zo mogelijk in de eerste lijn plaatsvindt, en zo nodig in de tweede lijn. Bij verwijzing is het noodzakelijk om informatie te geven over de dermatologische voorgeschiedenis (inclusief de therapeutische voorgeschiedenis) en de huidige behandeling te beschrijven.

Verwijs ook naar een kinderarts bij vermoeden van andere atopische aandoeningen.

Onderzoek andere mogelijke oorzaken van het mislukken van de behandeling: is de diagnose correct? Is er sprake van onderhandeling (zijn de hoeveelheid en sterkte van het topicaal corticosteroid wel voldoende)? Zijn er problemen met de

therapietrouw? Speelt (atopische) comorbiditeit een rol? Is er mogelijk (ook) sprake van een andere huidaandoening?

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Sinds enkele jaren zien we een enorme toename van nieuwe middelen die onderzocht worden voor behandeling van CE (meer dan 70!).¹⁷ De meeste daarvan zullen alleen in de tweede of derde lijn voorgeschreven worden. Op dit moment zijn reeds enkele nieuwe middelen geregistreerd, waaronder 2 biologicals en 3 orale januskinase (JAK)-remmers. Relevanter voor u wordt de positie van aryl-hydrocarbon-receptormodulerende en topicale JAK-remmerzalven.¹⁷ Naar verwachting zullen deze zalven de komende jaren hun opmars maken en wellicht een deel van de behandeling met lokale corticosteroiden vervangen.

CONCLUSIE

CE is een goed behandelbare chronisch recidiverende huidaandoening, maar kan soms een complexe vorm hebben en daardoor extra aandacht vereisen. Goede voorlichting over de etiologie, het beloop en het doel van de behandeling vormt het belangrijkste onderdeel van de behandeling.¹⁸⁻¹⁹ ■

LITERATUUR

1. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet* 2020;396:345-60.
2. Von Kobyletzki L, Ballardini N, Henrohn D, Neary MP, Ortsäter G, Geale K, et al. Care pathways in atopic dermatitis: a retrospective population-based cohort study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36:1456-66.
3. NHG-werkgroep Eczeem. NHG-Standaard Eczeem. <https://richtlijnen.nhg.org>. Utrecht: NHG, 2014. Geraadpleegd op 1 juli 2022.

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

Ragamin A, Van Halewijn KF, Pasmans SGMA, Bindels PJE. Constitutioneel eczeem: soms complex, maar goed te behandelen. *Huisarts Wet* 2023;66[2]:30-4. DOI:10.1007/s12445-2141-3. Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Centrum Kinderdermatologie, afdeling Dermatologie, Rotterdam: A. Ragamin, arts-onderzoeker; prof. dr. S.G.M.A. Pasmans, hoofd Centrum Kinderdermatologie/Centrum Zeldzame Huidziekten. Afdeling Huisartsgeneeskunde: K.F. van Halewijn, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker, k.vanhalewijn@erasmusmc.nl; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose 'Gebeten in het bos'

Roy Beijaert, Emilie Treuman

Een 11-jarige jongen die meedoet aan een survivaalkamp wordt door een begeleider op de huisartsenpost gebracht. Hij ziet bleek en is klam en misselijk. In de wachtkamer braakt hij een keer en dreigt hij weg te zakken. De jongen heeft hevige pijn aan zijn snel zwellende rechteronderarm.

De dienstdoende huisarts beoordeelt volgens de ABCDE-systeematiek: de ademwegen (A) zijn vrij, de ademhalingsfrequentie is 21 per minuut, de saturatie is 100% en over de longen is normaal vesiculair ademgeruis te horen (B). Wat betreft de circulatie (C) ziet de arts een bleke huid, later roze, en meet een bloeddruk van 109/66 mmHg met een regelmatige hartslag van 93/minuut. Over het hart zijn er geen hoorbare souffles. De rechterarm is warm en gezwollen. Het bewustzijn (D) is helder (Glasgow-comaschaal: E4M6V5 = 15), capillair glucose is 5,3 mmol/l. De temperatuur is 37,1 °C (omgevingsfactoren (E)). In de rechterduimbasis zitten 2 kleine wondjes op een afstand van 1 cm van elkaar. De jongen vertelt dat hij reptielen leuk vindt en dat hij door een adder werd gebeten toen hij deze wilde oppakken. Hij krijgt paracetamol en daarop weer kleur en praatjes, maar de arm blijft pijnlijk. De zwelling neemt toe naar proximaal tot boven de elleboog.

Hoe handelt u bij deze slangenbeet met hevige lokale reactie?

- a. Leg een tourniquet aan proximaal van de bijtwond.
- b. Zuig de wond direct uit, spuug het gif steeds snel uit en spoel daarna uw mond, zonder te slikken.

Figuur

Een patiënt met een adderbeet



- c. Incideer met een scherp mesje, zodat de 2 bijtwondjes gaan bloeden.
- d. Beperk de lichaamsbeweging van de patiënt tot een minimum en houd de aangedane ledemaat laag.

► Het antwoord leest u op pagina 45 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Gebeten in het bos'.

Pre-eclampsie



1. Pre-eclampsie is een risicofactor voor het ontstaan van cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd. Klein Bramel beschrijft de verstoorde ontwikkeling van de placenta bij pre-eclampsie. Van welke pathologie is aan de maternale kant sprake?¹
 - a. Endotheelactivatie door een vasculaire ontstekingsreactie
 - b. Kronkelende en knikkende bloedvaten als gevolg van fibromusculaire dysplasie
 - c. Een vroeg stadium van atherosclerose
2. Klein Bramel et al. onderzochten de patiëntendossiers van 3 huisartsenpraktijken op pre-eclampsie. Wat is hun belangrijkste bevinding?¹
 - a. Onderregistratie van de diagnose pre-eclampsie in het medisch dossier.
 - b. Onvoldoende opvolging van de huisarts na vaststelling van pre-eclampsie.
 - c. De NHG-Standaard CVRM rangschikt pre-eclampsie bij de risicofactoren voor hart- en vaatziekten.
3. Welke beleidsconsequentie verbindt de NHG-Standaard aan het doormaken van pre-eclampsie?⁴
 - a. Het advies om een periodieke screening op hoge bloeddruk en diabetes mellitus te overwegen.
 - b. Het advies om het resultaat uit een SCORE-schatting met 1,5 te vermenigvuldigen.
 - c. De patiënt geldt als hoogrisicopatiënt vanwege een eerder vastgestelde hart- of vaatziekte.
4. De diagnose pre-eclampsie wordt met name door gynaecologen (en verloskundigen) gesteld. Welke voorkeur heeft Klein Bramel voor het vervolg na de diagnose?¹
 - a. De gynaecoloog informeert de patiënt vroegtijdig over het verhoogde cardiovasculair risico en vervolgt de patiënt.
 - b. De huisarts informeert de patiënt vroegtijdig over het verhoogde cardiovasculair risico en vervolgt de patiënt.
 - c. De huisarts wacht met het informeren van de patiënt totdat risicobehandeling aangewezen is.
5. Herkenning van de symptomen die passen bij pre-eclampsie en/of HELPP is belangrijk. Symptomen kunnen aan de bloeddrukverhoging en/of proteïnurie voorafgaan en pre-eclampsie/HELPP kan zich snel ontwikkelen. Bij welk symptoom in de tweede helft van de zwangerschap moet je alert zijn?³
 - a. Duizeligheid
 - b. Kortademigheid
 - c. Pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen
 - d. Pijn in de onderbuik
6. Aspirine tijdens de zwangerschap verlaagt de kans op pre-eclampsie bij vrouwen met een hoog risico hierop. De gynaecologische richtlijn adviseert aspirine te gebruiken. In de NHG-Standaard is aspirine (nog) niet opgenomen. Hoe stelt Van den Belt zich de toediening in de praktijk voor?²
 - a. De gynaecoloog stelt de indicatie en schrijft ook voor.
 - b. De huisarts stelt de indicatie en schrijft ook voor.
 - c. De verloskundige stelt de indicatie, de huisarts schrijft voor.
7. Van den Belt stelt dat toediening van aspirine tijdens de zwangerschap veilig is voor het (ongeboren) kind, mits bij de toediening de juiste termijn wordt aangehouden. Wanneer kan aspirine veilig worden voorschrijven in de zwangerschap?²
 - a. Van de twaalfde tot de zesentwintigste week
 - b. Van de zestiende tot de achtentwintigste week
 - c. Van de twintigste tot de veertigste week
8. Mevrouw Van den Oever, 28 jaar, klaagt 2 dagen na haar bevalling over hoofdpijn en dubbelzien. Haar bloeddruk is 130/80 mmHg, de urine bevat geen eiwit. De opleider vraagt aan de aios of er in dit geval mogelijk sprake is van eclampsie. Welk antwoord is correct?³
 - a. Ja.
 - b. Nee, want bloeddruk en urine bevatten geen afwijkingen.
 - c. Nee, want de klachten treden post partum op.

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

LITERATUUR

1. Klein Bramel B, et al. Verhoogd cardiovasculair risico na pre-eclampsie. Huisarts Wet 2023;66[2]:27-9. DOI:10.1007/s12445-022-2169-4.
2. Van den Belt SM, Feijen-de Jong EI. Veiligheid van aspirine bij preventie van pre-eclampsie. Huisarts Wet 2023;66[2]:46-7. DOI: 10.1007/s12445-022-2161-z.

3. NHG-werkgroep Zwangerschap en kraamperiode. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2023. <https://richtlijnen.nhg.org>.
4. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019. <https://richtlijnen.nhg.org>.

ANTWOODEN

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

Een praktische handreiking voor de eerste lijn bij eetstoornissen

Emma Horton, Lisa Pijnenburg, Eric van Furth, Lilian van Geelkerken

Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met eetstoornissen en hun naasten. Deze patiënten moeten snel verwezen worden naar de specialistische zorg, want ze kunnen in levensbedreigende situaties terechtkomen. Daarom is het belangrijk om een gerichte anamnese met lichamelijk onderzoek en aanvullend labonderzoek uit te voeren. Dit levert veel informatie op over het type en de ernst van een eetstoornis. We bieden handvatten voor het signaleren en vroeg detecteren, en de diagnostiek en indicaties voor doorverwijzing naar collega's in de eerste- en tweedelijnszorg.

Patiënten met eetstoornissen komen niet veel voor in de huisartsenpraktijk; gemiddeld heeft een huisarts in een normpraktijk (n = 2095) 19 patiënten met de diagnose anorexia nervosa of boulimia nervosa.^{1,2} Deze patiëntengroep kan een uitdaging vormen vanwege de diagnostiek, somatische complicaties en

hoge morbiditeit en mortaliteit, in combinatie met onderliggende psychiatrische comorbiditeit, die bij 70% van de patiënten aanwezig is.³ Daarnaast heeft de gespecialiseerde zorg wachtlijsten en kan de overbruggingszorg lastig zijn om te bolwerken. De DSM-5 onderscheidt 3 voedingsstoornissen: pica (het consumeren van niet-eetbare dingen), de ruminatiestoornis en de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID), en 3 eetstoornissen: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) en de eetbuiestoornis (BED). Daarnaast kent de DSM-5 de andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis en de ongespecificeerde voedings- of eetstoornis.⁴ In dit artikel bespreken we 4 stoornissen die aan bod komen in de Zorgstandaard Eetstoornissen: AN, BN, BED en ARFID.¹ nZie [tabel 1] voor de verschillende kenmerken per eetstoornis. De Zorgstandaard Eetstoornissen omschrijft de beste behandelopties voor een patiënt met 1 van deze eetstoornissen, vanaf de leeftijd van 6 jaar. De standaard is ontwikkeld door een

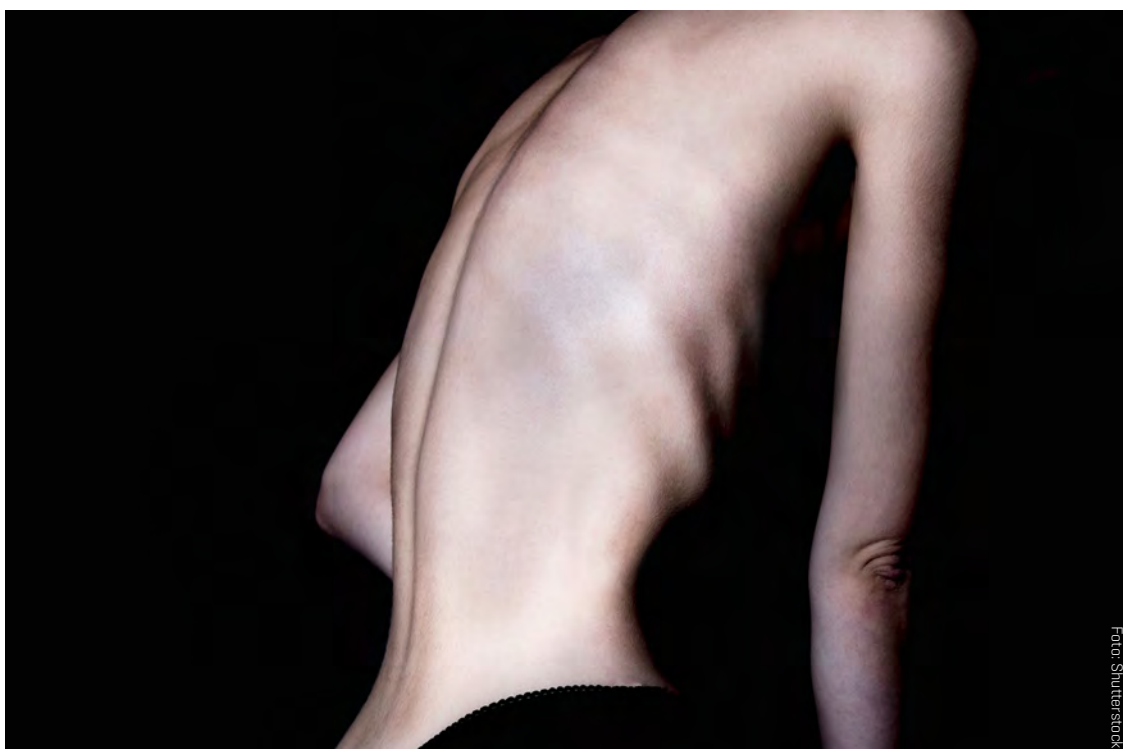


Foto: Shutterstock

Snel verwijzen naar specialistische zorg en een behandeling opstarten leiden over het algemeen tot sneller herstel bij eetstoornissen.

werkgroep van professionals, patiënten en hun naasten, en is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en praktijkkennis. Huisartsen kunnen deze standaard gebruiken voor achtergrondinformatie over de 4 types. De Zorgstandaard bevat ook een apart hoofdstuk over de diagnostiek in de huisartsenpraktijk, waarbij anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek aan bod komen.

De incidentie van eetstoornissen in de Nederlandse populatie blijft de afgelopen jaren stabiel met 54 per 100.000 vrouwen.^{2,5,6} We zien een toename in de incidentie van anorexia onder jongeren onder de 15 jaar, met een piekincidentie rond de 15 jaar.^{5,6} Bij mannen is de incidentie ongeveer 10 keer lager dan die bij vrouwen. Er is sprake van onderrapportage, vermoedelijk vanwege stigma's die bij mannen een rol kunnen spelen: het hebben van een psychiatrische ziekte en het lijden aan een 'vrouwspecifieke' aandoening.⁷ De incidentie van BN neemt de afgelopen decennia over alle leeftijdsgroepen af. Mogelijk heeft dit te maken met de toename van obesitas, en daarmee het normaliseren van overgewicht.^{2,5,7} De piekincidentie van BN ligt tussen de 20 en 29 jaar. De kans op herstel van AN of BN is 4 tot 8 keer groter wanneer de diagnose voor het negentiende levensjaar gesteld wordt dan daarna.⁸

Personen met BED hebben regelmatig eetbuien met een gevoel van controleverlies, zonder compensatoir gedrag. Doordat dat laatste ontbreekt, hebben mensen met BED vaak overgewicht of (morbide) obesitas. Onderzoek laat zien dat BED vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen.^{7,9} Bij kinderen en adolescenten ligt de prevalentie volgens schattingen op 1-3%. BED ontstaat bij jongeren meestal tijdens de adolescentie.¹⁰

Patiënten met ARFID hebben een selectief eetpatroon en vermijden bepaalde producten, zonder dat er zorgen zijn over gewichtstoename of *body image*. Het selectieve eten kan komen door smaak- of voedselvoorkeuren, sensorische kenmerken of slikangst. De oorzaak hiervan kan gelegen zijn in desinteresse in het eten of een gebrek aan plezier in eten. De populatie is jonger dan bij de andere eetstoornissen en er worden meer mannen/jongens gediagnosticeerd. Bij deze groep komt psychiatrische comorbiditeit vaak voor, zoals AD(H)D en autisme.¹¹⁻¹³

DE KERN

- Patiënten met een eetstoornis komen niet vaak voor in de huisartsenpraktijk, variëren onderling veel van elkaar en kunnen in levensbedreigende situaties terechtkomen.
- Bij vermoeden van een eetstoornis kan een gerichte anamnese met lichamelijk onderzoek en aanvullend labonderzoek veel informatie opleveren over het type en de ernst van een eetstoornis.
- Gebruik het groeiende Eetstoornissen Netwerk van behandelaren om naar de juiste persoon of instantie in de regio te verwijzen.
- Snelle toeleiding naar passende zorg verbetert de prognose.

Er zijn bepaalde risicofactoren voor het ontstaan van een eetstoornis, bijvoorbeeld erfelijke kwetsbaarheid, specifieke psychische factoren, zoals een negatieve lichaamsbeleving, en irrationele zorgen over het gewicht. Ook problemen in de gezinssituatie en een taboe op het uiten van gevoelens kunnen het risico verhogen. Daarnaast spelen ook socioculturele factoren een rol, bijvoorbeeld bij het beoefenen van topsport of schoonheidsidealen.^{1,3,14}

SIGNALEREN, VROEGE DETECTIE EN DIAGNOSTIEK

Het is bekend dat (jong)volwassenen met een eetstoornis niet vaak met 'een eetstoornis' bij de huisarts komen. Ze schamen zich vaak of hebben onvoldoende ziektebesef.^{1,15} Meestal vormen aspecifieke klachten aanleiding voor een consult. Bij kinderen of jongeren trekken ouders of verzorgers vaker aan de bel. Typische, aspecifieke klachten zijn: *failure-to-thrive*, vermoeidheid, klachten van het maag-darmstelsel, stemmingsklachten en angstklachten.^{3,12,13} De menstruatie kan bij vrouwen uitblijven door ondergewicht, stress en wanneer ze overmatig sporten en bewegen.¹⁵ Een gerichte anamnese en lichamelijke onderzoek, zoals omschreven in de Zorgstandaard of de Signalenkaart eetstoornis-

Tabel 1

Kenmerken van eetstoornissen

Eetstoornis	Eten	Gewicht	Body image	Eetbuien	Compensatiegedrag; purgeren, sporten
Anorexia nervosa	[Zeer] restrictief	Ondergewicht	Onevenredig grote invloed op zelfoordeel	Kunnen voorkomen	1 of meer vormen aanwezig
Bulimia nervosa	Onregelmatig, kan restrictief zijn	Normaal of overgewicht	Onevenredig grote invloed op zelfoordeel	Regelmatig met compensatie	Regelmatig aanwezig
Eetbuistoornis	Geen restricties	Normaal of overgewicht	Niet altijd van grote invloed	Regelmatig zonder compensatie	Niet regelmatig
ARFID	Restrictief voor alles of selectief restrictief	Ondergewicht en/of met voedingsdeficiënties	Niet van invloed	Niet aanwezig	Geen

Tabel 2

Labonderzoek en ecg

Bepalingen	Voorkomende afwijkingen
Volledig bloedbeeld	Verlaagd door beenmergonderdrukking bij ondervoeding
Na, K, bicarbonaat, chloride	Afwijkend bij braken, laxeren, <i>water loading</i>
Ureum, creatinine	Verhoogd bij ondervoeding en/of dehydratie
ASAT, ALAT	Tot 2 keer verhoogd bij ondervoeding en obesitas
Albumine	Vaak hoognormaal bij eetstoornissen
Glucose	Verlaagd bij ernstige ondervoeding/ondergewicht; verhoogd bij [pre]diabetes bij overgewicht
Lipidspectrum	Verhoogd bij obesitas bij BED-patiënten
Ecg: geïndiceerd bij ondervoeding, purgeren, kaliumafwijkingen	Let op QTc-tijdverlenging, hartritmestoornissen

sen voor de huisartsenpraktijk van Stichting Kiem, kunnen al veel informatie opleveren.^{1,14} Zo zijn ook andere oorzaken van de klachten uit te sluiten. Lichamelijk onderzoek met de basismetingen van bloeddruk, pols, temperatuur, gewicht, lengte en BMI zijn makkelijk te vervolgen en kunnen de ernst van de situatie weerspiegelen.¹⁵ Opvallende tekenen van purgeerdrag zijn symmetrisch vergrote speekselklieren aan beide kanten en wonden op de knokkels door het braken (*Russell's sign*).

Voor kinderen loopt de BMI op met de leeftijd en kunnen de individuele historische groeicurves een goede indicatie geven van de ernst van het onder- en overgewicht.

Bij iedereen met een vermoeden van een eetstoornis kunt u oriënterend laboratoriumonderzoek verrichten. Zo kunnen afwijkingen aan het licht komen die mogelijk om behandeling vragen [tabel 2]. Bij ondergewicht kan het lab volledig normaal zijn. Normale uitslagen zeggen echter niets over de ernst van de aandoening. De snelheid van de gewichtsdeling zegt daar meer over. Bij purgeergedrag (braken, laxeren) kunnen er stoornissen voorkomen in de elektrolyten- en vochthuishouding. Een hypokaliëmie kan in de eerste lijn behandeld worden en het kalium kan vervolgd worden tot de waarde genormaliseerd is. Controleer de elektrolyten iedere maand bij persistent purgeergedrag; doe dat vaker bij afwijkende waarden. Bij BED in combinatie met obesitas is het belangrijk het cardiovasculaire risico in te schatten, inclusief onderzoek naar diabetes mellitus, hypercholesterolemie en de transaminasen. Vraag bijvoorbeeld de praktijkondersteuner dit te vervolgen.^{16,17} Maak bij elektrolytenstoornissen een ecg of laat de cardioloog dat doen, vooral bij een hypokaliëmie en bij ernstig ondergewicht (BMI < 15). Wanneer er sprake is van een QTc-tijdverlenging luidt het advies QT-tijd-verlengende medicatie te staken (in overleg met de voorschrijver) en met de kinderarts of internist/cardioloog te bespreken of monitoring nodig is.

Informeer naar het voedingspatroon, inclusief de hoeveelheid drinken, en vraag of de patiënt eetbuien heeft. Bij ARFID zien we vaak een eenzijdig, beperkt eetpatroon. Vraag ook naar

interesse in eten, en of bepaalde voedingssoorten reacties oproepen.¹¹ Bij deze groep kan een diëtiste een voedingsanamnese afnemen om vitaminedeficiënties op te sporen.¹⁴ Ook is gericht aanvullend onderzoek mogelijk naar een tekort aan vitamines en micronutriënten.^{11,18}

BEJEGENING

Bij een vermoeden van een eetstoornis kan en mag u vragen of daar sprake van is. Wees eerlijk en oprecht geïnteresseerd in het verhaal van de patiënt. Oordeel niet, en bied de patiënt steun tijdens de gesprekken. Vraag gericht door, zodat de patiënt zijn antwoorden zo concreet mogelijk maakt. Een patiënt met een eetstoornis kan de klachten bagatelliseren. Beschermende of uitlokkende omgevingsfactoren kunnen bepalen of een stoornis tot uiting komt. Een grote groep patiënten heeft een angstige constitutie, wat verergerd kan worden bij een traumatische of stressvolle gebeurtenis, zoals de COVID-19-maatregelen. Probeer de focus niet op het eten te leggen, maar bespreek de angsten die er zijn. Hierdoor bouwt u sneller een vertrouwensband op, wat nodig kan zijn voor de ondersteuning bij het opstarten van zorg.¹⁹ Afspraken met de POH-ggz (jeugd) kunnen goed zijn voor de contactopbouw, verbetering van de diagnostiek en vergroting van de motivatie voor behandeling.

INDICATIES VOOR VERWIJZING

Overleg en verwijs jongeren bij een vermoeden van een eetstoornis laagdrempelig naar een kinderarts en/of een gespecialiseerd behandelcentrum voor eetstoornissen. Kinderen en jongeren blijven vaak voor de somatische zorg bij de kinderarts, tenzij het behandelcentrum voor de eetstoornis dit anders organiseert. De kinderarts kan net als de huisarts doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg in de regio. Volwassenen met een vermoeden van een eetstoornis (AN, BN, BED of ARFID) kunt u verwijzen naar een gespecialiseerd eetstoornisbehandelcentrum of de specialistische ggz (S-ggz) in de regio die deze problematiek behandelt. Op de website van het Eetstoornissen Netwerk vindt u behandelaren.

Verwijs in de volgende gevallen met spoed: ernstig ondergewicht (BMI < 15), ernstig purgeergedrag, afvallen > 1 kg per week en ernstige psychiatrische comorbiditeit.^{1,15} In andere gevallen volstaat een reguliere verwijzing naar een behandelcentrum in de regio. Er zijn 5 TOPGGz-erkende behandelcentra die ook bovenregionaal werken. Meestal verwijst een regionale ggz-instelling hier zo nodig naar. Bij ernstige klachten en afwijkende bloeduitslagen door de eetstoornis kan het voor een somatische beoordeling nodig zijn om te overleggen met een specialist in het ziekenhuis. Indicaties om met spoed te overleggen met de internist of de kinderarts vindt u in [tabel 3].

OVERBRUGGING EN OVERLEG

Vanwege de wachtlijsten bij de S-ggz kunt u overbruggingszorg opstarten, bijvoorbeeld via de POH. Omdat u vaak het eerste aanspreekpunt bent is het belangrijk om in deze over-

Tabel 3

Indicaties voor overleg en beoordeling door een internist of kinderarts op [zeer] korte termijn

Spoedoverleg/beoordeling internist	Beoordeling binnen 24 uur door een kinderarts	Beoordeling binnen 1 week door een kinderarts
Vochtweigering en tekenen van dehydratie	Acute vochtweigering met tekenen van uitdroging	Stop van de maturatie en groei
Elektrolytenstoornissen: Natrium < 125 mmol/L, Kalium < 2,8 mmol/L of < 3 mmol/L met ecg-afwijkingen	Elektrolytenstoornissen	Fors purgeren: braken en/of laxeren
Symptomatische hypoglykemie	Hypoglykemie [random gemeten < 3,5/mmol/l] of klachten van een lage bloedsuiker	Syncope
Bradycfrenie	Bradycfrenie	Aanwijzingen voor bedreigde lichamelijke situatie
Bradycardie: pols < 40 slagen per minuut	Bradycardie: < 40 slagen per minuut	Bij aanvullend onderzoek gevonden afwijkingen [elektrolytstoornissen, trage hartslag]
Algehele uitputting	Gewicht < 70% van het uitgangsgewicht [gewicht voor start afvallen]	Snel gewichtsverlies (> 1,5 kg/week) en/of ernstig gewichtsverlies (> 25% uitgangsgewicht)
	Ritmestoornissen	

bruggingsfase een goede band te behouden met de patiënt en zijn of haar systeem.

Op de website www.eetstoornisennetwerk.nl vindt u alle inloophuizen, eerstelijnsbehandelaren, behandelcentra en instellingen die zich hebben gespecialiseerd in eetstoornissen. K-EET is een landelijk project dat als doel heeft de zorg voor kinderen met eetstoornissen te verbeteren. K-EET heeft voor zorgverleners een aantal tools ontwikkeld. De First Eet Kit biedt toegankelijke informatie over eetstoornissen bij jongeren. Daarnaast kan de K-EETi-telefoonlijn dagelijks gebeld worden voor adviezen en overleg over patiënten met een eetstoornis. Verwijs patiënten naar Proud2Bme: de grootste Nederlandse online hulpsite voor patiënten met eetproblematiek.

Tijdens de overbruggingsfase kunt u ook verwijzen naar GZ-psychologen, systeemtherapeuten en diëtisten (aangesloten bij het Voedings Interventie Eetstoornissen (VIE) netwerk) die kennis hebben over eetstoornissen. Bied bij voorkeur hulp aan dicht bij huis. Adviseer of benader zo nodig inloophuizen voor eetstoornissen. Deze organisaties worden door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen gerund. Vaak organiseren ze informatieavonden voor patiënten en naasten.

Er kan een psychiatrische crisissituatie ontstaan, bijvoorbeeld bij suïcidaliteit, waarbij een spoedige beoordeling gewenst is. Wanneer de patiënt in behandeling is bij een ggz-instelling kunt u overleggen met de behandelaar, die de beoordeling vaak zelf kan doen. Wanneer de patiënt buiten de regio wordt behandeld, kan het nodig zijn om de regionale crisisdienst de beoordeling te laten uitvoeren. Buiten kantooruren loopt de route voor overleg via de regionale crisisdienst. Vermeld dan waar de patiënt onder behandeling is, zodat er zo nodig informatie uitgewisseld kan worden.

Wees er alert op dat het gevoel van crisis bij deze groep patiënten makkelijk overgedragen kan worden naar de hulpverlener. Dit kan leiden tot een gevoel van onmacht, onbegrip en on-

enigheid, soms ook tussen hulpverleners.¹⁹ Overleg in dit soort situaties altijd met de behandelaren van de patiënt.

CHRONISCHE EETSTOORNISSEN

Er is een kleine groep patiënten bij wie behandeling niet tot remissie van de eetstoornis leidt, en die een chronische en langdurige eetstoornis ontwikkelen. Behandeling van deze groep kan zich richten op het voorkomen van verslechtering op somatisch, sociaal en maatschappelijk niveau. Deze patiënten vormen een lastige groep voor de huisarts vanwege de vaak slechte somatische toestand. Bespreek met de patiënt en diens behandelaar wat zij van u als huisarts verwachten, en wat het beleid is bij een eventuele achteruitgang.

CONCLUSIE

Eetstoornissen komen in verschillende vormen voor, maar hebben een gemene deler: snel verwijzen naar specialistische zorg en snel een behandeling opstarten leiden over het algemeen tot sneller herstel. De huisarts speelt een essentiële rol bij een vermoeden van een eetstoornis, bijvoorbeeld om de somatische gezondheid van de patiënt te vervolgen. De huisarts is ook het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en diens systeem wanneer er overbrugd moet worden naar specialistische zorg. Overleg met en schakel hulp in van zorgverleners die verbonden zijn aan het groeiende Eetstoornissen Netwerk. ■

LITERATUUR

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

Horton EE, Pijnenburg L, Van Furth E, Van Geelkerken L. Een praktische handreiking voor de eerste lijn bij eetstoornissen. Huisarts Wet 2023;66(2):36-9. DOI:10.1007/s12445-022-2159-6.
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, Leiden: E.E. Horton, huisarts, e.horton@rivierduinen.nl; L. Pijnenburg, psychiater; prof. dr. E. van Furth, klinisch psycholoog/directeur; L. van Geelkerken, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Implementatie van de herziene NHG-Standaard Diabetes

Carmen Kessler, Michel Meuwissen, Guy Rutten

De herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert patiënten met een zeer hoog cardiovasculair risico te behandelen met SGLT2-remmers en GLP1-receptoragonisten. Wij implementeerden dit advies in een verbeterproject in een huisartsenpraktijk. We geven een praktisch voorbeeld van de verschillende manieren waarop de nieuwe inzichten kunnen worden vormgegeven.

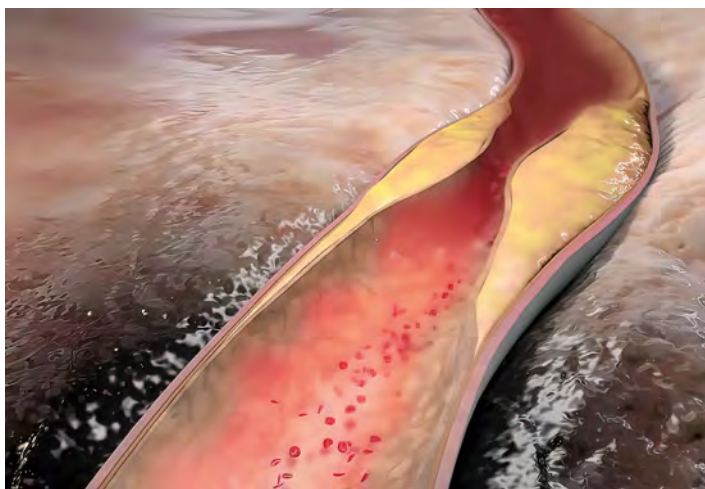
De behandeling van diabetes mellitus type 2 is vooral gericht op de preventie van microvasculaire schade, maar de ziekte geeft ook een verhoogde kans op macrovasculaire schade.¹ Daarom adviseert de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 om diabetespatiënten met een HbA1c > 53 mmol/mol én ischemische hart- en vaatziekten, hartfalen en/of chronische nierschade in de voorgeschiedenis te behandelen met een SGLT2-remmer en/of GLP1-receptoragonist. Deze middelen hebben gunstige cardiovasculaire en renale effecten, onafhankelijk van de gerealiseerde daling van het HbA1c. SGLT2-remmers verkleinen de kans op een ziekenhuisopname voor hartfalen en remmen de daling van de nierfunctie, GLP1-receptoragonisten verlagen de kans op een CVA. Bovendien leiden beide middelen tot gewichtsafname zonder dat hierbij ernstige hypoglykemie optreedt.²

Voor de genoemde groep patiënten, die een zeer hoog risico

op hart- en vaatziekten heeft, geldt dus een nieuw medicamenteus stappenplan.³ Met een gestructureerde aanpak is het ons gelukt dit stappenplan binnen 6 maanden in te voeren in een huisartsenpraktijk. In dit artikel beschrijven we de grootte en samenstelling van de doelgroep, bij hoeveel patiënten een SGLT2-remmer of GLP1-receptoragonist werd gestart en welke redenen er waren om eventueel af te zien van de nieuwe medicatie of om ermee te stoppen. De minimale follow-up-duur was 3 maanden. De betreffende huisartsenpraktijk staat in Wageningen, telt 3 huisartsen (2 fte), 1 aios en 2 POH's-s (0,9 fte), en heeft een gemengde populatie van 4528 patiënten, van wie 197 (4,4%) met diabetes mellitus type 2. Het verbeterproject liep van december 2021 tot juni 2022.

SELECTIE VAN PATIËNTEN

- Stap 1. Via het huisartsinformatiesysteem selecteerden we patiënten met diabetes mellitus type 2 en een zeer hoog cardiovasculair risico op grond van een in de NHG-Standaard genoemde ICPC-code [figuur]. Dit waren bijvoorbeeld patiënten met hartfalen en een ejectionfracctie < 40%, patiënten met een ischemisch CVA en patiënten met chronische nierschade. Die laatste groep heeft een zeer hoog cardiovasculair risico bij een eGFR \geq 60 ml/min/1,73m² in combinatie met een albumine-creatinineratio > 30 mg/mmol, een eGFR van 45-59 ml/min/1,73m² in combinatie met een albumine-creatinineratio > 3 mg/mmol of een eGFR van 10-44 ml/min/1,73m².
- Stap 2. Patiënten met de ICPC-codes A05 (kwetsbare oudere) of P72 (schizofrenie), patiënten met een terminale ziekte en patiënten die onder strikte controle stonden bij de cardioloog hielden we bij voorbaat buiten de selectie.
- Stap 3. De geselecteerde patiënten kregen een attentieregel in het huisartsinformatiesysteem.
- Stap 4. We schreven een protocol op basis van de herziene NHG-Standaard en het *Farmacotherapeutisch Kompas*, zodat huisartsen en POH's-s de nieuwe middelen op uniforme wijze konden voorschrijven. Het protocol bevat informatie over contra-indicaties en te verwachten bijwerkingen, (prik)instructies en adviezen over controles en dosisaanpassing van andere bloedglucoseverlagende middelen.
- Stap 5. De NHG-Standaard adviseert een SGLT2-remmer als eerste keus en bij een contra-indicatie hiervoor



Het verbeterproject heeft minstens 1 nieuwe cardiovasculaire of renale diagnose voorkomen.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- De herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert diabetespatiënten met een HbA1c > 53 mmol/mol én ischemische hart- en vaatziekten, hartfalen en/of chronische nierschade te behandelen met een SGLT2-remmer en/of GLP1-receptoragonist.
- Met een gestructureerde aanpak op basis van ICPC-codes is vrij snel een selectie te maken van diabetespatiënten met een hoog cardiovasculair risico die in aanmerking komen voor aangepaste medicatie.
- Individuele beoordeling van het cardiovasculair risico en eventuele contra-indicaties van de nieuwe medicatie blijft van belang.

een GLP1-receptoragonist te overwegen. Met het oog op kosten, gebruiksgemak en gebruik in de regionale tweede-lijnsinstellingen kozen we als preferente SGLT2-remmer dagelijks empagliflozine oraal en als preferente GLP1-receptoragonist semaglutide subcutaan eens per week.

- Stap 6. Patiënten met een HbA1c < 53 mmol/mol bij de meest recente meting in het dossier werden uitgesloten. De overige patiënten in de selectie kregen tijdens de reguliere diabetescontrole een voorstel om de medicatie aan te passen.

RESULTATEN VAN HET VERBETERPROJECT

Selectie van patiënten

De [figuur] geeft in een stroomdiagram de selectieprocedure weer. De praktijk telde 197 patiënten met diabetes mellitus type 2 (ICPC-code T90.02), van wie er 71 (36%) een zeer hoog cardiovasculair risico hadden, een aantal met ≥ 2 risicoverhogende ICPC-codes. Nadat we op basis van de exclusiecriteria 21 patiënten hadden uitgesloten, telde de selectie nog 50 patiënten: 29 mannen (58%) en 21 vrouwen (42%), met een gemiddelde leeftijd van 73 jaar (uitersten 51-87 jaar). Om diverse redenen startten 31 patiënten toch niet met de nieuwe medicatie, en 5 patiënten bleken al een SGLT2-remmer of GLP1-receptoragonist te gebruiken. Uiteindelijk werd de aanbevolen medicatie gestart bij 15 patiënten; 1 patiënt die al een SGLT2-remmer gebruikte, kreeg daarbij nog een GLP1-receptoragonist vanwege een onvoldoende gereguleerd HbA1c. Bij 7 patiënten (47%) was het de POH's-s die het nieuwe middel aanbod.

Bijwerkingen

Van de in totaal 19 patiënten die een SGLT2-remmer of GLP1-receptoragonist gebruikten, kregen er 7 (37%) bijwerkingen; 3 van hen stopten om die reden met het middel [online tabel]. Urogenitale infecties kwamen het vaakst voor: 5 patiënten (29%) kregen deze bijwerking van een SGLT2-remmer. Eén patiënt overleed om ons onbekende reden.

Organisatie

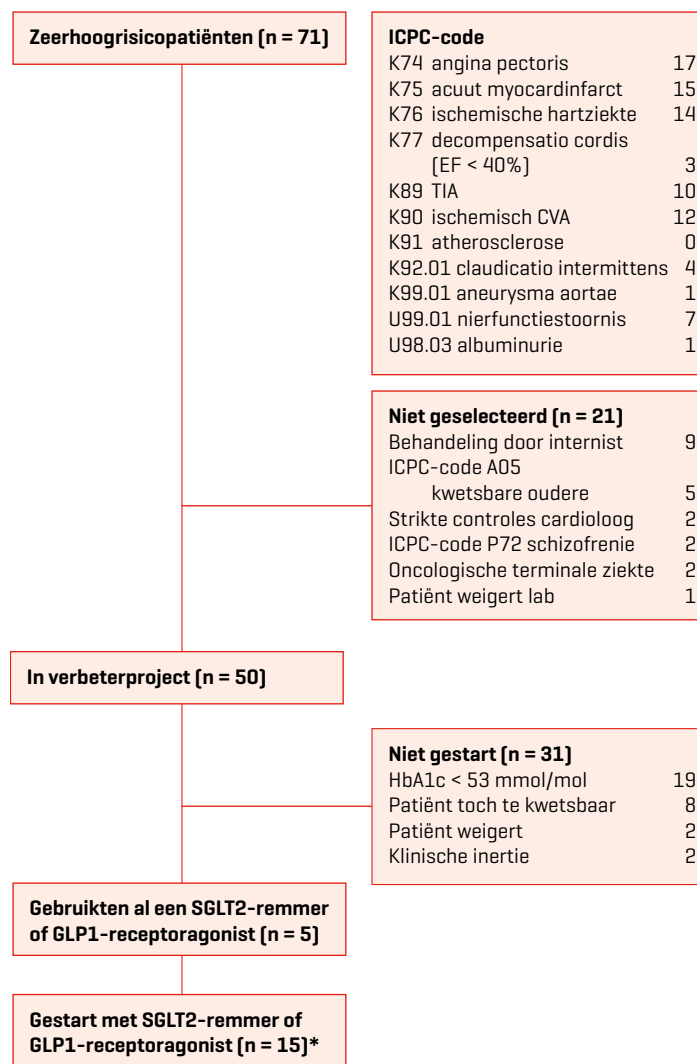
Het organiseren van het verbeterproject kostte 13 uur: 4 uur voor de indicatiestelling, 2 uur voor exclusie, 1 uur voor toevoeging van de attentieregel aan het dossier, 1 uur voor overleg met de apotheker over preferente middelen, 1 uur voor overleg met de POH-s en 4 uur voor de evaluatie na 6 maanden. Het maken van het protocol kostte 10 uur.

BESCHOUWING

Ons verbeterproject leidde ertoe dat uiteindelijk 13 patiënten een SGLT2-remmer of GLP1-receptoragonist gingen gebruiken en dat na minimaal 3 maanden nog steeds deden. In onze praktijk is dat 18% van de patiënten met diabetes mellitus type 2 en een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Wij vinden dit een goede opbrengst. Het *number needed to treat* van SGLT2-remmers voor alle cardiovasculaire en renale uitkom-

Figuur

Patiënten met diabetes en een zeer hoog cardiovasculair risico die in aanmerking kwamen voor nieuwe medicatie



* 1 patiënt die al een SGLT2-remmer gebruikte, startte met een GLP1-receptoragonist

sten is 6-17 gedurende 5 jaar, afhankelijk van de risicogroep.² In onze praktijk heeft het verbeterproject daarmee minstens 1 nieuwe cardiovasculaire of renale diagnose voorkomen. Bij 2 patiënten die volgens de NHG-Standaard een indicatie hadden, startte de huisarts de nieuwe medicatie niet. We spreken dan van klinische inertie. Beide patiënten hadden een HbA1c van 54 mmol/mol, dus mogelijk beschouwde de huisarts de diabetes als voldoende gereguleerd en zag geen meerwaarde in aanpassing van het beleid. Het is begrijpelijk dat huisartsen in zo'n grensgeval minder snel geneigd zijn de kans op bijwerkingen van een nieuw middel te accepteren. Het komt gelukkig zelden voor dat bijwerkingen zo ernstig zijn dat patiënten stoppen met het middel. In onze praktijk stopten 2 patiënten vanwege reflux en algehele malaise; dit zijn echter geen bekende reacties op SGLT2-remmers en ze zijn dus niet als bijwerking te beschouwen. Wel zagen we bij SGLT2-remmers meer urogenitale infecties dan het in de literatuur beschreven: *number needed to harm* van 7.²

De 2 patiënten die al voor de start van het verbeterproject een GLP1-receptoragonist gebruikten, deden dat waarschijnlijk volgens het advies in de voorgaande versie van de NHG-Standaard, los van de indicatie zeer hoog cardiovasculair risico. Onze eerste selectie op kwetsbaarheid maakten we aan de hand van ICPC-code A05 (algehele achteruitgang), toegekend op basis van de Groningen Frailty Indicator.⁴ Toch werd bij een relatief grote groep van 8 patiënten tijdens het consult alsnog vastgesteld dat zij te kwetsbaar waren om de nieuwe medicatie te gebruiken, bijvoorbeeld vanwege een nieuwe (oncologische) behandeling, beperkte levensverwachting of diureticagebruik. Anderzijds waren er ook patiënten die we op voorhand hadden geëxcludeerd en die bij individuele beoordeling mogelijk toch in aanmerking zouden zijn gekomen voor een nieuw middel. Kortom: je kunt kwetsbaarheid niet alleen beoordelen op basis van een uitdraai van het huisartsinformatiesysteem.

Een POH-s kan zelfstandig een soortgelijk project uitvoeren waarin de keuze voor deze soorten medicatie individueel en weloverwogen wordt gemaakt. Een protocol is daarvoor niet per definitie nodig: de informatie staat in de NHG-Standaard. Ons verbeterproject kostte 13 uur, een aanzienlijke tijd. In onze praktijk is de prevalentie van diabetes mellitus type 2 met 4,4% relatief laag: de landelijke prevalentie is 6,6%.⁵ In een praktijk met een hogere prevalentie zal een soortgelijk project meer tijd kosten. Toch denken we dat onze werkwijze niet alleen de kwaliteit van zorg bevordert maar ook efficiënt is. Het plaatsen van een memo bij patiënten met een indicatie voor de nieuwe middelen bespaarde de collega-huisartsen en POH-s tijd. Een alternatieve werkwijze is om per patiënt tijdens de reguliere diabetescontrole te kijken of er sprake is van een zeer hoog risico. Dat heeft het voordeel dat de absolute waarden van nierfunctie en albuminurie gemeten worden en een

eventuele nierfunctiestoornis dus niet gemist wordt. Nadeel is dat iedere huisarts en POH's-s bij elke patiënt de precieze (contra-)indicaties voor SGLT2-remmers en GLP1-receptoragonisten moet bekijken. Deze steeds herhaalde inspanning kost per saldo waarschijnlijk evenveel tijd. Bij een lagere controlefrequentie kan het tot een jaar duren voordat de patiënt de nieuwe medicatie krijgt.

Een aangepast stappenplan kan het verbeterproject efficiënter maken. Wanneer pas bij een HbA1c ≥ 53 mmol/mol wordt gekeken of de patiënt een zeer hoog risico heeft, hoeven naar verwachting minder patiënten beoordeeld te worden.

Tot slot moeten we ons realiseren dat projecten zoals het onze niet statisch zijn. Er komen nieuwe patiënten met een diagnose diabetes en/of hart- en vaatziekten bij of bestaande patiënten krijgen een nieuwe indicatie omdat hun HbA1c stijgt. Het lijkt ons daarom zinvol een project als dit jaarlijks te evalueren. Wij merkten dat huisartsen en POH's-s zich door het project bewuster werden van de (contra-)indicaties van SGLT2-remmers en GLP1-receptoragonisten. Op termijn is een jaarlijkse controle op het voorschrijfgedrag daardoor misschien niet eens meer nodig.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 binnen 6 maanden kan worden geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk door een gezamenlijke inspanning van de POH-s en de huisarts. ■

LITERATUUR

1. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;359:1577-89.
2. Palmer SC, Tendal B, Mustafa RA, Vandvik PO, Li S, Hao Q, et al. Sodium-glucose cotransporter protein-2 (SGLT-2) inhibitors and glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists for type 2 diabetes: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2021;372:m4573
3. Wiersma Tj, Hart B, Serné E, IJzerman R. Nieuw medicamenteus stappenplan in herziene NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1299-4.

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

Kessler CM, Meuwissen MA, Rutten GE. Implementatie van de herziene NHG-Standaard Diabetes. *Huisarts Wet* 2023[2];66:40-4. DOI:10.1007/s12445-022-2158-7.
C.M. Kessler, huisarts in opleiding, thans huisarts regio Midden-Nederland: ca.kessler@gmail.com. Huisartsenpraktijk Meuwissen, Van Ballegooijen, Vosseberg, Wageningen: M.A.M. Meuwissen, huisarts. UMC Utrecht: prof. dr. G.E.H.M. Rutten, emeritus hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Oplossing uw diagnose 'Gebeten in het bos'

Het juiste antwoord is d.

Beperk de lichaamsbeweging tot een minimum door de patiënt te laten zitten of liggen en houd de aangedane ledemaat laag. De aanname is dat dit de migratie van het toxine kan beperken. Oude behandelingen, zoals het aanleggen van een tourniquet, ijsapplicatie, uitzuigen of het branden of incideren van de wond, doen meer kwaad dan goed. Het gebruik van een tourniquet of ijs kan necrose bevorderen. Uitzuigen, branden of incideren van de wond leidt tot een verhoogd risico op infectie. Na een adderbeet ontstaan vaak snel hevige, brandende pijn, lokale tintelingen, zwelling en roodheid. De zwelling kan in uren naar proximaal uitbreiden over de extremiteit tot aan de romp. De huid kan blauwpaars verkleuren en in uitzonderlijke gevallen zien we blaarvorming of necrose. Lymfeklierzwelling kan optreden en de patiënt kan misselijk worden, braken en een vasovagale reactie krijgen. Door het gif kan een verhoogde bloedingsneiging ontstaan. Bij jonge kinderen kan het effect van een adderbeet ernstiger zijn door snelle volumedepletie bij ernstig oedeem en de relatief hoge dosis gif per kilogram lichaamsgewicht. Zeldzame ernstige effecten zijn hypotensie met nierfalen, myocardschade en shock. Ook kan het slangen gif een heftige anafylactische reactie geven, waarbij een zwelling van de tong of keel en longoedeem kunnen ontstaan. De systemische reactie op het slangen gif is over het algemeen 12-24 uur na de beet het ernstigst. Kinderen herstellen meestal binnen enkele dagen tot 3 weken na de beet. Bij volwassenen kunnen de klachten 1 tot 9 maanden aanhouden. Tijdens het herstel kunnen pijn en intermitterende zwelling optreden. Overigens is het in Nederland al bijna 50 jaar geleden dat iemand aan een adderbeet overleed.

Algemene adviezen bij een slangenbeet zijn: zorg voor rust, communiceer kalm met de patiënt en verwijder eventuele ringen en dergelijke. Maak zo mogelijk een foto van de slang. In deze casus is dit gedaan, waardoor meteen duidelijk was dat het om een Nederlandse adder (*Vipera berus*) ging [figuur 1]. Controleer of de patiënt een allergische constitutie heeft en markeer de zwelling met stift of pen. Geef paracetamol tegen de pijn. Overigens bevat niet elke beet van een gifslang gif: in 2 tot 50% van de gevallen is er sprake van een *dry bite*.

Als er behalve de beet geen symptomen zijn, valt het te overwegen om in overleg met de SEH zeer aandachtig thuis af te wachten. Voor kinderen met een beet van de Nederlandse adder geldt dat ze minimaal 24 uur moeten worden geobserveerd. Antiserum (via NVIC/RIVM) wordt overwogen wanneer – na een

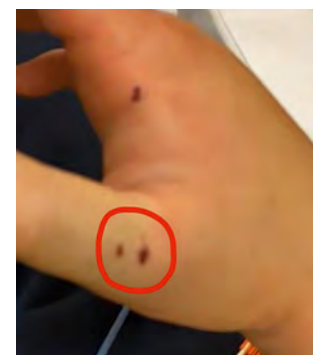
Figuur 1

De Nederlandse adder (*Vipera berus*)



Figuur 2

Beetplekken op de hand



beet in de hand of voet – het oedeem binnen 8 uur boven de elleboog of knie komt. Wanneer er sprake is van systemische effecten, zoals een stollingsstoornis, dyspneu, hypovolemische shock of nierinsufficiëntie, wordt het antiserum direct gegeven.

VERVOLG VAN DE CASUS

Onder ecg-bewaking en met noodmedicatie (adrenaline, clemastine en prednisolon) binnen handbereik, werd het antiserum bij onze patiënt toegediend. Daarop stopte de progressie van de zwelling. Hij bleef nog 2 nachten op de medium care. Na ontslag bleef de D-dimeerconcentratie nog een tijd verhoogd. Er trad geen wondnecrose op. De arm was nog 3 weken pijnlijk, werd slanker, maar zwol soms opeens weer op. De arm zag in die periode vaak wat grauw en de sensibiliteit van de huid was verminderd. Gedurende diezelfde periode was de patiënt bleek en vermoeid. De sensibiliteitsverandering verdween uiteindelijk na 3 maanden. Het gaat nu weer helemaal goed met de jongen.

LITERATUUR

1. Dijkman MA, et al. Nederlandse adder (*Vipera berus*). Beetprotocol. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum, 2012.
2. Vendrik J, Stijnis K, Ridderikhof M, Van Thiel P. Slangenbeten in Nederland. Huisarts Wet 2018;61:47-9.

De auteurs hebben deze 'Uw diagnose' gebaseerd op hun artikel 'Adder bijt jonge reptielliefhebber' [Ned Tijdschr Geneesk 2022;166:D6824], met toestemming van het NTVG. Klik hier voor het complete artikel: <https://www.ntvg.nl/artikelen/adder-bijt-jonge-reptielenliefhebber>.

Veiligheid van aspirine bij preventie van pre-eclampsie

Sophie van den Belt, Esther Feijen-de Jong

In de tweede lijn schrijven gynaecologen zwangere vrouwen die een hoog risico op pre-eclampsie lopen steeds vaker aspirine voor. De laatste tijd krijgen ook huisartsen regelmatig een verzoek om een aspirinerecept. Maar is aspirine wel veilig voor de (on)geboren baby? Recente publicaties laten zien dat aspirinegebruik tijdens de zwangerschap niet schadelijk is voor het kind. Huisartsen lijken daarom veilig aspirine voor te kunnen schrijven aan een zwangere vrouw, mits daar een indicatie voor is.

Pre-eclampsie is een zwangerschapscomplicatie die in Nederland voorkomt in 2-5% van de zwangerschappen.¹ Onderzoek heeft aangetoond dat aspirinegebruik tijdens de zwangerschap bij patiënten met een verhoogd risico op pre-eclampsie de kans op pre-eclampsie verlaagt (relatief risico (RR) 0,47, 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,34 tot 0,65, prevalentie 9,3% in de aspirinegroep versus 21,3% in de controlegroep).² De richtlijn van de Nederlandse vereniging van Obstetrie en Gynaecologie adviseert dan ook om bij vrouwen met minimaal 1 hoogerisicofactor op pre-eclampsie [tabel] een lage dosis aspirine (80 mg/dag) voor te schrijven.³ Ook bij 2 of meer matige risicofactoren is het gebruik van aspirine te overwegen. De vrouw zou dan met aspirine moeten starten na 12 weken amenorroeduur (maar niet eerder vanwege een mogelijk teratogeen effect op de organogenese) en bij voorkeur vóór het voltooiën van de zestiende week. Bij 36 weken amenorroeduur moet ze stoppen.

Tabel

Risicofactoren voor het ontstaan van pre-eclampsie⁴⁻⁶

Risico	Risicofactor
Hoog	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-eclampsie tijdens een eerdere zwangerschap • Chronische nierziekten • Auto-immuunaandoeningen, zoals systemische lupus erythematoses of het antifosfolipidesyndroom • Diabetes mellitus type 1 of 2 • Pre-existente hypertensie
Matig	<ul style="list-style-type: none"> • Nullipariteit • Maternale leeftijd ≥ 40 jaar • Interval tussen zwangerschappen > 10 jaar • Pre-eclampsie in de familieanamnese (moeder of zuster) • Obesitas (BMI > 35) • Meerlingzwangerschap • Placentaire insufficiëntie in de obstetrische voorgeschiedenis [bijvoorbeeld een eerder kind met een laag geboortegewicht of perinatale sterfte als gevolg van placenta-insufficiëntie of onverklaarde perinatale sterfte] • Zwangerschap na eiceldonatie



Aspirinegebruik verlaagt het risico op pre-eclampsie bij zwangere vrouwen met een hoog risico hierop.

Onlangs stelde een patiënte mij als aios de vraag of behandeling met aspirine veilig is voor haar (on)geboren kind. Om deze vraag te kunnen beantwoorden voerden we een CAT uit met de volgende vraagstelling: heeft het slikken van aspirine ter preventie van pre-eclampsie bij zwangere vrouwen ongewenste effecten op de (on)geboren baby?

ZOEKSTRATEGIE

Op 28 april 2022 zochten we in de Cochrane Database met de zoektermen 'pre-eclampsia' AND 'acetylsalicylic acid OR aspirin'. Dit leverde 7 systematische reviews op. De meta-analyse van Duley et al. uit 2019 vonden we wegens de recente publicatiedatum en een focus op complicaties het geschikt.⁷ In PubMed zochten we op 'Pre-Eclampsia'[Mesh] AND 'Aspirin'[Mesh] en selecteerden we op 'clinical trial', 'review' en 'publicatiedatum vanaf 2019'. Na de publicatie van de meta-analyse van Duley et al. werden er 39 reviews en 19 klinische trials gepubliceerd, waaronder een gerandomiseerde

dubbelblinde placebogecontroleerde klinische trial uit 2020 (Hoffman et al.).⁸ Dit artikel kozen we vanwege zijn actualiteit en geschikte uitkomstmaten om verder te beoordelen. De overige gevonden klinische trials hadden een vraagstelling die minder goed aansloot bij deze CAT.

RESULTATEN EN BESCHOUWING

De meta-analyse van Duley et al., waarin het gebruik van trombocytenuitremmers op het voorkomen van pre-eclampsie en de complicaties van het gebruik werden onderzocht, includeerde 77 onderzoeken (40.249 vrouwen en hun baby's).⁷ Alle geïncludeerde vrouwen hadden 1 of meer risicofactoren voor het ontwikkelen van pre-eclampsie en waren afkomstig uit middel- tot hooginkomenlanden. Tachtig procent van de data kwam uit 9 grote onderzoeken, waarin de dagdosering aspirine varieerde van 50 tot 150 mg. Een van deze onderzoeken was niet placebogecontroleerd. Aspirine verlaagde het risico op pre-eclampsie met 18% (RR 0,82; 95%-BI 0,77 tot 0,88). De kans op premature geboorte was 9% kleiner (RR 0,91; 95%-BI 0,87 tot 0,95) en die op foetale sterfte was 15% kleiner (RR 0,85; 95%-BI 0,76 tot 0,92). Ook het risico op een laag geboortegewicht nam af wanneer de vrouw aspirine gebruikte (RR 0,84; 95%-BI 0,76 tot 0,92). Het risico op een ernstige ongunstige uitkomst (maternale sterfte, foetale sterfte, pre-eclampsie, een laag geboortegewicht of prematuriteit) was 10% lager in de aspirinegroep (RR 0,90; 95%-BI 0,85 tot 0,96). De follow-upduur van de meeste onderzoeken was kort; 2 grote onderzoeken die kinderen (n < 5000) vervolgden tot de leeftijd van 18 maanden toonden geen verschillen tussen de 2 groepen.

Deze systematische review en meta-analyse is zorgvuldig uitgevoerd. De auteurs doorzochten multiële databases en hebben de gebruikte zoektermen uitgebreid beschreven. Het risico op bias werd door 2 auteurs onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Statistische analyses zijn adequaat toegepast en indien beschikbaar hebben de auteurs individuele patiëntengegevens voor de meta-analyse gebruikt. Hoewel ze ook onderzoeken includeerden waarin een andere vorm van trombocytenuitremming werd gebruikt, kregen de meeste interventiegroepen aspirine. Bij het grootste gedeelte van de onderzoeken ontving de controlegroep een placebo; in enkele onderzoeken kreeg de controlegroep geen behandeling. Omdat de doseringen per onderzoek verschilden, is het lastig om te bepalen wat de effectiefste dosering is. Ook wordt niet duidelijk welk moment tussen de twaalfde en zestiende zwangerschapsweek precies het juiste is om met medicatie te starten.

Hoffman et al. onderzochten of het gebruik van een lage dosering aspirine tijdens de zwangerschap het risico op prematuriteit verlaagt.⁸ Ze includeerden 11.976 gezonde nullipara's met een zwangerschapsduur tussen 6 en 13 weken. Het onderzoek vond plaats in een eerstelijnssetting in 6 landen met een laag tot middeninkomen (India, Pakistan, Zambia, Congo, Guatemala en Kenia). De primaire uitkomstmaat was vroeggeboorte (geboorte tussen 20 en 37 weken zwangerschap). Secundaire

uitkomstmaten betroffen zowel de moeder (onder andere hypertensieve aandoeningen, maternale sterfte, bloedverlies rond de partus) als het kind (bijvoorbeeld foetale sterfte of een laag geboortegewicht). De onderzoekers verdeelden de deelnemers willekeurig over een behandeling met 81 mg aspirine/dag of een placebo, gestart tussen de zesde en dertiende zwangerschapsweek. De deelnemers en het onderzoeks- en gezondheidspersoneel waren geblindeerd. Therapietrouw werd gedefinieerd als adequaat wanneer de deelnemers minimaal 90% van de medicatie innamen.

Vroeggeboorte kwam significant minder vaak voor in de aspirinegroep (n = 668) dan in de placebogroep (n = 754) (RR 0,89; 95%-BI 0,81 tot 0,98). Ook deed foetale sterfte zich minder vaak voor in de aspirinegroep. De onderzoekers vonden geen verschil in geboortegewicht en ook geen ander risico voor het kind. Opvallend is het hoge percentage keizersnedes (25%) in beide groepen, waarvoor de auteurs geen verklaring geven. Therapietrouw was adequaat in 85% van de onderzoeksopulatie – een sensitiviteitsanalyse met alleen therapietrouwe participanten zou interessant zijn. Op grond van de resultaten van dit grote en nauwkeurig uitgevoerde onderzoek in een eerstelijnsopulatie kunnen we concluderen dat aspirinegebruik tijdens de zwangerschap veilig lijkt voor het kind.

CONCLUSIE

Aspirinegebruik tijdens de zwangerschap verlaagt het risico op pre-eclampsie bij vrouwen met een hoog risico op het ontwikkelen van pre-eclampsie. De onderzoeken laten zien dat het gebruik van aspirine veilig lijkt voor het (ongeboren) kind. Wanneer de verloskundige een indicatie stelt vanwege een verhoogd risico op pre-eclampsie kan een huisarts deze patiënte acetylsalicylzuur voorschrijven van de twaalfde tot zesentwintigste zwangerschapsweek, in een dosering van eenmaal daags 80 mg voor de nacht. ■

LITERATUUR

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170:1-7.
2. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynaecol* 2010;116:402-14.
3. NVOG. Richtlijn Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap. 2021. Beschikbaar via: <https://richtlijnenndatabase.nl>. Geraadpleegd op 25 augustus 2021.

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

Van den Belt SM, Feijen-de Jong EI. Veiligheid van aspirine bij preventie van pre-eclampsie. *Huisarts Wet* 2023;66(2):46-7. DOI:10.1007/s12445-022-2161-z.
Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Groningen: dr. S.M. van den Belt, aios, s.m.van.den.belt@umcg.nl; Sectie Verloskundige Wetenschap: dr. E.I. Feijen-de Jong, universitair docent verloskunde.
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.
Dit is een critically appraised topic (CAT), waarbij de auteur een evidencebased antwoord wil krijgen op een praktijkvraag.



Gewijzigd advies over ijzersuppletie in herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode

Vera-Christina Mertens, Jolanda Wittenberg

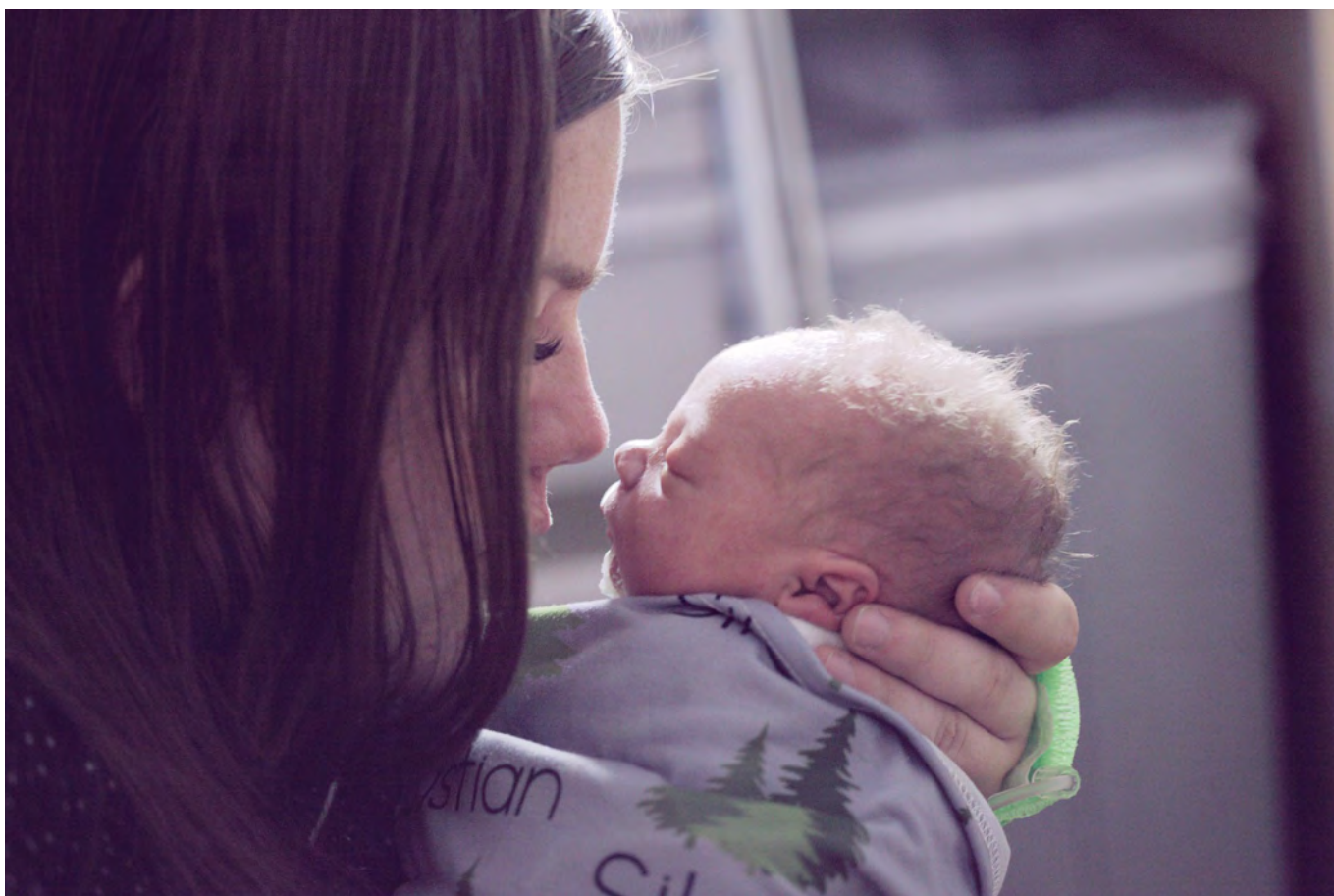
De belangrijkste wijzigingen in de herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode zijn de aangepaste frequentie van ijzersuppletie bij ijzergebreksanemie en het besluit om geen ketonen meer te bepalen bij de diagnostiek van hyperemesis gravidarum. Daarnaast hebben we uitgebreidere informatie opgenomen over normaal huilgedrag en over gastro-oesofageale reflux bij de pasgeborene.

In januari 2021 is in de NHG-Standaard Anemie de behandeling van ijzergebreksanemie herzien. De frequentie van ijzersuppletie ging bij niet-zwangeren van 2 keer per dag naar 2 keer per week, omdat uit onderzoek bleek dat minder vaak suppleren net zo effectief is en minder bijwerkingen geeft. Dit wordt verklaard door de rol van hepcidine. Hepcidine wordt gemaakt in de lever en neemt toe bij een hogere intracellulaire ijzerconcentratie, waardoor de ijzeropname in

de darm gedurende 24 uur wordt geremd. Ongeveer 48 uur na ijzersuppletie is de hepcidineconcentratie weer genormaliseerd.

De wijziging in de NHG-Standaard Anemie was reden voor de NHG-werkgroep Zwangerschap en kraamperiode om ook de frequentie van ijzersuppletie bij zwangeren te onderzoeken. Uit onderzoek blijkt dat ook bij zwangeren intermitterende ijzersuppletie even effectief is vergeleken met dagelijks suppleren. Na 16 weken was eenzelfde verbetering in Hb bereikt. Of dagelijks suppleren tot een snellere Hb-stijging zorgt, is niet onderzocht. Voor zwangeren kan dat van belang zijn, omdat het wenselijk is om met een Hb > 6,5 mmol/l de bevalling in te gaan.

De werkgroep beveelt ferrofumaraatablet 200 mg aan; 2 tot 7 keer per week. We adviseren de keuze in behandel-frequentie met de vrouw te bespreken. Neem de duur van de zwangerschap, de ernst van de anemie en de (ernst van) bijwerkingen



Het advies over ijzersuppletie is aangepast in de herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode.

Foto: Unsplash/Alexander Grey

(misselijkheid, obstipatie) mee in de afweging. (Ernstige) anemie in het derde trimester pleit mogelijk voor dagelijkse suppletie. Voordeel van intermitterende ijzersuppletie is dat het minder bijwerkingen (maag-darmklachten, zoals misselijkheid en obstipatie) geeft. Nadeel van intermitterende suppletie kan zijn dat een inname wordt vergeten. Als de zwangere veel bijwerkingen (maag-darmklachten) ervaart, kan – als er is gekozen voor dagelijkse suppletie –, de frequentie worden aangepast naar bijvoorbeeld 2 of 3 keer per week.

De voorkeur voor ferrofumaraat blijft overigens ongewijzigd voor alle patiëntengroepen. De voordelen van dit middel zijn de laagste kosten, de minste interactie met andere geneesmiddelen en geen milieuschade. Ferrofumaraat 200 mg bevat 65 mg elementair ijzer.

[HYPER]EMESIS GRAVIDARUM

Zwangerschapsmisselijkheid en -braken komen vaak voor. Interventies om de klachten te verminderen zijn zeer welkom en de werkgroep heeft alle onderzoeken naar de behandeling van (hyper)emesis gravidarum (HG) bekeken. Helaas vond de werkgroep geen nieuwe inzichten voor een behandeling in de eerste lijn en zijn de aanbevelingen daarom ongewijzigd. Na de toepassing van niet-medicamenteuze adviezen, zoals het nuttigen van frequente kleine maaltijden en rust, kan bij ernstige hinder worden overgegaan op behandeling met meclozine (eerste keus) of metoclopramide (tweede keus).

HG kenmerkt zich door ernstige misselijkheid en braken buiten het normale spectrum van zwangerschapsmisselijkheid. Internationaal is er geen overeenstemming over de diagnostische criteria. Veelgebruikte criteria zijn misselijkheid en braken vanaf vroeg in de zwangerschap (4 tot 8 weken), gewichtsverlies, dehydratie en elektrolytstoornissen. Verder heeft HG een negatieve impact op de kwaliteit van leven en functioneren in het dagelijks leven. Ook gaat HG vaak gepaard met psychische klachten en zelfs posttraumatische stressstoornis.

Uit onderzoek blijkt dat ketonurie geen graadmeter is voor dehydratie of de ernst van HG. Daarmee is de bepaling van ketonurie niet van toegevoegde diagnostische waarde en bevelen we dit niet meer aan. De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld.

HG treedt op bij 0,2-2% van de zwangeren en is de meest voorkomende reden van een ziekenhuisopname in de eerste helft van de zwangerschap. Verwijs bij (vermoeden van) uitdroging, gewichtsverlies of onvoldoende verbetering van de klachten, ondanks behandeling met anti-emetica naar de tweede lijn. Het herhalingsrisico op HG is groot: 15-80% bij een volgende zwangerschap.

GASTRO-OESOFAGEALE REFLUX, NORMAAL HUILGEDRAG EN PROTONENPOMPREMERS (PPI'S)

De informatie over gastro-oesofageale reflux bij de pasgeborene is uitgebreid en geactualiseerd. Ook is informatie toegevoegd over huilen bij pasgeborenen; hoeveel huilen kan als normaal beschouwd worden en wanneer spreek je van overmatig huilen?

Twee uur huilen op een dag met een piek rond de leeftijd van 6 weken kan als normaal worden beschouwd. Dit kan ouders geruststellen, maar neemt niet weg dat de psychosociale belasting van ouders en verzorgers van kinderen die huilen hoog is. Er zijn geen bewezen effectieve interventies om het huilgedrag te verminderen. De jeugdgezondheidszorg heeft in de begeleiding van de ouders een leidende rol. Samenwerking met de huisarts kan nodig zijn vanwege de impact op ouders en hun dagelijks leven.

Bij kinderen die overmatig huilen wordt vaak de link gelegd met eventueel aanwezige reflux. Symptomen van gastro-oesofageale reflux zijn een fysiologisch fenomeen dat bij 50% van alle pasgeborenen voorkomt. Terugvloeiën van melk in de mond en spugen in de eerste levensmaanden wordt vaak veroorzaakt door een volumereflex vanwege te veel voeding. Als de reflux ook gepaard gaat met prikkelbaarheid en/of huilen, wordt de reflux door de ouders vaak als oorzaak aangewezen. Bij een zuigeling met gastro-oesofageale reflux – die alleen spuugt en/of ontroostbaar huilt, maar wel goed groeit en voedsel accepteert – is geen behandeling nodig.

Terugvloeiën van melk in de mond en spugen in combinatie met achterblijvende gewichtstoename en groeivertraging en/of voedselweigeren kan wijzen op gastro-oesofageale refluxziekte. De behandeling is niet-medicamenteus en bestaat uit deze stappen: 1) vaker voeden met kleinere hoeveelheden, overvoeding vermijden; 2) gedurende 14 dagen verdikken van de kunst- of gekolfde voeding met bijvoorbeeld johannesbroodpitmeel; 3) overwegen van een koemelkeiwitvrij dieet (gehydrolyseerde voeding) voor diagnostische doeleinden, omdat de symptomen van koemelkeiwitallergie overlappen met die van gastro-oesofageale refluxziekte. Volg hierbij het Protocol eliminatie-provocatie koemelkallergie. Bij borstgevoede kinderen kan de moeder koemelkeiwit uit haar dieet verwijderen. We bevelen geen behandeling met PPI's aan bij pasgeborenen met (een vermoeden van) gastro-oesofageale refluxziekte. In onderzoek kon geen verschil in spugen, reflux of groei worden aangetoond tussen de interventiegroep (PPI's) en de controlegroep (placebo). ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode op richtlijnen.nhg.org.

Mertens VC, Wittenberg J. Gewijzigd advies over ijzersuppletie in herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2023;66(2):48-9. DOI:10.1007/s12445-022-2165-8. Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. V.C. Mertens: wetenschappelijk medewerker NHG: kenniscentrum@nhg.org. J. Wittenberg: senior wetenschappelijk medewerker NHG. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De werkgroep die de herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode heeft geschreven bestond [op alfabetische volgorde] uit: K. Damen, P. Haga, S. Meijer, dr. V.C. Mertens, N. Repelaer, A. Schep, N. Stevens, dr. K.M. van Asselt, J. Wittenberg.

Aandacht voor overloopblaas in NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen

Selma Bouthoorn, Gerda van der Weele

De herziene NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen besteedt aandacht aan de diagnostiek en het beleid bij een overloopblaas. Denk aan een overloopblaas bij klachten van frequente mictie, (nachtelijke) incontinentie en een percuteerbare en/of palpabele niet-pijnlijke blaas. Niet nieuw in deze herziening, maar wel 1 van de belangrijkste aanbevelingen is: overweeg medicatie bij specifieke mictieklachten alleen bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze adviezen en behandeling. Medicatie heeft maar beperkt effect en kent wel potentiële bijwerkingen.

Net als in de oude standaard wordt het begrip specifieke mictieklachten gebruikt voor een verzameling aan klachten tijdens het urineren. De internationale literatuur en urologen hanteren hiervoor de term *lower urinary tract symptoms* (LUTS). Het kan gaan om een moeilijk op gang komende mictie (hesitatie), zwakkere straal, moeite met uitplassen, nadruppelen, plotselinge en hevige aandrang (urgency), toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts (nycturie). Diagnostisch is het van belang om specifieke mictieklachten

te onderscheiden van specifieke mictieklachten, zoals urine-weginfectie, urethritis en urethrastrictuur. Vraag daarnaast naar eventuele achterliggende zorgen. Bij angst voor prostaatkanker past uitleg dat mictieklachten zeer vaak voorkomen, maar zelden de voorbode zijn van prostaatkanker. De behandeling van specifieke mictieklachten is primair gericht op leefstijladviezen, zoals regelmatige lichaamsbeweging, adequate vocht- en vezelinname bij obstipatie, en beperking van koffie- en alcoholgebruik. Overweeg daarnaast een niet-medicamenteuze behandeling, zoals bekkenbodemspier-oefeningen bij specifieke mictieklachten of blaastraining als urgency op de voorgrond staat. Overweeg medicatie bij ernstige klachten en onvoldoende baat van de niet-medicamenteuze aanpak: een alfablokker of, als urgency-klachten op de voorgrond staan, een muscarineantagonist (voorheen anticholinergicum genoemd). Als bij evaluatie na 6 weken blijkt dat verbetering is opgetreden, is het advies de medicatie gedurende 3-6 maanden te continueren en daarna op proef te staken. Herhaal de medicatie eventueel opnieuw voor 3-6 maanden als de klachten recidiveren.



Denk aan een overloopblaas bij klachten van frequente mictie, (nachtelijke) incontinentie en een percuteerbare en/of palpabele niet-pijnlijke blaas.

Foto: Shutterstock

CHRONISCHE RETENTIE EN OVERLOOPBLAAS

Niet goed kunnen uitplassen kan leiden tot een chronisch verhoogd residu (chronische urineretentie) en klachten van een overloopblaas: zwakke straal, frequente mictie en incontinentie, zowel overdag als 's nachts. Een overloopblaas wordt vaak niet herkend omdat klachten langzaam ontstaan en vaak niet heel ernstig zijn. Ook zijn mannen nog in staat tot (pijnloze) mictie. Hoe frequent chronische retentie voorkomt, is niet duidelijk. Een mogelijke complicatie van chronische retentie/overloopblaas is nierfunctieverlies ten gevolge van stuwning in de hoge urinewegen. Bij een sterk vermoeden van een overloopblaas is verwijzing naar een uroloog geïndiceerd. Overleg daarbij over de termijn waarbinnen patiënt gezien moet worden. Bij twijfel over de diagnose wordt aanbevolen om met een echo het residuvolume vast te stellen om hydro-nefrose uit te sluiten.

INCONTINENTIE

Anders dan in de oude NHG-Standaard maken we in deze herziene versie onderscheid tussen verschillende typen incontinentie: aandrangincontinentie (ook urge of urgency-incontinentie genoemd), inspanningsincontinentie (ook stressincontinentie genoemd) en gemengde incontinentie, een combinatie van beide vormen. Bij mannen gaat het meestal om aandrangincontinentie (40-80%). Daarna om de gemengde vorm (10-30%) en het minst vaak om zuivere inspannings-

incontinentie (< 10%). Het onderscheid is van belang omdat de behandeling verschilt. Bij aandrangincontinentie wordt blaastraining geadviseerd, bij inspanningsincontinentie bekkenbodemspieroefeningen. Bij de gemengde vorm wordt eerst de meest hinderlijke vorm van incontinentie behandeld. Zo nodig kan daarna de behandeling die past bij het andere type incontinentie worden toegevoegd. Afhankelijk van de wens van patiënt en huisarts kan hiervoor naar een bekkenfysiotherapeut worden verwezen. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen op richtlijnen.nhg.org.

Bouthoorn SH, Van der Weele GM. Aandacht voor overloopblaas in NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Huisarts Wet 2023[2];66:50-1. DOI:10.1007/s12445-022-2152-0. Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. S.H. Bouthoorn, huisarts en wetenschappelijk medewerker: kenniscentrum@nhg.org; dr. G.M. van der Weele, huisarts n.p. en senior wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven. De werkgroep die de herziene versie van de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen heeft geschreven, bestond uit: dr. M.H. Blanker, dr. ir. J.H. Greving, S. Klinkhamer, J.M.E. van der Does, A.J.A. van Dijk¹, R.L.S. Weersma en dr. R.J. Wolters.



De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) zet zich in om het vertrouwen van de samenleving in de geneeskundige zorg te bevorderen. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat zij zorg krijgen van een arts die goed opgeleid en bevoegd is. Een van de belangrijkste taken van de RGS is aanvragen voor registratie, herregistratie, opleiding en erkenning van opleiders en instellingen beoordelen. De RGS valt onder de KNMG.

Het NHG en de LHV zoeken **Bestuursleden Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten**

Wij zoeken praktiserende huisartsen, lid van het NHG en/of de LHV, die met 2 voeten in de klei staan en zicht hebben op wat er daadwerkelijk gebeurt in de opleiding. Aangevuld met ideeën wat er bestuurlijk of beleidsmatig anders zou kunnen.

Het RGS-bestuur vergadert ongeveer 7 keer per jaar. Hiervoor is een vacatievergoeding beschikbaar.

Zie voor meer informatie: www.nhg.org/bestuurslidrgs

U kunt tot **7 maart 2023** uw motivatie en cv sturen naar [Lisette Verlee](mailto:l.verlee@nhg.org), bestuurssecretaris NHG via l.verlee@nhg.org.

Slim noteren gewichtsproblemen en bariatricie in het HIS

Maret Zonneveld, Heleen van Boetzelaer, Annet Sollie

Obesitas is een belangrijke voorspeller van ziekte en heeft bovendien invloed op de farmacokinetiek van medicijnen. Datzelfde geldt voor een bariatrische ingreep. Zowel obesitas als een doorgemaakte bariatrische ingreep moeten daarom in 1 oogopslag zichtbaar zijn in uw HIS. Hoe bereikt u dit?

Het aantal mensen met gewichtsproblemen neemt nog altijd toe en mensen met overgewicht en obesitas bezoeken vaker hun huisarts. In 2021 had de helft van de Nederlanders van 18 jaar en ouder matig tot ernstig overgewicht, had 14,3% van hen obesitas en was de prevalentie van morbide obesitas 1,0 tot 1,5%.¹ Overgewicht komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij obesitas is dat andersom (15% van de vrouwen versus 13% van de mannen in 2017; op basis van gegevens van het CBS vanaf 1981 over lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht).² De NHG-Standaard Obesitas geeft aan dat onderzoek onder de Nederlandse populatie uit 2001 laat zien dat mensen met gewichtsproblemen meer chronische aandoeningen hebben, waarvoor zij vaker medicatie voorgeschreven krijgen.³ Het betreft vooral endocriene, cardiovasculaire en gastro-intestinale aandoeningen, ziekten van het bewegingsapparaat en de huid, en bij vrouwen ook respiratoire aandoeningen.

Een bariatrische ingreep leidt tot significant en langdurig gewichtsverlies (gemiddeld 20 tot 30 kg, tot zeker 10 jaar na de operatie). Uit onderzoek blijkt dat diabetes na bariatricie bij ruim driekwart van de aangedane patiënten verdwijnt. Hyperlipidemie verbetert bij 70% of meer van de patiënten, hypertensie verdwijnt bij ruim 60% en ruim 80% is verlost van obstructieve slaapapneu.¹

HET BELANG VAN MEDICATIEBEWAKING

Morbide obesitas (BMI ≥ 40) beïnvloedt de farmacokinetiek door een toegenomen vetmassa, een verhoogd hartminuutvolume en een sterkere doorbloeding van de lever en de nieren. Voor een aantal geneesmiddelen is een onderbouwd doseringsadvies voor obesitaspatiënten beschikbaar.⁴ Daarom is het belangrijk dat er bij patiënten met morbide obesitas automatische medicatiebewaking plaatsvindt.

Het ondergaan van een bariatrische ingreep is ook reden om extra goed op te letten bij het voorschrijven van medicatie.⁴⁻⁶ NSAID's kunnen na bariatrische chirurgie eerder aanleiding geven tot klachten (irritatie van het maagslijmvlies, het ontstaan van ulceraties). Orale anticonceptie is na een bariatrische behandeling mogelijk minder betrouwbaar. Ook kan de opname van psychofarmaca en anti-epileptica na bariatrische chirurgie veranderen, terwijl de plasmaspiegel van deze



middelen in het lichaam juist van groot belang is voor het therapeutisch effect. Verder veroorzaakt de ingreep malabsorptie van vitaminen en mineralen.

Casus: verwijzing maagverkleining

Enkele maanden geleden bezoekt de 56-jarige meneer Willems uw spreekuur omdat hij een verwijzing wil voor een maagverkleining. Hij tobt al jaren met zijn gewicht en is het afgelopen jaar flink aangekomen. Zijn BMI is gestegen van 39 naar 41. U verwijst hem en enige tijd later ondergaat hij een laparoscopische maagverkleining. Dit leidt tot gewichtsverlies en een BMI van 22. Hoe legt u dit vast in uw HIS?

ICPC EN MEDICATIEBEWAKING

Voor overgewicht en obesitas zijn 2 ICPC-codes beschikbaar: T83 Overgewicht en T82 Adipositas [tabel]. Morbide obesitas valt onder de laatste code. Bij een patiënt als meneer Willems uit de casus registreert u ICPC-code T82 en geeft u in de episodenaam aan dat er sprake is van morbide obesitas. De episode T82 Adipositas verdient attentiewaarde (probleemstatus). Uw HIS vraagt (op basis van de NHG-Tabel 50-ICPC en attentiewaarde) automatisch of u deze attentiewaarde wilt toekennen.⁷ Bij het vastleggen van ICPC-code

Tabel

Samenvatting van het ICPC-registratieadvies bij gewichtsproblemen

Probleem	BMI	ICPC-code	Attentiewaarde	Contra-indicatie
Overgewicht	BMI 25-29,9	T83 Overgewicht	Nee	-
Obesitas	BMI 30-39,9	T82 Adipositas	Ja	-
Morbide obesitas	BMI ≥ 40	T82 Adipositas	Ja	3156 Morbide obesitas

T82 Adipositas vraagt uw HIS (met behulp van NHG-Tabel 27-ICPC en contra-indicatieaarden) ook automatisch of u de contra-indicatie 3156 Morbide obesitas wilt vastleggen.⁸ Als er na een bariatrische ingreep geen sprake meer is van obesitas, zoals bij meneer Willems, sluit u de contra-indicatie morbide obesitas af.

BEHANDELINGEN EN MEDICATIEBEWAKING

Wanneer uw HIS de mogelijkheid biedt om ook behandelingen vast te leggen, adviseren we om na een bariatrische ingreep de meest passende van de volgende behandelingen te registreren:

- 1382 36.05 partiële maagresectie met distale anastomose naar jejunum
- 1369 36.06 overige partiële maagresectie
- 1469 36.07 totale maagresectie
- 1451 36.08 laparoscopische maagverkleining

Uw HIS vraagt u (als de NHG-Tabel 64-Behandelingen en contra-indicatieaarden is ingebouwd) na het invoeren van een bariatrische ingreep of u de bijbehorende contra-indicatie 1355 Bariatrische chirurgie wilt vastleggen.⁹ Deze contra-indicatie blijft levenslang gelden.

Indien uw HIS geen specifiek dossierdeel Behandelingen heeft, neemt u de doorgemaakte behandeling op in de episodenaam, bijvoorbeeld T82 Adipositas, gastric bypass (2020). De contra-indicatie 1355 Bariatrische chirurgie moet u in dit geval handmatig vastleggen.

MEETWAARDEN

Wanneer u uw onderzoeksgegevens registreert als meetwaarden conform de NHG-Tabel Diagnostische bepalingen (lengte code 560, gewicht 357, queteletindex (BMI) 1272), kunt u het beloop van het gewicht in de tijd goed vervolgen, spiegelinformatie genereren en de relatie tot referentiewaarden snel zien.¹⁰ Bij een BMI ≥ 40 wordt de patiënt bovendien meegenomen in de selecties voor de griepvaccinatie.

CONCLUSIE

Wees alert bij het voorschrijven van medicatie bij mensen met overgewicht, adipositas en in het bijzonder bij morbide obesitas. Dit geldt zeker ook na een doorgemaakte bariatrische ingreep.

- Leg een episode met de correcte ICPC-code en een duidelijke episodenaam vast.
- Leg ook de bariatrische ingreep vast als Behandeling, als uw HIS dit ondersteunt.
- Leg voor de medicatiebewaking de juiste contra-indicatie vast, namelijk:
 - de contra-indicatie Morbide obesitas bij een BMI ≥ 40
 - de contra-indicatie Bariatrische chirurgie na bariatrie.

Bij correcte registratie van het gewichtsprobleem en/of een doorgemaakte bariatrische ingreep ondersteunen de meeste HIS'en u hierbij. ■

LITERATUUR

1. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-37.
2. CBS. Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981. 2020. [Cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81565NED](https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81565NED). Geraadpleegd op 30 december 2022.
3. NHG-werkgroep Obesitas. NHG-Standaard Obesitas. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2020. Geraadpleegd op 30 december 2022.

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

Zonneveld M, Van Boetzelaer H, Sollie A. Slim noteren gewichtsproblemen en bariatrie in het HIS. *Huisarts Wet* 2023;66(2):52-3. DOI:10.1007/s12445-023-2173-3.
NHG, afdeling Automatisering, Utrecht: M. Zonneveld, wetenschappelijk medewerker en huisarts, m.zonneveld@nhg.org; H. van Boetzelaer, programmamanager informatisering huisartsenzorg. Huisarts en Wetenschap, Utrecht: dr. A. Sollie, e-redacteur en huisarts.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

NARCOLEPSIE TE ONBEKEND?

Bosman R. | Een verschil van dag en nacht. Narcolepsie in perspectief | Uitgeverij Boekengilde | prijs € 15 | ISBN 978 909 464 374 261



Uit de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen weten we dat een onbedwingbare neiging om overdag in slaap te vallen (hypersomnie) moet doen denken aan ongebruikelijke slaapproblemen. Bij het obstructievelaapapneusyndroom, het vertraagdeslaap-fasesyndroom en narcolepsie staan namelijk slaperigheid overdag op de voorgrond. Narcolepsie komt weinig voor, maar heeft een enorme impact op het dagelijks

leven. Roland Bosman, de auteur van *Een verschil van dag en nacht. Narcolepsie in perspectief*, is ervaringsdeskundige. Naast in slaap vallen en meteen in een droom belanden (waardoor soms aan hallucinaties wordt gedacht), beschrijft hij ook hinderlijke valpartijen (kataplexie). Bosman studeerde toegepaste communicatiewetenschap en dat is ook te merken aan dit boek. Het is vrij gemakkelijk te lezen door compacte, goed afgegrensde onderdelen. Het bevat relevante informatie en antwoorden op veelgestelde vragen. Het is niet alleen een goed boek om aan patiënten en hun naasten aan te bevelen, maar ook interessant voor huisartsen. Behalve informatie over de stoornis geeft het ook een goed beeld van de manier waarop de auteur zijn leven weer heeft opgepakt en heeft doorgezet, ondanks alle tegenslagen en sombere tijden. Ook patiënten met andere chronische ziekten geeft het een perspectief. Prachtig is daarnaast de suggestie om troost te zoeken in muziek – een heuse top 10, inclusief QR-codes, geeft steun door songteksten.

Jean Muris

WAARDERING: ●●●●●

COLOFON

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

Redactie

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

Redactie bureau

Nielke Debets, Mariëtte de Rie [secretariaat], Judith Mulder [bladmanager], Ellen Olbers [webredactie], dr. Annet Sollie [e-redacteur], Susan Umans, Steven de Kock, 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. Met dank aan Team Kwaliteit. Beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

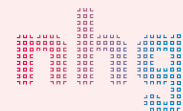
Abonnementen

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

Voorwaarden

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

© 2023 NHG
ISSN 0018-7070



WERKEN AAN DE TOEKOMST

NHG ontwikkelt meerjarenbeleidsplan voor 2023-2027

Het huisartsenvak is een prachtig vak, maar het kent ook vele uitdagingen. Als NHG willen we u daarbij zo goed mogelijk ondersteunen. Het NHG is immers van en voor de huisarts. Die functie en focus willen we naar de toekomst toe borgen. Ik neem u graag mee in een traject dat we het afgelopen najaar zijn gestart: het opstellen van een nieuw meerjarenbeleidsplan.

Bij de ontwikkeling van het nieuwe meerjarenbeleidsplan formuleren we een aangescherpte missie en visie van het NHG. En hebben we de kern van het NHG weer scherpgesteld. Het plan geeft handvatten bij kwesties als: stappen we als NHG wel of niet in bij specifieke ontwikkelingen, kansen en verzoeken? En zo ja, op welke manier doen we dat? Het nieuwe meerjarenbeleidsplan stuurt onze activiteiten en werkzaamheden voor de periode 2023-2027.

Raamwerk

Aan het nieuwe meerjarenbeleidsplan ligt een zorgvuldig tot stand gekomen raamwerk ten

grondslag. Onder leiding van Van de Bunt Adviseurs ging een groep NHG-medewerkers aan de slag met het opstellen van het meerjarenbeleidsplan. Het is getoetst aan onder andere de NHG-statuten, het vorige meerjarenbeleidsplan en het Integraal Zorg Akkoord. Dit leidde tot de vraag: Waar zijn we als NHG van, en waarvan niet? Om daar een gedegen antwoord op te formuleren, zijn er gesprekken gevoerd met verschillende betrokken gremia. Via een online onderzoek gaven meer dan 2000 leden input, waarvoor onze hartelijke dank. Afgelopen maand is tijdens rondetafelgesprekken met leden en NHG-medewerkers dieper ingegaan op onderdelen van het raamwerk.

Ambitie blijft onveranderd

Alle verzamelde informatie is van enorme waarde en levert verschillende inzichten op. Wat duidelijk naar voren komt, is dat de hoge werkdruk onder andere roept om praktische uitvoerbaarheid van het vak, bijvoorbeeld via een beperkte en hanteerbare set aan richtlijnen. De precieze koers wordt de komende tijd verder uitgewerkt, maar een ding staat vast: onze ambitie voor de toekomst blijft gelijk aan wat we al 66 jaar doen: het bevorderen van een wetenschappelijk gefundeerde en kwalitatief hoogstaande uitoefening van de huisartsgeneeskunde. U leest in ons Jaarplan 2023 wat er komend jaar op stapel

staat. Het nieuwe meerjarenbeleidsplan ronden we naar verwachting in april van dit jaar af. Bij de eerstvolgende Algemene Ledenvergadering kunt u als lid uw goedkeuring geven.

Samen zijn we het NHG

Het Nederlands Huisartsen Genootschap wil eraan bijdragen dat huisartsen, met hun team van professionals, de best mogelijke huisartsenzorg leveren in alle fasen van het leven. En dat zij dat doen vanuit de kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Bovendien tegen aanvaardbare kosten. Omdat huisartsen zelf het NHG vormgeven, de huisartsenzorg continu verbeteren en zelf de professionele standaard bepalen, streven we naar lidmaatschap van alle huisartsen. Samen zijn we het NHG!

Eric Scheppink, Raad van Bestuur



Foto: Shutterstock

INBRENG AIOS BIJ HERZIENING RICHTLIJNEN IS WAARDEVOL EN LEERZAAM



Naam: Lisette van der Does

Leeftijd: 35 jaar

Woonplaats: Apeldoorn

Opleider: Arno Karstens, Oudewater

Huisarts Lisette van der Does werkt mee aan de herziening van 2 NHG-richtlijnen. Zij startte in het traject toen ze nog in opleiding was. Het gaf en geeft haar veel inzicht in de totstandkoming en toepassing van de richtlijnen. Daarnaast leerde ze dat er ook nog veel hiaten zijn.

Aan welke herzieningen werk je mee?

'De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen en de NHG-Standaard Prostaatkanker. Die laatste was onderdeel van mictieklachten en wordt nu een aparte richtlijn. Mictieklachten is net gepubliceerd. Prostaatkanker loopt nog en is waarschijnlijk rond de zomer klaar.'

Hoe kwam je op het idee om tijdens je opleiding mee te werken aan de herziening van een richtlijn?

'Halverwege mijn eerste opleidingsjaar in Utrecht zag ik een oproep aan aiossen om deel te nemen aan de herziening van NHG-richtlijnen. Ik had geen idee hoe zo'n richtlijn tot stand komt. Dat was dan ook de belangrijkste reden om mee te doen. En ik was altijd al geïnteresseerd in onderzoek.'

Wat wordt er van je verwacht als deelnemer van de werkgroep?

'De werkgroep bestaat uit 8 personen. Per richtlijn is er eens per 2 maanden een bijeenkomst die 2 uur duurt. Vanwege de COVID-pandemie waren de bijeenkomsten online. De laatste bijeenkomst was live en dat

was heel fijn. Het werkt toch prettiger. Vooraf krijg je stukken toegestuurd waar je commentaar op geeft. Dat kost mij per keer een uur. In totaal neemt het werken aan zo'n richtlijn 1,5 tot 2 jaar in beslag.'

Wat brengt jou het meewerken aan een richtlijn?

'Het geeft vooral inzicht in het hele proces van richtlijnontwikkeling. Zo werd mij duidelijk dat het niet alleen om het implementeren van onderzoeksresultaten gaat, maar vooral ook om wat het de patiënt oplevert. Daarnaast verraste het mij dat een specialist pas later in het traject geconsulteerd wordt. Ik vind het heel positief dat er echt met een huisartsenblik naar de richtlijnen wordt gekeken.'

Raad je collega's in opleiding aan om ook mee te werken aan herzieningen van richtlijnen?

'Jazeker, het is heel nuttig om het proces van totstandkoming te zien. Door in zo'n werkgroep te zitten, word je je veel bewuster van hoe zo'n richtlijn in elkaar zit. Je realiseert je ook dat er nog veel hiaten zijn en meer onderzoek nodig is.'

Hoe kan het NHG aiossen meer betrekken bij de herziening van richtlijnen?

'Ik kreeg de mail van de universiteit toen ik in mijn eerste jaar van mijn opleiding zat. Dat was een prima moment. Het NHG zou een paar maanden na de start van de opleiding zo'n mail naar aiossen kunnen sturen. Niet alleen met een oproep, maar ook met vermelding van de werkgroepen en richtlijnen. Een informatiebijeenkomst vanuit het NHG over dit onderwerp in het eerste jaar lijkt me ook een goed idee.'

MEER INFORMATIE

Wil je ook meewerken aan een richtlijnherziening?

En ben je aios of NHG-lid?

Scan de QR-code of ga naar nhg.org/organisatie/vacatures en reageer.





KWALITEITSREIS MAAKT WERKEN AAN KWALITEIT EENVOUDIG(ER)

Kwaliteit is een breed begrip, hoe vul je dat als team concreet in? Doen we het eigenlijk al niet goed genoeg?

Om huisartsen en praktijkondersteuners te helpen om met een brede blik te kijken naar kwaliteit in de praktijk, is er nu de kwaliteitsreis. Een praktisch hulpmiddel, ontwikkeld met hulp van velen van u. De kwaliteitsreis is opgebouwd uit een overzichtsdocument en diverse roudekaarten. Zo ziet u snel waar u nog een verbetering kan slaan én vindt u praktische tips en verwijzingen om u snel op weg te helpen.

Praktijkvoorbeeld

Tijdens een kwaliteitsoverleg met het team van een huisartsenpraktijk in Leiden wordt er ingezoomd op de wachtkamer. De aanwezige collega's staan stil bij de vraag wat patiënten belangrijk vinden. Hulpmiddelen voor het gesprek zijn de kwaliteitsreis (onderdeel wachtkamer), uitkomsten uit eerder gehouden enquête onder patiënten en de eigen inzichten.



Gevonden verbeteracties:

- ✓ Wachtkamerschermbanner: naast de foto's van de medewerkers ook hun werkdagen en specifieke taken benoemen.
- ✓ Wachtkamerschermbanner: nadenken over mogelijkheid tonen actuele wachttijd
- ✓ Wachtkamerschermbanner: snelheid van de tekst verlagen
- ✓ Voorzieningen: water beschikbaar stellen, zeker in de warme maanden
- ✓ Duurzaamheid: minimaliseren van folders
- ✓ Veiligheid: oog voor speelgoed qua veiligheid en hygiëne



Start nu uw kwaliteitsreis

Scan de QR-code of ga naar nhg.org/maak-werken-aan-kwaliteit-eenvoudiger-met-de-kwaliteitsreis



Deel uw ervaringen

Scan de QR-code of ga naar nhg.org/kwaliteit/feedback



De reis die de patiënt met een gezondheidsklacht maakt begint thuis. De contacten en acties die er vervolgens zijn lopen via diverse communicatiekanalen en ruimtes, soms schriftelijk, maar veelal fysiek en meer en meer digitaal. Wat vinden patiënten belangrijk? En welke onderwerpen zijn juist vanuit uw praktijkorganisatie van belang? Deze informatie geeft u inspiratie om bepaalde zaken aan te scherpen of uit te lichten.



NHG FORUM | KORT NIEUWS

Website nhg.org volledig vernieuwd

De website nhg.org is eind januari compleet vernieuwd. De website heeft een nieuw, fris design, een sterk verbeterde zoekfunctie en is goed mobiel te raadplegen. Een klankbordgroep van huisartsen dacht tijdens het traject met ons mee en gaf aan waar het meest behoefte aan is.

Op de homepage van de website logt u in zoals u gewend bent. Eenmaal ingelogd heeft u ook direct toegang tot HAweb, de webwinkel en het overzicht aan beschikbare NHG E-learnings.

Alle informatie te vinden via 1 website

De website bevat relevante informatie voor de huisarts en is altijd zo actueel mogelijk. U kunt klikken op een thema, of zoeken via de zoekbalk. De zoekfunctie is flink verbeterd; ook informatie op bijvoorbeeld de

richtlijnenwebsite wordt doorzocht en meegenomen in de zoekresultaten. Zo vindt u voortaan snel op 1 plek wat u zoekt. Nieuw is ook dat een e-learning direct na aankoop beschikbaar komt. U kiest een e-learning uit, bestelt deze en kunt direct aan de slag.

We blijven doorontwikkelen

De vernieuwde website is slechts het beginpunt. We werken continu aan nhg.org. Aankomend jaar ligt de focus op een 'Mijn NHG-omgeving'.

Nieuwsgierig geworden? Bezoek dan direct de website. En laat vooral weten wat u van de website vindt. Bent u tevreden? Ziet u verbeterpunten? Op de website laat u gemakkelijk uw opmerkingen achter. Wij nemen deze zo veel mogelijk mee bij de doorontwikkeling.



NHG-Wetenschapsdag 2023: dien nu uw abstract in

Op 22 september 2023 vindt de NHG-Wetenschapsdag plaats in Groningen. De dag wordt georganiseerd in samenwerking met het UMCG en heeft als thema 'Hoe houden we de huisartsenzorg toegankelijk?'. Het is nu mogelijk om uw abstract hiervoor in te dienen. Dit mag in lijn zijn met het thema, maar hoeft niet. Goed en recent huisartsgeneeskundig onderzoek is altijd welkom.



Foto: Shutterstock



Meer informatie
Scan de QR-code of ga naar nhgwetenschapsdag.nl.
Indienen van uw abstract is mogelijk tot 3 april 2023.

Permanente regeling 'Evaluatie individueel functioneren'

De tijdelijke overgangsregeling Evaluatie individueel functioneren (EIF) is door NHG en LHV omgezet in een permanente regeling. Dit betekent dat ook huisartsen met een herregistratiedatum op of na 1 januari 2024 de keuze hebben uit het volgen van het visitatieprogramma of deelname aan een erkende praktijkcertificering.

Het NHG en de LHV zijn van mening dat door deelname van een huisarts aan erkende praktijkcertificering, er structureel wordt bijgedragen aan het verantwoord functioneren van de huisarts. Dit in samenhang met evaluatie en verbetering van de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk. Het definitief maken van de tijdelijke regeling sinds 2015 is een goede stap in het ontzorgen van de huisartsenpraktijk en het bieden van keuze voor de huisarts en de praktijk. Op dit moment neemt het merendeel van de huisartsen al deel aan erkende praktijkcertificering. Voor hen geldt dat het niet nodig is om het visitatieprogramma te volgen.

Meer informatie leest u op mijnvisitatie.nl of scan de QR-code.

