



‘Beter-niet-doen’- aanbevelingen in NHG-richtlijnen

Ouderen met subklinische hypothyreoïdie hebben
geen baat bij levothyroxine

Uitgebreid labonderzoek bij anemie kan winst opleveren

Het gianotti-crostisyndroom



‘Beter-niet-doen’-echo

Als kersverse moeder stond ik met mijn 4 weken oude baby bij de jeugdarts. Na het horen van mijn studierichting zag hij plots een beenlengteverschil rechts. Of was het toch links? ‘Voor de zekerheid naar de kinderorthopeed.’

De kinderorthopeed kon geen beenlengteverschil vinden. ‘Jullie zijn er nu toch, loop anders direct even door voor een echo.’ Ook de kinderradioloog zag geen heupdysplasie. Mooi. ‘Maar jullie zijn te vroeg. Op de leeftijd van een maand met zekerheid uitsluiten kan niet, dus kom over 3 maanden nog eens terug.’ ‘Er was al geen indicatie voor deze echo van de heupen, dus een herhaalonderzoek kunnen we wel nalaten, toch?’ ‘Dan zijn we juridisch niet gedekt.’ Van twijfelachtige indicatie, naar geen indicatie, naar protocolaire vervolgonderzoeken...

Eenmaal aan de andere kant van de zorg ervaar je dat onnodige diagnostiek erg belastend kan zijn. Zoals auteur Simone van Dulmen stelt: het levert weinig voordeel op, verspilt middelen en kan schade aan de patiënt toebrengen. De selectie van 30 ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen, gefilterd uit onze eigen standaarden, geeft inzicht in de zorg waarvan huisartsen het belangrijk vinden om terughoudend te zijn. De lijst maakt huisartsen en patiënten bewust van niet-gepaste zorg en geeft aan waar patiënten nog beter geïnformeerd kunnen worden over passende zorg. Hoe deze lijst op basis van prevalentie, potentiële schade voor de

patiënt en kostenreductie tot stand is gekomen, leest u verderop in deze H&W.

Beter niet doen? Maar de Nederlandse huisarts is toch al heel terughoudend en schrijft toch al alleen maar paracetamolletjes voor? Is dat nog wel van deze tijd, waarin steeds meer kan, mag en moet? Waarin tegelijkertijd de patiënt zich ook op kan stellen als een consument en om diagnostiek vraagt? De lijst is erg stellig geformuleerd. Ik vraag mij af of deze ziektespecifieke aanbeveling de beste keuze is voor mijn patiënt en zijn context. Daarnaast is het niet helder of het terugdringen van niet-gepaste zorg leidt tot een verbeterde kwaliteit van leven voor de patiënt. Het is de kracht van ons huisartsen om de patiënt het nut van deze deïmplementatie te laten begrijpen. Welke strategie we ook kiezen, het begint bij leren nee te zeggen tegen de patiënt en dat blijft ook voor ons dokters moeilijk. Zelfs als je als huisarts ineens zelf de moeder van de patiënt bent.

Lisanne Stolwijk, redactielid H&W








Wetenschap

- 10 **'Beter-niet-doen'-aanbevelingen in NHG-richtlijnen**
Om niet-gepaste zorg terug te dringen, heeft het NHG 'beter-niet-doen'-aanbevelingen in de richtlijnen opgenomen.
- 15 **Angst en depressie vergroten kans op coronair event**
Onderzoek laat zien dat oudere patiënten met hypertensie en hoge scores op angst- en depressieklachten meer kans hebben op het ontwikkelen van een coronair event.
- 21 **Uitgebreid anemieonderzoek kan winst opleveren**
Anemie is een aanwijzing dat er iets aan de hand is met de patiënt. Direct starten met een uitgebreid laboratoriumpanel kan winst opleveren in het verdere traject.
- 24 **Ouderen met subklinische hypothyreoïdie hebben geen baat bij levothyroxine**
Geruststelling volstaat vaak bij oudere patiënten met subklinische hypothyreoïdie. Wees terughoudend met diagnostisch vervolgonderzoek of levothyroxinebehandeling.
- 28 **Oog voor diversiteit**
 Interview met hoogleraar Baudewijntje Kreukels over haar oratie over gender- en geslachtsverschillen. 'Ik denk dat huisartsen al heel veel goed doen in de begeleiding van mensen met genderdysforie.'

Praktijk

- 31 **Ecg-casus 'Jong en uitgeput'**
- 32 **Het gianotti-crostisyndroom**
Een onschuldige virale aandoening, waarbij symmetrische huidafwijkingen optreden op wangen, billen en extremiteiten. Dit geneest (meestal) vanzelf.
- 35 **ZorgDomein als oplossing bij inclusieproblemen**
Een nieuwe inclusieroute die aansluit bij routinezorghandelingen van de huisarts kan de deelname aan wetenschappelijk onderzoek vergemakkelijken.
- 37 **Uw diagnose 'Bultjes in een zwarte tatoeage'**
- 38 **Zorg voor zingeving**
 Praktische handvatten voor huisartsen en praktijkondersteuners die hun zorg willen versterken door zingevingsvragen te signaleren, bespreekbaar te maken en eventueel begeleiding te bieden.
- 44 **'Verduurzamen geeft positieve energie'** 
 Interview met Iris Wichers over hoe duurzaamheid haar weg vindt in de NHG-richtlijnen.
- 46 **Kennistoets 'Subklinische hypothyreoïdie bij ouderen'**



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Helpt psylocibine bij hardnekkige depressie?
- Vrouwelijke arts verwijst man vaker
- Leefstijlinterventies bij (pre)diabetes verlagen mortaliteit niet
- Minder antibiotica bij acute luchtweginfecties door CRP
- Meer hart- en vaatziekten dan huisartsen voorspellen
- Bloeddrukverlaging toch zinvol om dementie te voorkomen

51 Nieuw onderzoek naar ervaringen van patiënten met een chronische aandoening

52 Documentaire geeft een kijkje in de spreekkamer van de huisarts

De kern van de huisartsgeneeskunde komt mooi naar voren in beelden uit de spreekkamers van diverse dokters.

NHG

48 Voorlichting en niet-medicamenteuze interventies centraal in NHG-Standaard Bedplassen



De interventies in de NHG-Standaard Bedplassen zijn gegroepeerd naar intensiteit. Ook besteedt deze herziening meer aandacht aan adolescenten en volwassenen.

50 Aanpassing verwijfsbeleid bij patiënten met chronische hepatitis B

Het gaat om een gedeeltelijke herziening van de NHG-Standaard Virushepatitis. Hierin staat het advies om alle patiënten met chronische hepatitis B te verwijzen naar een hepatitisbehandelcentrum.

53 Afstemming academische huisartsafdelingen en NHG over wetenschap

54 In memoriam prof. dr. C.A. [Kees] de Geus

55 Verbeterde zoekfunctie website NHG-Richtlijnen

56 Facts & Figures 2021 & 2022

57 Zorginnovatiereis Catalonië



www.henw.org

- Beter beslissen bij ongecompliceerde urineweginfecties
- Trombose voorkomen in de zwangerschap
- Lange(re) reistijd naar de huisarts in landelijke regio's



H&W-podcast

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

Helpt psilocibine bij hardnekkige depressie?

Mariken Stegmann

Psilocibine, de werkzame stof uit ‘magic truffels’, kan mensen met een therapie-resistente depressie in elk geval tijdelijk minder somber maken. Dat blijkt uit een recent onderzoek uitgevoerd in 10 Europese landen.

Patiënten met een therapieresistente depressie ervaren een hoge ziektelast, hebben een groter suïciderisico en worden vaker opgenomen. Pilotstudies met psilocibine toonden veelbelovende resultaten. Dit is het eerste grote gerandomiseerde onderzoek.

De onderzoekers includeerden patiënten met onvoldoende effect op ten minste 2 verschillende antidepressiva en verdeelden hen in 3 groepen. Een groep met 25 mg psilocibine, 10 mg psilocibine en als controlegroep 1 mg psilocibine. Bij aanvang waren de groepen vergelijkbaar en hadden ze ook vergelijkbare scores op de depressievragenlijst MARDS, gemiddeld 32 punten op een schaal van 1-60. Patiënten kregen de psilocibine tijdens een eenmalige sessie. Na 1 dag en na 1 week hadden ze een gesprek met een psycholoog.

Na 3 weken was bij alle groepen de MARDS-score lager. De 25-mg-groep -12,0 punten versus de 10-mg-groep -7,9, versus de 1-mg-groep -5,4. Het verschil tussen de 25-mg-groep en de controlegroep was klinisch relevant, namelijk -6,6 punten (95%-BI -10,2 tot -2,9).

Respons, gedefinieerd als ten minste een halvering van de MARDS, trad op bij 37% versus 19% versus 18% (OR 25-mg-groep versus controlegroep 2,9; 95%-BI 1,2 tot 6,6). Na 12 weken was er aanhoudende respons bij 20% versus 5%, versus 10% (25-mg versus 1-mg OR 2,2; 95%-BI 0,9 tot 5,4).

Bijwerkingen traden op bij 84% versus 75% en 72%. De meest voorkomende bijwerkingen direct na inname van de psilocibine waren hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid. Ernstige bijwerkingen, zoals suïcidale gedachten en zelfbeschadiging, traden op bij 10% versus 13%, versus 3%. Behandeling met 25 mg psilocibine lijkt



Foto: Shutterstock

dus veelbelovend, maar de auteurs pleiten terecht voor langer en groter onderzoek, inclusief vergelijking met gebruikelijke behandelingen. Mochten patiënten erom vragen: het is dus nog te vroeg om deze behandeling te kunnen voorschrijven. ■

Goodwin GM, et al. Single-dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression. N Engl J Med 2022;387:1637-48.

Vrouwelijke arts verwijst man vaker

Willian van Dijk

Vrouwelijke huisartsen verwijzen mannelijke patiënten vaker door dan vrouwelijke patiënten. Mannelijke huisartsen verwijzen mannen en vrouwen even vaak. Dat blijkt uit een Nederlands onderzoek. De auteurs concluderen dat het aantal verwijzingen kan dalen wanneer huisartsen beter gebruik zouden maken van persoonsgerichte communicatie.

Als poortwachters van de zorg doen huisartsen hun best om patiënten met de juiste indicatie te verwijzen. Onderzoekers van het Nivel onderzochten of de overeenkomst in gender tussen patiënt en arts een verband heeft met de kans op verwijzing. Hiervoor gebruik-

ten ze gegevens van 19.477 patiënten en 65 huisartsen.

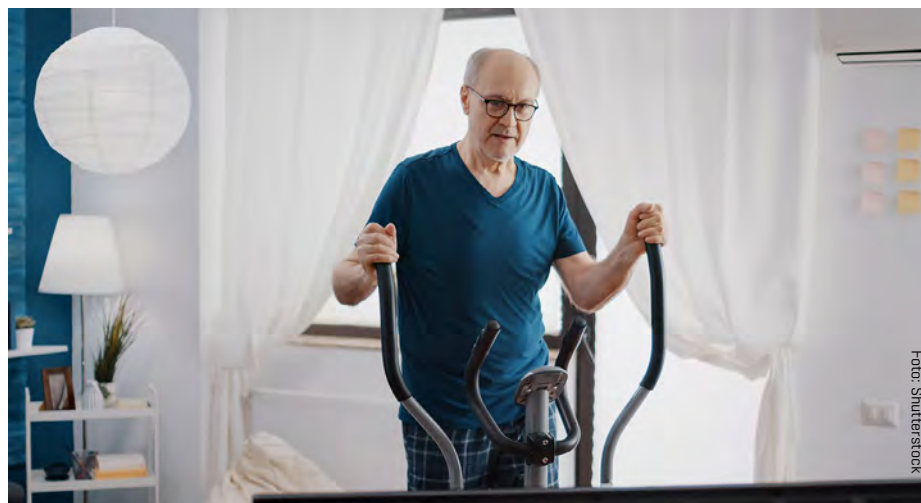
Vrouwelijke artsen verwezen 19% van hun mannelijke patiënten en 16,7% van hun vrouwelijke patiënten. Mannelijke artsen verwezen 15,5% van hun vrouwelijke en 16,4% van hun mannelijke patiënten. Wanneer alleen naar genderspecifieke klachten (bijvoorbeeld hoofdpijn en varices) werd gekeken, bleken alle artsen patiënten van een ander geslacht vaker te verwijzen (OR 1,21; 95%-BI 1,02 tot 1,44; gecorrigeerd voor leeftijdsverschil tussen de arts en patiënt of het hebben van een chronische ziekte). Opvallend is dat dit verband wegviel wanneer alleen solo-praktijken werden geanalyseerd.

Leefstijlinterventies bij (pre)diabetes verlagen mortaliteit niet

Silvan Licher

Het is duidelijk dat leefstijlinterventies de suikerhuishouding verbeteren bij mensen met diabetes mellitus type 2. Deze interventies leiden ook tot minder hart- en vaatziekten. Of ze ook resulteren in een lagere mortaliteit was nog onduidelijk. Een meta-analyse van 11 trials stelt nu consistent vast dat leefstijlinterventies het langetermijnrisico op (cardiovasculaire) mortaliteit onder diabetici niet verlagen.

Het bewijs dat leefstijlinterventies ook het risico op mortaliteit verlagen was inconsistent. Een internationale groep onderzoekers deed een systematisch literatuuronderzoek. Met een meta-analyse bepaalden zij vervolgens het effect van langdurige leefstijlinterventies (minimaal 2 jaar) ten opzichte van gebruikelijke zorg op het mortaliteitsrisico. Uit 23.335 gevonden onderzoeken



selecteerden de onderzoekers 490 artikelen voor full-text screening. Daaruit includeerden zij uiteindelijk 11 trials voor de meta-analyse. In 7 trials betrof het patiënten met prediabetes en in 4 trials diabetes. De gemiddelde duur van de interventie besloeg 4 jaar, met een follow-up variërend van 2 tot 30 jaar. De

meta-analyse met 16.554 deelnemers (gemiddeld 55,5 jaar, 55% vrouw) liet geen voordeel zien van leefstijlinterventies op algehele mortaliteit (RR 0,93; 95%-BI 0,85 tot 1,03).

De onderzoekers vonden vergelijkbare resultaten onder 11.017 deelnemers (gemiddeld 54,5 jaar, 51,9% vrouw) voor cardiovasculaire mortaliteit (RR 0,99; 95%-BI 0,79 tot 1,23). Ook verschillende sensitiviteitsanalyses lieten geen significant verschil zien in (cardiovasculaire) mortaliteit.

Deze meta-analyse toont aan dat langdurige leefstijlinterventies onder (pre-)diabetespatiënten niet resulteren in een lager risico op mortaliteit. De auteurs wijzen als verklaring hiervoor naar de sterk teruglopende therapietrouw in de tijd. Het is ook mogelijk dat het daadwerkelijke verschil in verleende zorg tussen de interventie en controlegroepen te klein was om een betekenisvol effect te sorteren. Kortom, op basis van deze trials houden intensieve leefstijlprogramma's diabetespatiënten mogelijk wel gezonder, maar helaas niet langer in leven. ■

de onderzoekers, het belang van een duurzame arts-patiëntrelatie. Het is echter onduidelijk of de kwaliteit van de verwijzingen hierdoor verbetert. Op basis van deze onderzoeksbevindingen zou je namelijk ook kunnen concluderen dat huisartsen hun patiënten met dezelfde sekse juist tekortdoen. Of dat mannen verwijzingen afdwingen bij vrouwelijke artsen. Of zou een man met genderspecifieke klachten te lang aarzelen om naar een vrouwelijke dokter te stappen en daarom vaker verwezen moeten worden? ■

Eggermont D, et al. Gender and age concordance between patient and GP: an observational study on associations with referral behaviour. BJGP Open 2022 Nov 2;BJGPO.2022.0091. DOI: 0.3399/BJGPO.2022.0091 [epub ahead of print].

Zucatti KP, et al. Long-term effect of lifestyle interventions on the cardiovascular and all-cause mortality of subjects with prediabetes and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2022;45:2787-95.



De auteurs concluderen dat deze resultaten de noodzaak van persoonsgerichte communicatie onderschrijven. Dat dit effect niet zichtbaar was in solopraktijken onderschrijft, volgens

Minder antibiotica bij acute luchtweginfecties door CRP-sneltest

Jacqueline van den Bos

Bij patiënten met een acute luchtweginfectie kan de CRP-point-of-care-test (POCT) na anamnese en lichamelijk onderzoek helpen om een pneumonie uit te sluiten. Een recente cochrane-review laat zien dat het gebruik van deze test kan helpen bij de beslissing om geen antibiotica voor te schrijven, ook bij kinderen.

Deze review is een update van een eerdere review over dit onderwerp. De auteurs selecteerden 12 RCT's waarin het gebruik van de CRP-POCT werd onderzocht. Er zaten 7 nieuwe RCT's in. Het gaat in totaal om 10.218 deelnemers.

Een CRP-POCT-meting vermindert het aantal antibioticavoorschriften. Zo kregen 510 per 1000 patiënten een recept voor antibiotica als er geen sneltest werd gedaan, vergeleken met 397 per 1000 na een CRP-POCT (RR 0,77; 95%-BI 0,69 tot 0,86; number needed to test 9). Ook kinderen kregen minder antibiotica voorgeschreven na een CRP-POCT (RR 0,78; 95%-BI 0,67 tot 0,91). Dit lijkt ook een veilige beslissing te zijn geweest. Er was namelijk geen verschil in klinisch herstel na 7 en 28 dagen, het vóórkomen van een tweede huisartsbezoek binnen 28 dagen met dezelfde klachten, ziekenhuisopname, tevredenheid van de patiënt en overlijden.

Een kanttekening is dat de geselecteerde onderzoeken verschillende afkapwaarden van de CRP-meting gebruikten. Deze waarden varieerden tussen de 25 mg/L en 100 mg/L. Alle onderzoeken waren het wel eens dat er bij een CRP < 20 mg/L geen indicatie voor antibioticagebruik was. De NHG-Standaard Acut hoesten beveelt het gebruik van een CRP-POCT aan als toevoeging op het klinisch beeld om een pneumonie van een andere luchtweginfectie te onderscheiden bij volwassenen. De bevindingen van deze review sluiten hierbij aan door te laten zien dat de CRP-sneltest een rol kan spelen in de



beslissing wel of geen antibiotica voor te schrijven. Mogelijk geldt dat ook bij kinderen, hoewel de optimale afkapwaarden nog onduidelijk zijn. ■

Smedemark SA, et al. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in people with acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2022;10:CD010130.

Meer hart- en vaatziekten dan huisartsen voorspellen

Mirrian Hilbink

Het model dat huisartsen gebruiken om te voorspellen hoe groot de kans is dat iemand binnen 10 jaar een hart- of vaatziekte krijgt, onderschat het aantal mensen dat dit ook daadwerkelijk krijgt. Het risico is anderhalf keer zo groot dan het model verwacht, blijkt uit een eerstelijns onderzoek van het Radboudumc.

In dit prospectief cohortonderzoek werd gekeken naar de voorspellende waarde van 2 modellen om het risico op hart- en vaatziekten in te schatten. Het ging om het bewerkte SCORE-model, zoals opgenomen in de

CVRM-richtlijn en toegepast in de Nederlandse huisartsenpraktijk, en 2 varianten van het zogenaamde Globorisk predictiemodel. Hiertoe werden gedurende 10 jaar (2009-2019) in 46 huisartsenpraktijken zorgdata verzameld. Het ging om patiënten zonder voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, bij wie de huisarts alle risicofactoren had gemeten.

Volgens het bewerkte SCORE-model (1981 patiënten) was het 10-jaarsrisico op een hart- en vaatziekte 12,2%. In de praktijk kreeg echter 18,6% van deze groep een hartinfarct of andere hart- en vaatziekte binnen 10 jaar. Ook

Bloeddrukverlaging toch zinvol om dementie te voorkomen

Silvan Licher

Er is al jaren controverse of een strakke bloeddrukregulatie bij ouderen het risico op dementie veilig kan verlagen. Het gaat om ouderen van 65 jaar en ouder. Een grote meta-analyse met individuele patiëntgegevens van 28.008 patiënten lijkt deze discussie nu te beslechten: bloeddrukverlaging leidt tot een lagere incidentie van dementie.

Eerdere trials over dit onderwerp zijn vaak voortijdig gestopt, omdat strakkere bloeddrukregulaties in de interventiegroepen namelijk ook tot minder cardiovasculaire aandoeningen leidden, die vaak voorafgaan aan dementie. Daardoor hadden de trials vaak te weinig power om vast te stellen of een strakkere bloeddrukregulatie (< 150/80mmHg) onder ouderen ook dementie kan voorkomen. Onderzoekers van deze review brachten daarom individuele data van 28.008



patiënten van 5 RCT's samen voor een meta-analyse.

De gemiddelde leeftijd was 69,1 jaar (Standaarddeviatie (SD): 9,3), en 46,8% van de deelnemers was vrouw. Bij de start van de onderzoeken was de gemiddelde bloeddruk 155,8 mmHg (SD: 21,5) over 82,9 mmHg (SD: 10,7). Onder de deel-

nemers met minimaal 2 jaar follow-up, waren 403 patiënten (2,9%) gediagnosticeerd met dementie tegenover 458 patiënten (3,3%) in de placebogroep. De meta-analyse liet een voordeel zien voor bloeddrukverlaging op de incidentie van dementie (oddsratio: 0,86; 95%-BI 0,74 tot 0,99), zonder toename in bijwerkingen, zoals orthostase. De auteurs tonen aan dat 53% (95%-BI 27% tot 76%) van het effect van de interventie op dementie toe te schrijven was aan een lagere systolische bloeddruk. Een kanttekening is dat 60% van de deelnemers hoogopgeleid was, waardoor bevindingen minder generaliseerbaar zijn naar een doorsnee huisartsenpraktijk.

Deze grote meta-analyse toont aan dat bloeddrukverlaging onder 65-plussers leidt tot een lagere incidentie van dementie na 2 jaar. De trial roept daarmee ook de vraag op of we niet al eerder de bloeddruk strakker moeten beteugelen voor dementie, ongeacht het cardiovasculaire risico. En een praktische vraag is hoe we zorgen dat patiënten ook na deze 2 jaar trouw blijven aan de ingestelde therapie. Een uitdaging die helaas niet alleen geldt voor de preventie van dementie. ■

Peters R, et al. Blood pressure lowering and prevention of dementia: an individual patient data meta-analysis. Eur Heart J 2022;43:4980-90.

het daadwerkelijke risico op hart- en vaatziekten en het voorspelde risico op basis van het model dat de huisarts in de dagelijkse praktijkvoering gebruikt. Volgens de auteurs komt dit omdat het model uitgaat van een gezonde, algemene populatie die niet representatief is voor de groep mensen met klachten die bij de huisarts komt. Zij pleiten daarom voor een aangepast model op basis van specifieke data uit huisartsenpraktijken.

Hoe patiënten te overtuigen van hun risico en hen te begeleiden naar een gezondere leefstijl en eventueel medicatiegebruik is en blijft een uitdaging. ■

Schoofs MC, et al. Performance of the SCORE and Globorisk cardiovascular risk prediction models: a prospective cohort study in Dutch general practice. Br J Gen Pract 2022;73:e24-e33.

voor de Globorisk-modellen (3588 en 4399 patiënten) lagen de voorspelde en geobserveerde percentages uiteen. De kalibratie ('hoe goed voorspelt het model de uitkomst') en discriminatie ('hoe goed onderscheidt het model casussen van non-casussen') van de modellen waren beide onvoldoende. Er bestaat een groot verschil tussen



Identificeren en prioriteren van ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen in NHG-richtlijnen

Simone van Dulmen, Tjerk Wiersma, Eva Verkerk, Jako Burgers, Tijn Kool

Er zijn allerlei goede redenen om niet-gepaste zorg zo veel mogelijk terug te dringen. Dat kunnen we onder andere doen door beter-niet-doen-aanbevelingen in richtlijnen systematisch op te volgen. We formuleerden een top 30 van aanbevelingen uit NHG-richtlijnen die huisartsen aanraden om iets niet te doen of er terughoudend mee te zijn. Deze lijst kan huisartsen en patiënten bewustmaken van niet-gepaste zorg.

Niet-gepaste zorg levert de patiënt weinig of geen voordeel op, verspilt middelen en kan schade bij de patiënt veroorzaken.¹ Het terugdringen van niet-gepaste zorg kan de kwaliteit van de zorg verbeteren en zorgkosten verlagen.² Verschillende initiatieven moeten niet-gepaste zorg verminderen, zoals de internationale campagne *Choosing wisely*.³ Een van de onderdelen van deze campagne is het opstellen van lijsten met ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen. Zulke aanbevelingen adviseren zorgprofessionals af te zien van vormen van diagnostiek en behandelingen die aantoonbaar geen meerwaarde hebben. Deze lijsten zijn voornamelijk gericht op ziekenhuiszorg en zelden op eerstelijnszorg.⁴⁻⁶

In Nederland hebben medisch specialisten en verpleegkundigen lijsten gemaakt met respectievelijk 1366 en 66 niet-gepaste zorghandelingen.^{7,8} Deze lijsten kunnen het bewustzijn bij zorgprofessionals vergroten als eerste stap in de zogenoemde deïmplementatie.⁹ Voor huisartsen ontbreekt een soortgelijke lijst nog. Daarom selecteerden wij ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen met een hoge prioriteit voor deïmplementatie. Dat deden we op basis van de inschatting van huisartsen over prevalentie, potentiële schade voor patiënten en te behalen kostenreductie.

METHODE

We gebruikten de beschikbare huisartsrichtlijnen om aanbevelingen te identificeren die huisartsen adviseren welke specifieke handelingen ze moeten vermijden. In september 2018 waren 134 richtlijnen opgenomen in de database van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). We excludeerden 15 richtlijnen die voor 2008 waren gepubliceerd en 27 richtlijnen die werden herzien of gepland stonden voor herziening in 2018 of 2019. In totaal screenen we 92 richtlijnen op ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen: aanbevelingen die de huisarts adviseren om bepaalde diagnostische of therapeutische interventies niet aan te bieden. Zo stelt de NHG-Standaard Acute rhinosinusitis bijvoorbeeld: ‘Orale corticosteroïden bevelen we niet aan. Aangetoond is dat monotherapie met deze middelen bij een acute rhinosinusitis geen effect heeft.’ Dit vertaalden we als: ‘Schrijf niet standaard ontstekingsremmers voor bij mensen met een acute rhinosinusitis.’

Vervolgens verminderden we het aantal aanbevelingen door de aanbevelingen met een lage prevalentie te excludeerden. De resulterende beter-niet-doen-aanbevelingen verdeelden we over 5 online vragenlijsten. Elke vragenlijst verstuurden we naar een willekeurige steekproef van 1000 huisartsen die zijn aangesloten bij de NHG (dus 5000 in totaal). We vroegen hen de aanbevelingen te beoordelen op 4 criteria; 1) prevalentie van de aandoening 2) prevalentie van de niet-gepaste handeling; 3) mogelijke schade voor de patiënt en 4) potentiële kostenreductie. We wilden een behapbaar aantal aanbevelingen prioriteren en daarom selecteerden we aanbevelingen met een score boven de mediane score.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Van Dulmen SA, Tran NH, Wiersma TJ, Verkerk EW, Messaoudi JCL, Burgers JS, Kool RB. Identifying and prioritizing do-not-do recommendations in Dutch primary care. *BMC Primary Care* 2022;23:141. Publicatie gebeurt met toestemming.

RESULTATEN

In totaal vonden we 385 'beter-niet-doen'-aanbevelingen. Hier van excludeerden we er 239. De resulterende 146 aanbevelingen verstuurden we in 5 vragenlijsten naar de huisartsen. Vierhonderdveertig huisartsen vulden de vragenlijst in (een respons van 8,8%). Dertig aanbevelingen uit 18 richtlijnen kregen de hoogste prioriteit [**infographic**]. De meeste aanbevelingen kwamen uit de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (n = 5), gevolgd door de standaard Niet-traumatische knieklachten (n = 4), de standaard Rood oog en oogtrauma (n = 3) en de standaard Acute otitis media bij kinderen (n = 3). Van de 30 aanbevelingen betrof 33% diagnostiek (n = 10) en 67% behandelinterventies (n = 20), waaronder medicamenteuze behandelingen (n = 12), verwijzing naar andere professionals in de gezondheidszorg (n = 5) en niet-medicamenteuze behandelingen (n = 3). Hoog scorende aanbevelingen wat betreft prevalentie waren het herhaald voorschrijven van opiaten (60% van de huisartsen schreef ze vaak voor) en antibiotica voor infectieuze conjunctivitis (51% van de huisartsen). Tien aanbevelingen hadden de hoogste mediane score van 5 op het potentieel voor kostenreductie, met de aanbeveling voor beeldvorming van aspecifieke lagerugpijn als hoogst scorende (89% van de huisartsen gaf aan het eens te zijn met het potentieel voor kostenreductie).

BESCHOUWING

De NHG-Standaarden en -Behandelrichtlijnen bevatten veel 'beter-niet-doen'-aanbevelingen. De lijst van 30 'beter-niet-

WAT IS BEKEND?

- Er is in toenemende mate aandacht voor het terugdringen van niet-gepaste zorg.
- Richtlijnen bevelen vormen van zorg aan en raden zorg ook expliciet af.

WAT IS NIEUW?

- Een selectie van 30 niet-doen-aanbevelingen laat zien bij welke vormen van zorg huisartsen het belangrijk vinden om terughoudend te zijn.
- De lijst kan huisartsen en patiënten bewustmaken van niet-gepaste zorg.
- De lijst is te gebruiken om het volume van niet-gepaste zorg in kaart te brengen en de druk op de zorg te verminderen.

doen'-aanbevelingen met hoge prioriteit laat zien bij welke vormen van zorg huisartsen vinden dat ze terughoudendheid moeten zijn. De lijst laat huisartsen en patiënten zien welke zorg niet-gepast is en maakt duidelijk waar huisartsen de informatievoorziening over passende zorg op kunnen richten, bijvoorbeeld via Thuisarts.nl.

Het is belangrijk om het daadwerkelijke volume van de niet-gepaste zorg op deze lijst in kaart te brengen, naast de



Beeld Shutterstock

De lijst 'beter-niet-doen'-aanbevelingen kan huisartsen en patiënten bewustmaken van niet-gepaste zorg.

SCHILDKLIER

- ▶ Laat niet routinematig de schildklierfunctie bepalen bij patiënten met een depressie of angststoornis.

ELLEBOOG

- ▶ Verwijs mensen met een tenniselleboog niet door naar een fysiotherapeut of (orthopedisch) chirurg.

LAGE RUG/BIL/BEEN

- ▶ Vraag geen beeldvormende diagnostiek aan bij patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).
- ▶ Schrijf geen benzodiazepinen voor bij patiënten met een LRS.
- ▶ Verwijs patiënten met een LRS niet routinematig naar de fysiotherapeut.
- ▶ Schrijf geen benzodiazepinen voor bij patiënten met specifieke lagerugpijn.
- ▶ Vraag geen beeldvormende diagnostiek aan bij patiënten met specifieke lagerugpijn.

RECTUM/DARM

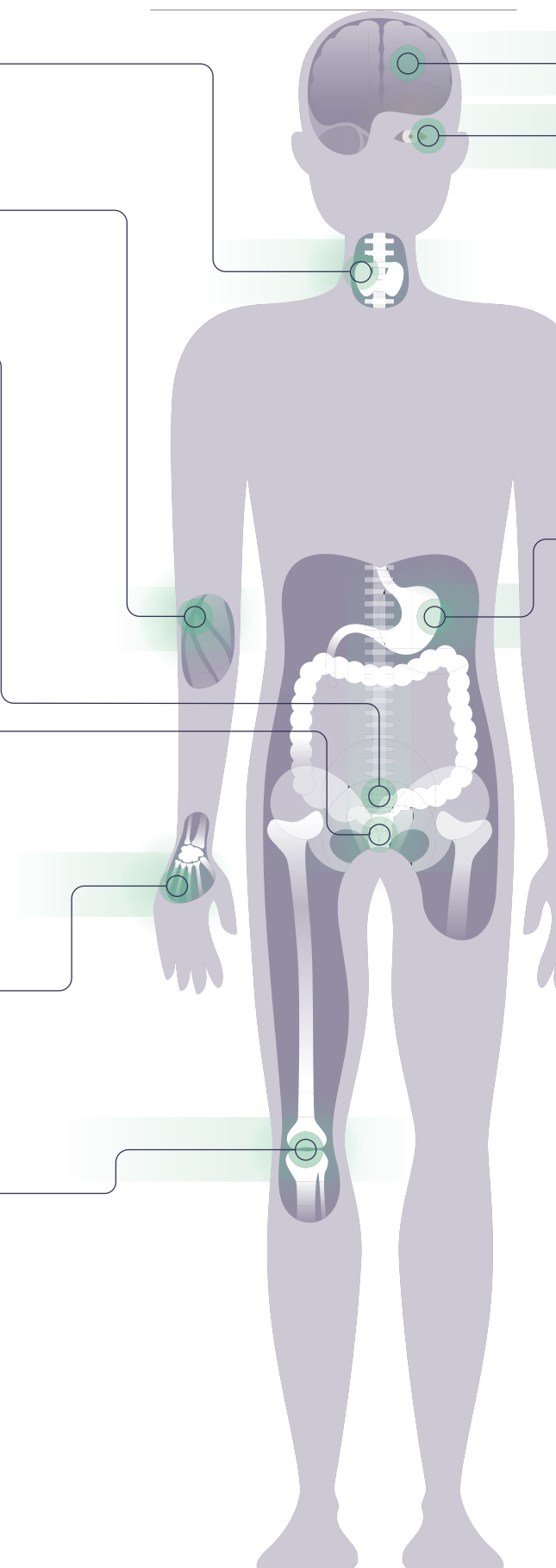
- ▶ Vraag niet standaard een onderzoek van de ontlasting aan bij acute diarree.
- ▶ Vraag geen herhaalde coloscopie binnen 10 jaar aan als rectaal bloedverlies optreedt na een positieve iFOBT en de coloscopie geen afwijkingen laat zien bij het bevolkingsonderzoek darmkanker.

HAND EN POLS

- ▶ Vraag geen röntgenonderzoek aan voor de stadiëring van slijtage van de hand of pols.
- ▶ Behandel wratten niet langer dan 3 maanden, omdat het genezingspercentage daarna niet meer toe lijkt te nemen.

KNIE

- ▶ Vraag geen beeldvormend onderzoek aan (zoals een röntgenfoto of MRI-scan) voor het vaststellen of uitsluiten van knieartrose.
- ▶ Verricht geen behandelingen zoals tappen, steunzolen en shockwave bij patiënten met knieklachten door het patellofemorale pijnsyndroom.
- ▶ Verwijs niet naar een orthopeed of sportarts bij bursitis prepatellaris, het patellofemorale pijnsyndroom, een jumper's knee of de ziekte van Osgood-Schlatter.
- ▶ Geef geen intra-articulaire injecties met hyaluronzuur bij patiënten met knieartrose.



HOOFD

- ▶ Schrijf niet standaard corticosteroiden voor bij mensen met een acute voorhoofdsholteontsteking.
- ▶ Schrijf geen antipsychotica voor, zoals quetiapine, of sederende antihistaminica bij slapeloosheid.

OOG

- ▶ Schrijf geen lokaal antibioticum voor bij een infectieuze conjunctivitis door een banale verwekker, tenzij de patiënt tot een risicogroep (reeds bekende oogaandoeningen of immuungecompromitteerde patiënten) behoort of soms als de conjunctivitis > 2 weken duurt.
- ▶ Schrijf niet routinematig een lokaal antibioticum voor bij een bacteriële of virale infectie.
- ▶ Schrijf geen lokaal antibioticum voor bij traumatische oogaandoeningen door niet-ernstige etsing.

MAAG

- ▶ Vraag geen gastroscopie aan bij patiënten met een negatieve *H. pylori*-status of -test bij persisterende of recidiverende klachten en een zeer laag risico op een maligniteit.
- ▶ Voorkom chronisch gebruik van zuurremmende medicatie zonder goede indicatie.

KIND

OOR

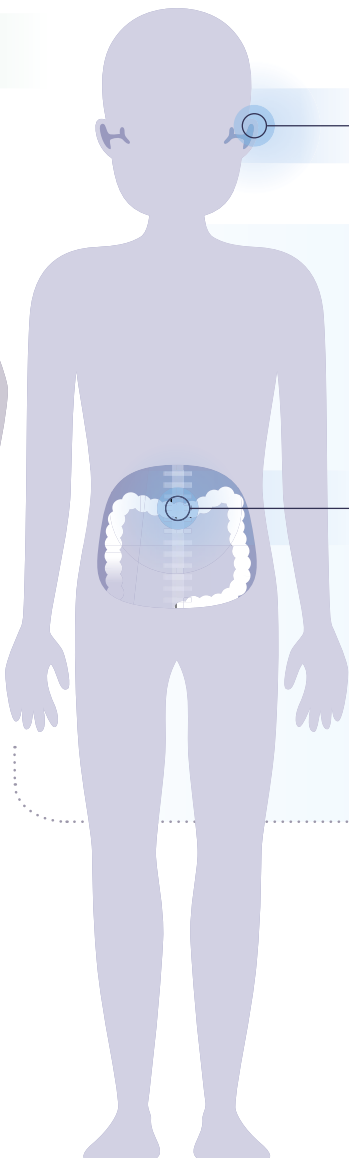
- ▶ Schrijf geen decongestieve neusdruppels of neusspray voor ter behandeling van een acute middenoorontsteking.
- ▶ Schrijf geen antibiotica voor bij een acute middenoorontsteking zonder forse algemene ziekteverschijnselen of als er geen risico's op complicaties zijn.
- ▶ Schrijf geen medicatie voor bij een middenoorontsteking met vochtophoping.

BUIK

- ▶ Verwijs bij chronische functionele buikpijn niet door naar een kinderarts.
- ▶ Vraag geen laboratoriumdiagnostiek aan naar coeliakie, *H. pylori* en voedselallergie en testen op lactose-intolerantie bij buikpijn zonder aanwijzingen voor een somatische oorzaak.

OVERIG

- ▶ Voer niet standaard laboratoriumonderzoek uit bij een vermoeden van een ontsteking in het gewricht.
- ▶ Verwijs patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK, voorheen: SOLK) niet naar een monodisciplinair werkzame pijnspecialist.
- ▶ Schrijf opioïden zo kort mogelijk voor en herhaal alleen via een consult.



(contextuele) factoren die samenhangen met het leveren van de niet-gepaste zorg. We willen immers kunnen bepalen welke niet-gepaste zorg we als eerste moeten verminderen om meer ruimte vrij te maken voor zorg die wel toegevoegde waarde heeft. Daarnaast dienen we te onderzoeken welke effecten het verminderen van niet-gepaste zorg heeft op de kwaliteit van leven van patiënten en de tevredenheid bij zorgmedewerkers. Hierbij moeten we rekening houden met de context van de patiënten. Bij het toepassen van aanbevelingen uit richtlijnen kunnen specifieke contextuele factoren van patiënten ook een rol spelen in overwegingen om van aanbevelingen af te wijken. Van sommige aanbevelingen op de lijst is onlangs de prevalentie onderzocht.^{10,11} Onderzoek op basis van declaratiedata suggereert dat de overgrote meerderheid van de patiënten maagzuurremmers zonder indicatie chronisch kreeg voorgeschreven. Bijna de helft van de patiënten kreeg een lokaal antibioticum voor een infectieuze conjunctivitis en slechts 3% van de patiënten met lagerugpijn kreeg een recept met benzodiazepines.¹⁰

Volgens huisartsen zijn er verschillende redenen om niet-gepaste zorg te leveren. Vaak noemen ze een gebrek aan tijd, verwachtingen van patiënten en de wens om de goede relatie met de patiënt te behouden.¹² De oplossing ligt volgens huisartsen in het beter informeren van patiënten, waarvoor ze meer tijd zouden moeten hebben, en het optimaliseren van de (communicatie)vaardigheden van huisartsen en hun teamleden om patiënten gerust te stellen.^{12,13} Ook praktijkondersteuners en praktijkassistenten kunnen een goede bijdrage leveren aan de implementatie, bijvoorbeeld omdat zij vaak zorgen voor de herhaalmedicatie.

Het programma 'Doen of laten?' besteedt veel aandacht aan het informeren van patiënten. Zo is er een campagne gericht op het verbeteren van de zorg voor patiënten met maagklachten, die bestaat uit een interactieve keuzehulp voor patiënten, (digitale) flyers en wachtkamerposters om de keuzehulp onder de aandacht te brengen. De interactieve keuzehulp biedt patiënten meer informatie over de oorzaken van maagklachten en laat ze zien wat ze zelf aan hun maagklachten kunnen doen. De keuzehulp moet patiënten ook geruststellen door hen duidelijk te maken hoe de maag werkt en waar hun klachten vandaan komen. Daarnaast is er een e-learning voor huisartsen en materiaal beschikbaar voor het farmacotherapeutisch overleg (FTO) van huisartsen en apothekers. Uiteindelijk kunnen dergelijke maatregelen leiden tot een afname van de zorg door huisartsen, meer zelfredzaamheid bij de patiënt, minder risico's of bijwerkingen door zorg en lagere zorgkosten. Vergelijkbare strategieën gericht op zowel het huisartsteam als patiënten kunnen worden toegepast bij het deïmplementeren van andere niet-gepaste zorghandelingen.

De resultaten van ons onderzoek moeten we met enige terughoudendheid beoordelen. De responsrate van de vragenlijst was immers 8,8%, wat kan hebben geleid tot een vertekening van de resultaten door een non-responsbias. Mogelijk hebben huisartsen die beperkte kennis van de richtlijnen hebben of weinig binding hebben met het thema onnodige zorg de vragenlijst minder vaak ingevuld. Aan de andere kant is het absolute aantal respondenten acceptabel en vergelijkbaar met dat in ander onderzoek onder huisartsen. Bovendien waren de respondenten representatief wat betreft leeftijd en spreiding over Nederland.

CONCLUSIE

Richtlijnen voor huisartsen bevatten veel aanbevelingen die terughoudendheid adviseren. De 30 aanbevelingen op onze lijst zijn door huisartsen aangewezen als meest relevant voor vervolggactiviteiten die de zorg in de huisartsenpraktijk moeten optimaliseren. Deze activiteiten betreffen onder andere het in kaart brengen van het volume van niet-gepaste zorg, het inventariseren van de factoren die het leveren van onnodige zorg beïnvloeden en concrete strategieën voor het verminderen hiervan. Zo kunnen huisartsen patiënten beter informeren over gepaste en onnodige handelingen, en daarvoor in de spreekkamer meer tijd vrijmaken. Ook kunnen zorgprofessionals hun communicatievaardigheden verbeteren, zodat ze patiënten gerust kunnen stellen wanneer deze geen of minder zorg krijgen dan ze verwachtten. ■

LITERATUUR

1. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-68.
2. Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions aimed at reducing use of low-value health services: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2017;74:507-50.
3. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-74.

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

Van Dulmen SA, Wiersma TJ, Verkerk EW, Burgers JS, Kool RB. Identificeren en prioriteren van 'beter-niet-doen'-aanbevelingen in NHG-richtlijnen. *Huisarts Wet* 2023;66(3):10-14. DOI:10.1007/s12445-023-2186-y.
Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Science, IQ healthcare, Nijmegen: dr. S.A. van Dulmen, senior onderzoeker, simone.vandulmen@radboudumc.nl; dr. E.W. Verkerk, postdoc onderzoeker; dr. R.B. Kool, senior onderzoeker. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. T.J. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker; prof. dr. J.S. Burgers, huisarts, hoogleraar Bevorderen van persoonsgerichte zorg in richtlijnen.

Angst- en depressieklachten bij hypertensiepatiënten vergroten de kans op een coronair event

Josephine de Hartog-Keyzer, Saloua El Messaoudi, Robin Nijveldt, Victor Pop

Welke hypertensiepatiënten lopen meer risico op een cardiovasculair event? Naast de bekende risicofactoren als een verhoogd cholesterol, roken en hogere leeftijd, is er nog relatief weinig bekend over de invloed van angst- en depressieklachten op het ontwikkelen van een cardiovasculair event. Wij onderzochten een willekeurige selectie van patiënten boven de 60 jaar die door hun huisarts voor hypertensie behandeld werden. We vonden een significant verband tussen angst- en depressieklachten bij inclusie en het optreden van een coronair event tijdens een follow-up van 8 jaar. Er was geen verband met andere cardiovasculaire events (CVA, atriumfibrilleren, hartfalen) of algehele sterfte.

In Nederland zijn hart- en vaatziekten (HVZ) na kanker doodsoorzaak nummer 2.¹ De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement noemt in navolging van het Framingham-risicoprofiel de volgende risicofactoren: hypertensie, hypercholesterolemie, een hogere BMI, roken

en hogere leeftijd.²⁻⁴ Er is mogelijk nog een andere risicofactor voor het ontstaan van toekomstige cardiovasculaire events (CVE's): het psychisch welbevinden van hypertensiepatiënten. De huidige CVRM-programma's in de huisartsenpraktijk besteden daar tot nu toe beperkt aandacht

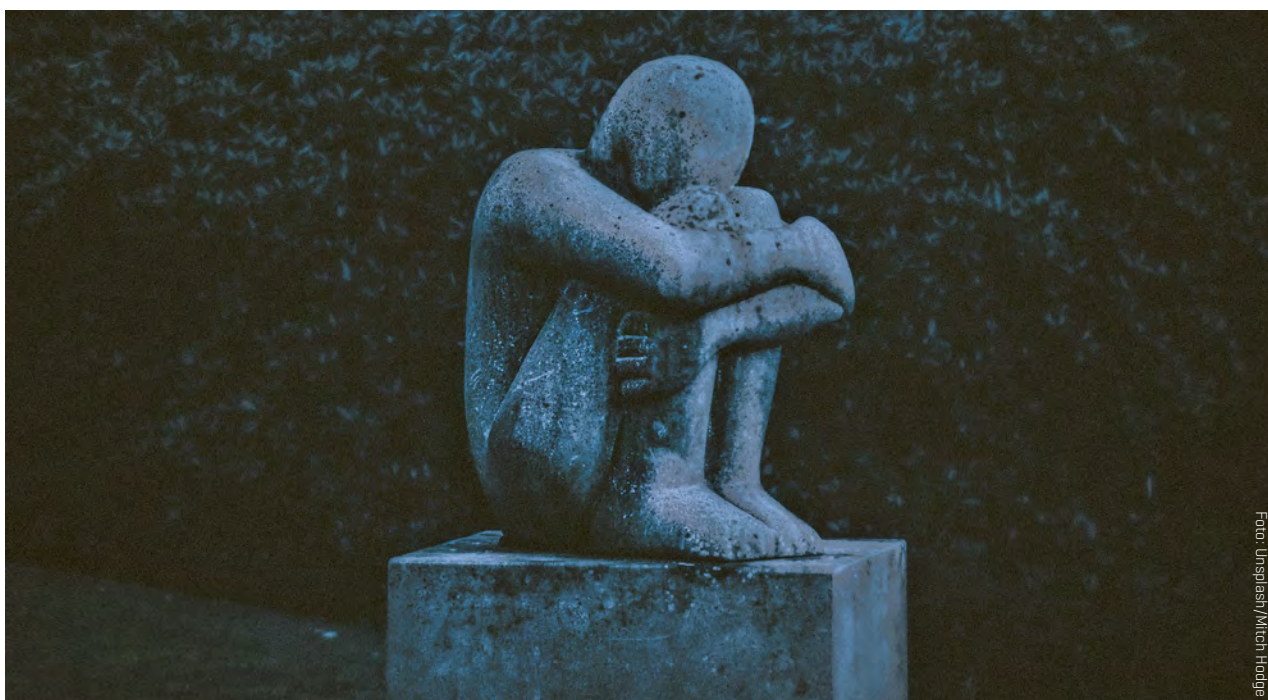


Foto: Unsplash/Mitch Hedige

Angst- en depressieklachten hangen samen met de ontwikkeling van een nieuw coronair event bij oudere patiënten met hypertensie.

WAT IS BEKEND?

- Eerder onderzoek, voornamelijk in tweedelijns populaties of bij patiënten met al een eerder cardiovasculair event [secundaire preventie], liet al een verband zien tussen angst- en depressieklachten en het optreden van hart- en vaatziekten.

WAT IS NIEUW?

- Angst- en depressieklachten hangen samen met de ontwikkeling van een nieuw coronair event bij oudere patiënten met hypertensie.
- Een combinatie van angst- en depressieklachten laat een nog groter verband zien met het ontwikkelen van een coronair event dan uit eerder onderzoek blijkt.

aan. Eerder onderzoek, dat voornamelijk in tweedelijns populaties of bij patiënten met al een eerder CVE (secundaire preventie) is gedaan, liet al een verband zien tussen angst- en depressieklachten en het optreden van HVZ.⁵⁻⁸ Angst en depressie bij cardiovasculaire patiënten zijn gerelateerd aan een hogere incidentie van HVZ en hogere zorgkosten.⁹ Sinds 2012 zijn deze factoren dan ook onderdeel van de cardiologierichtlijnen, zowel in de eerste als tweede lijn.^{2,10,11} Hoewel de richtlijnen een anamnese naar psychosociale factoren aanbevelen, is dit naar ons idee verre van structureel geïmplementeerd in de praktijk. Bovendien is de mogelijke relevantie ervan voor het CVRM-programma in de eerste lijn nog niet bekend. Het optreden van zowel hypertensie als psychische klachten kan een negatief synergetisch effect hebben op een toekomstige CVE.

Wij onderzochten een mogelijke samenhang tussen angst- en/of depressiesymptomen bij eerstelijns patiënten met hypertensie boven de 60 jaar en de ontwikkeling van nieuwe CVE's tijdens 8 jaar follow-up.

METHODE

De patiënten van ons onderzoek kwamen uit het Chellocohortonderzoek (Chronic Heart Failure Prevention Program), waarvan de in- en exclusiecriteria van deelnemers elders in detail zijn beschreven.^{12,13} Tussen juni 2010 en januari 2012 zijn voor dit onderzoek eerstelijns patiënten tussen de 60 en 85 jaar met de diagnose essentiële hypertensie geworven in 5 huisartsenpraktijken, die zijn aangesloten bij de eerstelijnszorgorganisatie PoZob in Zuidoost-Brabant. Exclusiecriteria waren een eerdere diagnose van hartfalen, een huidige behandeling door een cardioloog en een voorgeschiedenis van ernstige psychiatrische aandoeningen anders dan stemmings- of angststoornissen. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, Nederland (NL38933.008.12).

Voor het meten van psychische klachten vulden 589 deelnemers bij inclusie 2 gestandaardiseerde en gevalideerde vragen-

lijsten in. Angstsymptomen werden gemeten met de Generalized Anxiety Disorder-schaal (GAD-7, 7-items, spreiding 0-21) en depressiesymptomen met de Patient Health Questionnaire (PHQ-9, 9-items, spreiding 0-27). Een afkapwaarde van ≥ 8 op de GAD-7 wordt in de eerste lijn gebruikt voor het vaststellen van een ernstige (gegeneraliseerde) angststoornis bij personen boven de 18 jaar.¹⁴ De PHQ-9 is gevalideerd in de eerste lijn bij personen boven de 18 jaar en heeft afkapwaarden van ≥ 5 en ≥ 10 , die wijzen op respectievelijk een milde en ernstige depressie.¹⁵

Om de incidentie van nieuwe CVE's en sterfte te evalueren voerden we voor een follow-upperiode van 8 jaar een gegevensextractie van het digitale huisartsinformatiesysteem uit. Gebruikmakend van de International Classification of Primary Care (ICPC)-codes registreerden we na inclusie de volgende events en overlijden: coronaire events (acuut coronair syndroom, instabiele angina pectoris of acuut myocardinfarct), hartfalen, atriumfibrilleren, cerebrovasculaire aandoeningen (transient ischemic attack en cerebrovasculair accident) en sterfte, met respectievelijk de ICPC-codes K74, K75, K77, K78, K89, K90 en A96.

RESULTATEN

Ons onderzoek betreft 555 patiënten met longitudinale follow-upgegevens [tabel 1]. Deze groep verschilde niet wat betreft kenmerken van de in totaal 589 patiënten die we oorspronkelijk bij baseline includeerden.

Van de 555 patiënten kregen binnen 8 jaar follow-up 29 (5,2%) een (nieuw) coronair event, 42 (7,6%) een cerebrovasculair event, 57 (10,3%) atriumfibrilleren en 22 (4,0%) hartfalen. Er bleken 68 patiënten te zijn overleden (12,3%). Er waren geen significante verschillen in het optreden van CVE's of sterfte tussen mannen en vrouwen.

Verhoogde angst- en depressiescores bij baseline deden het risico op een coronair event tijdens 8 jaar follow-up onafhankelijk en significant toenemen, respectievelijk met 12% (hazardratio (HR) 1,12; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,04 tot 1,22; $p = 0,005$) en 18% (HR 1,18; 95%-BI 1,08 tot 1,28; $p < 0,0001$). Dit corrigeerden we voor het eerder doormaken van een coronair event, het gebruik van antihypertensiva bij baseline, leeftijd, geslacht, roken, cholesterol, systolische bloeddruk en BMI. Vergeleken met patiënten zonder verhoogde scores hadden patiënten die met zowel de GAD-7 (≥ 8) als de PHQ-9 (≥ 5) boven de afkapwaarden scoorden 5,5 keer meer kans op het ontwikkelen van een nieuw coronair event (oddsratio (OR) 5,5; 95%-BI 1,68 tot 17,81).

We vonden geen samenhang tussen angst- en depressieklachten bij baseline en de ontwikkeling van andere CVE's (CVA, atriumfibrilleren, hartfalen) en algemene sterfte [tabel 2].

BESCHOUWING

Dit onderzoek laat zien dat er een verband bestaat tussen angst- en depressieklachten bij baseline bij oudere hypertensiepatiënten en het optreden van een nieuw coronair event tijdens 8 jaar follow-up. Zo'n samenhang zien we niet met an-

dere CVE's of algemene sterfte. Een causaal verband kunnen we met de huidige onderzoekopzet niet aantonen. Een sterk punt van ons onderzoek is de relatief grote steekproef in de eerste lijn met zorgvuldig geregistreerde gegevens tot 8 jaar follow-up. Daardoor konden we mogelijke verbanden tussen angst- en depressiesymptomen en de ontwikkeling van nieuwe coronaire events evalueren. Een beperking van dit onderzoek is dat we alleen de scores voor angst- en depressiesymptomen bij baseline hebben beoordeeld en dat niet hebben herhaald gedurende 8 jaar follow-up. Een onderzoek van Denollet et al. toonde echter aan dat slechts 1 meting van angstscores bij baseline voortijdige dood door alle oorzaken en cardiovasculaire sterfte bij vrouwen van middelbare leeftijd kan voorspellen.¹⁶ Een andere beperking van dit onderzoek is het feit dat we alleen gegevens hebben over sterfte door alle oorzaken en geen gegevens over hartdood. Daarom kunnen we geen redenen geven voor uitval vanwege hartdood. Dat komt vooral door ethische beperkingen met betrekking tot de privacy van centraal geregistreerde sterfteoorzaken in Nederland.

In ons onderzoek had 22% van de patiënten een nieuwe CVE gedurende 8 jaar follow-up en specifiek ontwikkelde 5,2% van de patiënten een nieuwe coronair event. Deze resultaten komen overeen met een recent onderzoek naar de incidentie en prevalentie van CVE's bij patiënten in de eerste lijn in het Verenigd Koninkrijk.¹⁷ De prevalentie van 5% angst-, en 2% ernstige en 16% matige depressiesymptomen die we in dit cohort ouderen vonden, stemt overeen met die in andere onderzoeken.^{18,19}

Tabel 1

Populatiekenmerken

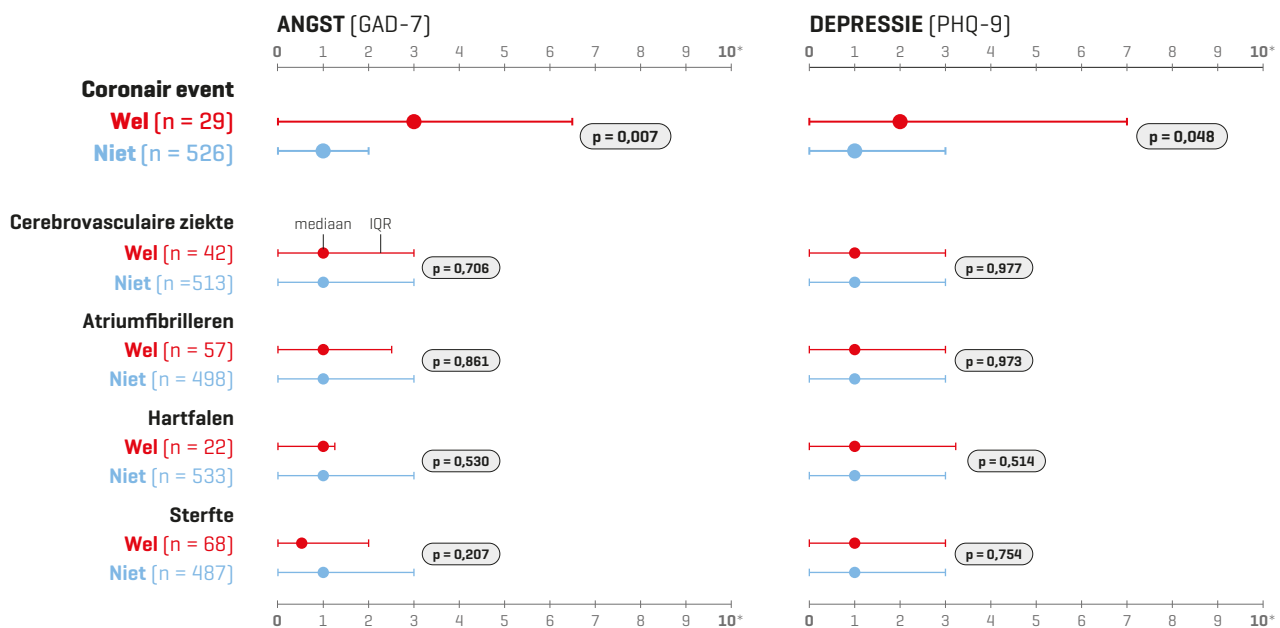
Baselinegegevens		
aantallen	totaal aan start	589
	drop-out (lost to f/u)	34
	totaal in analyse	555
demografische kenmerken	gemiddelde leeftijd	70 +/- 6 jaar
	vrouw	56%
	partner	75%
	opleidingsniveau: alleen lagere school	13%
	actieve roker	12%
	regelmatig alcoholgebruik	32%
comorbidity	diabetes	11%
	eerder myocardiinfarct	5%
	LDL-cholesterolgehalte on target*	23%
	systolische bloeddruk on target*	41%
eerdere episodes	eerdere angstepisode	4%
	eerdere depressie-episode	13%
baseline scores	verhoogde angstscore (GAD-7 ≥ aan 8)	4% 1
	verhoogde depressiescore (PHQ-9 ≥ aan 5)	16% 2

* Volgens de NHG-richtlijn²

- 1 Verhoogde **angstscore** bij baseline deed het risico op coronaire gebeurtenis tijdens de 8 jaar follow-up onafhankelijk en significant met **12%** toenemen (HR 1,12; 95%-BI [1,04 tot 1,22], p = 0,005).
- 2 Verhoogde **depressiescore** bij baseline deed het risico op coronaire gebeurtenis tijdens de 8 jaar follow-up onafhankelijk en significant met **18%** toenemen (HR 1,18; 95%-BI [1,08-1,28], p < 0,0001).

Tabel 2

Angst- en depressiescores in relatie tot de ontwikkeling van een nieuw CVE en algehele sterfte na 8 jaar follow-up



* De maximale score voor de GAD-7 vragenlijst is 21 en voor de PHQ-9 vragenlijst 27. Deze x-as is afgekapt bij score 10 om de spreiding in de data beter zichtbaar te maken.



Mindfulnessstraining heeft mogelijk baat bij hypertensiepatiënten met een verhoogde angst- en depressiescore. Foto: Unsplash/Gaëlle Marcel

In de literatuur zijn talloze mogelijke verklaringen te vinden van het verband tussen angst- en depressieklachten en HVZ, zoals onlangs samengevat in het *European Heart Journal*.²⁰ De auteurs van die review citeren consequent artikelen die verwijzen naar een verband tussen depressie en *coronaire* aandoeningen. Interessant is dat ons onderzoek de specifieke samenhang tussen angst/depressie en coronaire aandoeningen bevestigt: we vonden een significant verband met nieuwe coronaire events en verhoogde baseline angst- en depressiescores, maar niet met andere cardiovasculaire aandoeningen, zoals CVA. In dezelfde review vermelden de auteurs het vaak

en consequent gevonden verband tussen angst en coronaire aandoeningen.²⁰

Hoewel in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement meer aandacht is voor het bestaan van psychische klachten bij patiënten met 'somatische' risicofactoren voor het ontwikkelen van HVZ (hoge BMI, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol), wordt er in de dagelijkse praktijk binnen het CVRM-programma geen gestandaardiseerd instrument geïmplementeerd. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of een interventie bij patiënten met verhoogde angst- en depressiescores een verlaging geeft op de prevalentie van coronaire aandoeningen. Patiënten met een hoge score kan door de praktijkondersteuner-ggz of via het internet een (eenvoudige) interventie worden aangeboden. Er bestaat inmiddels een groot aantal web-based interventies, zoals mindfulnessstraining, waarvan de effectiviteit is aangetoond.²¹⁻²⁴

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat oudere patiënten met hypertensie in de eerste lijn met hoge scores op angst- en depressieklachten meer kans hebben op het ontwikkelen van een coronair event. ■

LITERATUUR

1. CBS StatLine. Deaths; underlying cause of death (shortlist), sex, age. 2022. <https://opendata.cbs.nl/statline>. Geraadpleegd op 23 juni 2022.
2. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. richtlijnen. nhg.org. Utrecht: NHG, 2019. Geraadpleegd op 1 september 2022.
3. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet* 2014;383:999-1008.

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

De Hartog-Keyzer JML, El Messaoudi S, Nijveldt R, Pop VJM. Angst- en depressieklachten bij hypertensiepatiënten vergroten de kans op een coronair event. *Huisarts Wet* 2023;66(3):15-8. DOI:10.1007/s12445-023-2188-9.
Radboudumc, afdeling Cardiologie, Nijmegen: J.M.L. de Hartog-Keyzer, promovendus, josephine.keyzer@radboudumc.nl; dr. S. El Messaoudi, cardioloog; dr. R. Nijveldt, hoogleraar Cardiovasculaire beeldvorming, Tilburg University, Departement Medische en klinische psychologie, Tilburg; dr. V.J.M. Pop, hoogleraar Eerstelijnszorg.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uitgebreid labonderzoek bij anemie kan winst opleveren

Annemarie Schop, Jasper Hartman, Mark-David Levin

Anemie is slechts een symptoom, een aanwijzing dat er meer aan de hand is. Bij het stapje voor stapje uitdokteren van de etiologie blijken huisartsen niet het beste resultaat te behalen. Het MCV-algoritme, dat berust op micro-, normo- en macrocytaire anemie, is niet altijd betrouwbaar. Bij het vaststellen van anemie kan direct starten met een uitgebreid laboratoriumpanel winst opleveren in het verdere traject.

Huisartsen stellen geregeld een anemie vast. Dat is niet verrassend, want de incidentie bedraagt 8,6 per 1000 patiënten per jaar. Na de vaststelling dat een patiënt een te laag hemoglobine (Hb) heeft, begint het echte dokterswerk: het nadenken over welke aanvullende onderzoeken er nog gedaan moeten worden om meer zekerheid te krijgen over de oorzaak van de bloedarmoede. Anemie is immers slechts een symptoom, een aanwijzing dat er meer aan de hand is. Maar wat? Bij de keus voor aanvullend onderzoek houdt de arts rekening

met allerlei patiëntfactoren (leeftijd, geslacht, voorgeschiedenis, medicatie, kwetsbaarheid, levensverwachting) en niet-patiëntfactoren (kosten en baten, behandelopties). Uit een aantal recente onderzoeken blijkt dat huisartsen, in het stapje voor stapje uitdokteren, niet het beste resultaat behalen: lang niet alle oorzaken van anemie komen aan het licht, dubbeldiagnoses worden vaak gemist en behandelmogelijkheden lopen weleens nodeloos vertraging op.¹⁻⁴ Ook blijkt de interpretatie van het MCV een bron van missers.⁵

In de NHG-Standaard Anemie is de klassieke indeling van bijvoorbeeld ijzergebreksanemie of anemie door een chronische ziekte in micro-, normo- en macrocytaire anemie vervangen door een breder stroomdiagram.⁶ Dit stroomdiagram adviseert om als eerste stap in het diagnostische proces in elk geval Hb, MCV en ferritine te bepalen, en het bloedonderzoek uit te breiden op basis van de symptomen en kenmerken van de patiënt.



Uitgebreid bloedonderzoek helpt bij het achterhalen van de oorzaak van de anemie.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- De NHG-Standaard Anemie adviseert huisartsen bij elke patiënt met anemie het Hb, MCV en ferritine te bepalen.
- Starten met een uitgebreid laboratoriumpanel met 14 tests is iets duurder, maar geeft sneller uitsluitsel over de volledige etiologie en kan daardoor winst opleveren in het verdere traject.
- Diagnostiek op basis van micro-, normo- en macrocytaire anemie kan misleidend zijn en leiden tot vertraging in de diagnose en behandeling.

UITGEBREID LABORATORIUMPANEL VAN 14 BLOEDTESTS

Het diagnostische traject van anemie kan verbeterd worden door, in plaats van te kiezen op basis van de klinische context, direct na het vinden van een anemie een uitgebreid laboratoriumpanel te laten bepalen. Dit uitgebreide onderzoek bestaat uit 14 laboratoriumtests voor de 8 meest voorkomende oorzaken van anemie: anemie door een chronische ziekte, ijzerebreksanemie, renale anemie, hemoglobinopathie, mogelijke hemolyse, mogelijke beenmergziekte, vitamine-B₁₂-deficiëntie en foliumzuurdeficiëntie [tabel].¹

In een onderzoek in de huisartsenpraktijk (n = 4152) bleek dit laboratoriumpanel bij 80% van de patiënten te leiden tot het vinden van een etiologie, aanzienlijk meer dan de 56-74% bij minder breed laboratoriumonderzoek.² Bovendien leidde het uitgebreide laboratoriumpanel bij 22% van de patiënten tot het vaststellen van meer dan 1 oorzaak. In dit onderzoek

werd geen rekening gehouden met de klinische context en het is niet bekend bij hoeveel patiënten de klinische context voldoende differentiërend kan zijn in het kiezen van bloedtests. Wel is het aannemelijk dat differentiatie op basis van de klinische context niet effectief is wanneer de anemie meer dan 1 oorzaak heeft, en dat lijkt bij een aanzienlijk deel van de patiënten het geval.

KOSTENEFFECTIVITEIT VAN UITGEBREID BLOEDONDERZOEK

Het is bekend dat klachten passend bij anemie veel variëren en specifiek zijn.⁶ Deze variatie in symptomen kan het vinden van een oorzaak bemoeilijken en bovendien kunnen de symptomen elkaar overschaduwen als er meer dan 1 oorzaak speelt. Het blijkt dan ook dat het minder effectief is wanneer de huisarts op basis van de klinische context bloedonderzoek aanvraagt bij een anemiepatiënt, dan wanneer standaard een uitgebreid bloedonderzoek wordt aangevraagd. Uit een online enquête, ingevuld door 139 huisartsen, bleek dat het vaststellen van de etiologie 9% effectiever werd na het uitgebreide bloedonderzoek.³ De enquête hield geen rekening met de klachtenpresentatie van de patiënt.

Uiteraard kost een uitgebreid bloedonderzoek meer. Een uitgebreid laboratoriumpanel naar anemie kost ongeveer € 3 per patiënt méér dan het gemiddelde aangevraagde bloedonderzoek op basis van de klinische context.⁷ Eventuele kostenbesparingen verderop in het traject van diagnostiek en behandeling zijn moeilijk in kaart te brengen door de grote diversiteit in ziektebeelden en behandelmogelijkheden bij anemie. Wel is zeker dat het uitgebreide laboratoriumpanel meer inzicht oplevert in de etiologie van de anemie en, daarop voortbordurend, kan zorgen voor gericht aanvullend onderzoek, snellere diagnosestelling en snellere behandeling. Dat kan op zijn beurt invloed hebben op de kwaliteit van leven en op de prognose. De geringe extra kosten aan het begin van het diagnostische traject lijken op te wegen tegen de mogelijke winst gedurende het verdere traject.⁷

Tabel

Laboratoriumpanel met 14 bloedtests voor 8 mogelijke oorzaken van anemie

Oorzaak	Criterium
Anemie door een chronische ziekte	ferritine > 100 µg/L, plus 1 van de volgende: transferrine ≤ 3,60 g/L of ijzer < 14 µmol/L (mannen) of < 10 µmol/L (vrouwen)
Renale anemie	eGFR < 45 ml/min/1,73 m ²
Ijzerebreksanemie	ferritine < 25 µg/L (mannen) of < 20 µg/L (vrouwen)
Hemoglobinopathie	MCV < 80 fl erythrocyten > 6,2 (mannen) of > 5,4 (vrouwen) elektroforese
Mogelijke hemolyse	LDH > 241 U/l reticulocyten > 2,5%.
Mogelijke beenmergziekte	reticulocyten < 2,5% en leukocyten < 4,3 of > 10 × 10 ⁹ /L trombocyten < 150 of > 390 × 10 ⁹ /L
Vitamine-B ₁₂ -deficiëntie	vitamine B ₁₂ < 130 pmol/l
Foliumzuurdeficiëntie	foliumzuur < 5 nmol/l

WAT IS DE ROL VAN HET MCV?

De NHG-Standaard Anemie adviseert huisartsen bij elke patiënt met anemie het Hb, MCV en ferritine te bepalen.⁶ Het MCV kan als tussenstap worden gebruikt om de oorzaak te achterhalen: het algoritme van Wintrobe voorspelt de etiologie van anemie op basis van een micro-, normo- of macrocytair bloedbeeld.⁸ In de praktijk blijkt dit algoritme minder relevant.⁵ Ten eerste blijkt 85% van de anemiepatiënten (n = 4129) in de huisartsenpraktijk normocytair en bij een normocytair bloedbeeld is het algoritme niet differentiërend. Ten tweede voorspelt het algoritme de etiologie niet correct bij 16% van de microcytaire en 90% van de macrocytaire anemiegevallen in de huisartsenpraktijk. Ten derde beperkt het zich tot 1 onderliggende oorzaak, terwijl anemie bij 22% van de patiënten in de huisartsenpraktijk meer dan 1 oorzaak heeft.² Bij die patiënten kan het algoritme van Wintrobe ertoe leiden dat niet alle oorzaken herkend en behandeld worden. Kortom, het gebruik van het MCV als tussenstap in de diagnostiek van anemie is niet effectief.

IJZERGEBREKSANEMIE HET VAAKST GEZIEN

In een onderzoek waarbij we patiënten met een ijzerebreksanemie in de huisartsenpraktijk (n = 587) lange tijd volgden, bleken de huisartsen goed in staat om de juiste patiënten te selecteren voor endoscopisch onderzoek na het vaststellen van een ijzerebreksanemie.⁴ De NHG-Standaard Anemie adviseert alle patiënten ≥ 50 jaar met ijzerebreksanemie zonder hevige menstrueel bloedverlies door te sturen voor endoscopisch onderzoek,⁶ maar de huisartsen stuurden slechts 36% van deze patiëntengroep door voor endoscopisch onderzoek. In de groep die niet direct werd verwezen voor endoscopie werd bij 78% geen ijzerebrekgerelateerde onderliggende aandoening vastgesteld tijdens de follow-upduur van mediaan 4,6 jaar.⁴ De huisartsen bleken dus, tegen de adviezen van de NHG-Standaard in, een vrij goede eerste selectie te maken van patiënten die in aanmerking komen voor endoscopie. Endoscopisch onderzoek bij een nieuwe ijzerebreksanemie is van belang om een darmmaligniteit aan te tonen of uit te sluiten. In de onderzochte groep bleek de ijzerebreksanemie bij 61 patiënten (10%) te berusten op een darmmaligniteit en 80% van deze patiënten kreeg die diagnose binnen 16 weken na het vinden van de ijzerebreksanemie in de huisartsenpraktijk. Bij 80% van de patiënten bij wie ijzerebreksanemie het eerste symptoom is van een darmmaligniteit, blijkt het te gaan om een rechtszijdige darmtumor die veelal geen klachten geeft.⁴

ANEMIE DOOR EEN CHRONISCHE ZIEKTE

Ook anemie door een chronische ziekte wordt veelvuldig gezien in de huisartsenpraktijk. Bij deze patiënten is vaak meer onderzoek nodig om de onderliggende aandoening te achterhalen. In een onderzoek onder 267 patiënten met anemie door een chronische ziekte was bij 12% lichamelijk onderzoek voldoende om de onderliggende aandoening te vinden en was bij 77% aanvullend onderzoek noodzakelijk.⁹ De onderliggende aandoeningen die het vaakst werden gezien, waren infectie (32%), auto-immuunaandoeningen (24%) en maligniteiten (23%). Orale ijzertabletten zijn in de eerste lijn vrijwel alleen geïndiceerd bij een ijzerebreksanemie en niet bij anemie door een chronische ziekte.⁶ Desondanks bleek 13% van de patiënten in die laatste groep toch ijzertabletten te krijgen van de huisarts, terwijl ze niet helpen tegen de anemie en alleen risico op bijwerkingen geven.⁹ In de onderzochte populatie bleken huisartsen vaker orale ijzersuppletie voor te schrijven bij diepere anemie en een mild verlaagd ferritinegehalte.

CONCLUSIE

Na het vaststellen van anemie bij een patiënt is de huisarts niet klaar. Onder het motto: 'Een goed begin is het halve werk' moet er een diagnostisch traject worden opgestart. Een belangrijke eerste stap is het achterhalen van de oorzaak van de anemie en daarbij helpt het aanvragen van een uitgebreid

bloedonderzoek. Met zo'n laboratoriumpanel wordt niet alleen de oorzaak vaker gevonden, maar met regelmaat zal de huisarts ook meer dan 1 oorzaak vinden. Nadat de etiologie is vastgesteld kan gericht aanvullend onderzoek worden aangevraagd en een beleid worden ingezet.

Bij het bepalen van de oorzaak van anemie kan het MCV-algoritme dat berust op micro-, normo- en macrocytaire anemie beter worden losgelaten. MCV-gestuurde diagnostiek is namelijk te vaak misleidend en kan leiden tot tunnelvisie en vertraging in de diagnose en behandeling. Bij de 2 meest voorkomende vormen van anemie, ijzerebreksanemie en anemie door een chronische ziekte, kan direct starten met een uitgebreid laboratoriumpanel winst opleveren in het verdere traject. Bij ijzerebreksanemie is alertheid op een darmmaligniteit geboden; alle mannen met ijzerebreksanemie en alle vrouwen met ijzerebreksanemie zonder hevige menstrueel bloedverlies hebben een indicatie voor endoscopie. ■

LITERATUUR

1. Schop A. Diagnostic work-up of anemia in general practice [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus University, 2021.
2. Schop A, Stouten K, Riedl JA, Van Houten RJ, Leening MJ, Van Rosmalen J, et al. A new diagnostic work-up for defining anemia etiologies: a cohort study in patients ≥ 50 years in general practice. *BMC Fam Pract* 2020;21:167.
3. Schop A, Kip MM, Stouten K, Dekker S, Riedl J, Van Houten RJ, et al. The effectiveness of a routine versus an extensive laboratory analysis in the diagnosis of anaemia in general practice. *Ann Clin Biochem* 2018;55:535-42.
4. Schop A, Stouten K, Riedl J, Van Houten RJ, Van Rosmalen J, Wolfhagen F, et al. Long-term outcomes in patients newly diagnosed with iron deficiency anaemia in general practice: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e032930.
5. Kip MM, Schop A, Stouten K, Dekker S, Dinant G-J, Koffijberg H, et al. Assessing the cost-effectiveness of a routine versus an extensive laboratory work-up in the diagnosis of anaemia in Dutch general practice. *Ann Clin Biochem* 2018;55:630-8.
6. NHG-werkgroep Anemie. NHG-Standaard Anemie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2021. Richtlijnen.nhg.org.
7. Schop A, Stouten K, Riedl JA, Van Houten RJ, Leening MJ, Bindels PJ, et al. The accuracy of mean corpuscular volume guided anemia classification in primary care. *Fam Pract* 2021;38:735-9.
8. Wintrobe MM. Classification of the anemias on the basis of differences in the size and hemoglobin content of the red corpuscles. *Proc Soc Exp Biol Med* 1930;27:1071-3.
9. Schop A, Stouten K, Van Houten RJ, Riedl J, Van Rosmalen J, Bindels PJ, et al. Diagnostics in anaemia of chronic disease in general practice: a real-world retrospective cohort study. *BJGP Open* 2018;2:bjgpopen18X101597.

Schop A, Hartman J, Levin MD. Uitgebreid labonderzoek bij anemie kan winst opleveren. *Huisarts Wet* 2023;66(3):21-3. DOI:10.1007/s12445-023-2175-1.

Erasmus MC, Rotterdam: dr. A. Schop, huisarts-in-opleiding, annemarieschop@gmail.com. Huisartsenpraktijk de Jagerweg, Dordrecht: J. Hartman, huisarts. Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht: dr. M-D. Levin, internist-hematoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ouderen met subklinische hypothyreoïdie hebben geen baat bij levothyroxine

Robert Du Puy, Rosalinde Poortvliet, Wendy den Elzen, Simon Mooijaart, Jacobijn Gussekloo

Huisartsen weten soms niet goed hoe ze met subklinische hypothyreoïdie (verhoogd TSH, normaal fT4) moeten omgaan. Dit geldt vooral wanneer het om ouderen gaat: ongeveer 1 op de 5 vrouwen boven de 65 jaar heeft deze afwijkende waarden. Sommige huisartsen starten direct met levothyroxinebehandeling en intensief bloedprikken, ook wanneer er geen klachten zijn. Andere huisartsen doen helemaal niets. De NHG-Standaard Schildklieraandoeningen voorziet niet in eenduidige aanwijzingen. Zeker nu de huisartsenpopulatie ouder wordt en patiënten thuis hun laboratoriumuitslagen kunnen inzien, is er een grote behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde adviezen.

CASUS: 74-JARIGE VROUW MET VERHOOGD TSH

Een 74-jarige relatief gezonde vrouw komt bij haar huisarts met de vraag of ze met schildkliermedicatie moet starten. Ze heeft online de uitslagen van haar jaarlijkse screenende bloedonderzoek bekeken en is geschrokken van het verhoogde TSH van 7,4 mIU/L. Dat lijkt al jaren langzaam te stijgen, terwijl het fT4 normaal blijft [14,2 pmol/L]. Ze heeft geen klachten, krijgt voldoende jodium binnen en er komen geen schildklierziekten voor in de familie. De huisarts twijfelt over het te volgen beleid, maar weet mevrouw gerust te stellen en adviseert af te wachten. Een jaar later is ze nog steeds klachtenvrij, het TSH 7,6 mIU/L en het fT4 nog steeds normaal [14,0 pmol/L].

Volgens schattingen heeft zeker 1 op de 5 vrouwen en 1 op de 8 mannen van 65 jaar en ouder in de eerste lijn bij bloedonderzoek een verhoogd thyroïdstimulerend hormoon (TSH) met een normaal vrij T4 (fT4). Daarmee hebben ze subklinische hypothyreoïdie.¹ Bij het ouder worden zien we steeds meer veranderingen in schildklieranatomie en -functie, en neemt de prevalentie van subklinische hypothyreoïdie toe. Maar of dit de gezondheid en levensverwachting van oudere personen (arbitrair ≥ 65 jaar) beïnvloedt, was tot nu toe niet duidelijk.^{2,3} Als huisartsen bevinden we ons daarom geregeld in een lastige situatie wanneer bij screenend labonderzoek alleen de TSH-waarde verhoogd is. Moeten we deze waarde als een ziekte beschouwen? Of moeten we de patiënt geruststellen? Spreken we af regelmatig bloed te laten prikken? Of moeten we



Vaak wordt subklinische hypothyreoïdie per toeval in laboratoriumonderzoek gevonden.

Foto: Shutterstock

al met levothyroxine starten? Het proefschrift *Subclinical hypothyroidism in community-dwelling older people* geeft huisartsen die met dergelijke vragen zitten meer handvatten.

WAT IS BEKEND?

Subklinische hypothyreoïdie

Subklinische hypothyreoïdie wordt gedefinieerd als een verhoogd TSH (de normaalwaarden liggen bij de meeste laboratoria tussen 0,4 en 4,0 mIU/L) met een normaal fT4 (normaalwaarden bij de meeste laboratoria tussen 9,0 en 24,0 pmol/L), bij herhaalde metingen.⁴ De diagnose is niet afhankelijk van de aan- of afwezigheid van eventuele klachten.⁴ Ongeveer 35% van patiënten met subklinische hypothyreoïdie keert binnen een jaar spontaan weer terug naar normale schildklierwaarden.⁵ Hoewel de consensus is dat alleen fT4 activiteit vertoont door het basale metabolisme aan te sturen en dus voor klachten kan zorgen, geven sommige patiënten aan ook bij alleen afwijkende TSH-waarden al klachten te ervaren, zoals vermoeidheid, kouwelijkheid, traagheid, haaruit-

val, obstipatie of wisselingen in stemming of concentratie.⁶ Oorzaken en consequenties van subklinische hypothyreoïdie zijn vaak onduidelijk. Zo zijn symptomen vaak afwezig of aspecifiek.⁶ Bovendien blijkt de aan- of afwezigheid van symptomen de diagnose of het resultaat van de behandeling niet te voorspellen.⁶ Bij ouderen komt subklinische hypothyreoïdie veel vaker voor (> 20% boven de 65 jaar) dan in jongere populaties. Het komt bij ouderen ook vaker voor dan alle andere schildklierafwijkingen bij elkaar opgeteld (hyperthyreoïdie 0,8-1,3%, subklinische hyperthyreoïdie 0,6-9,8% en hypothyreoïdie 0,2-5,3%).¹

Afwijkende TSH-waarden worden bij ouderen in de eerste lijn vaak niet gevonden vanwege een klinisch vermoeden, maar als een toevalsbevinding bij een screenend of 'APK'-laboratoriumonderzoek.¹ De genoemde aspecten kunnen bij oudere patiënten en huisartsen aanzienlijke twijfel geven over de beste diagnostische aanpak en eventuele behandeling.⁷

Consequenties

Ondanks ruim 60 jaar aan onderzoek is er veel tegenstrijdig bewijs over mogelijke verbanden tussen subklinische hypothyreoïdie en bijvoorbeeld cognitief en lichamelijk functioneren, welbevinden en overlijden. In sommige onderzoeken of populaties blijken dergelijke verbanden evident, terwijl ze in andere totaal afwezig of zelfs omgekeerd zijn.⁸⁻¹⁷ Sommige onderzoeken vinden ook een hoger risico op anemie in de aanwezigheid van subklinische hypothyreoïdie, en speculeren zelfs over een causaal verband. In andere onderzoeken is dit verband echter afwezig.¹⁸ Doordat onderzoekers uiteenlopende definities van subklinische hypothyreoïdie hanteren, er verschillen zijn in (kleine of bijzondere) onderzoekspopulaties, onderzoeksontwerp of gekozen uitkomstpunten blijkt het moeilijk om eenduidig vast te stellen of subklinische hypothyreoïdie tot negatieve gezondheidsuitkomsten leidt. De NHG-Standaard Schildklierandoeningen reflecteert op deze onzekerheid met de zin 'de relatie met eventuele klachten is niet altijd duidelijk'.⁴

WAT IS NIEUW?

Consequenties

In het proefschrift *Subclinical hypothyroidism in community-dwelling older people* worden onderzoekspopulaties gepoold en de verschillende definities, onderzoeksontwerpen en uitkomstmaten geharmoniseerd, zodat eerder onbeantwoorde vraagstukken opgelost kunnen worden.

De eerste hoofdstukken van het proefschrift behandelen de vraag of subklinische hypothyreoïdie samenhangt met (negatieve) klinische en biologische uitkomstmaten. Deze kon worden beantwoord door de individuele patiëntgegevens uit 4 prospectieve cohorten (Japan, Nieuw-Zeeland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk; 2116 zelfstandig wonende ouderen van ≥ 80 jaar) via een meta-analyse opnieuw te coderen en analyseren. Op baseline, maar ook bij jaarlijkse controles voor minimaal 5 jaar, bleek dat subklinische hypothyreoïdie geen verband houdt met onder andere een achteruitgang in cogni-

DE KERN

- Subklinische hypothyreoïdie (verhoogd TSH en normaal fT4) komt bij ouderen (arbitrair ≥ 65 jaar) veel voor en wordt in de eerste lijn vaak per toeval gevonden.
- Nieuwe onderzoeken laten zien dat subklinische hypothyreoïdie bij ouderen niet samenhangt met achteruitgang in onder andere cognitief en fysiek functioneren, ADL, stemming, anemie of overleving.
- Behandelen met levothyroxine blijkt geen verbetering te geven voor oudere patiënten op onder andere symptoomlast, cognitief en fysiek functioneren, bloeddruk, BMI, anemie of overleving.
- Huisartsen kunnen medicalisering bij ouderen met subklinische hypothyreoïdie tegengaan door patiënten te ontlasten van regelmatig bloedprikken, terughoudend te zijn met medicatie en potentiële oversuppletie terug te brengen.

tief of lichamelijk functioneren, ADL, depressieve symptomen of sterfterisico.¹⁹

Voor een ander internationaal onderzoek hebben we de individuele patiëntgegevens uit 16 internationale cohorten opnieuw geanalyseerd (2930 zelfstandig wonende deelnemers van 65 jaar of ouder met subklinische hypothyreoïdie, mediane follow-up van 5,7 jaar). We vonden geen verband met het risico op het ontwikkelen van anemie.²⁰

We kunnen concluderen dat subklinische hypothyreoïdie bij thuiswonende ouderen niet samenhangt met klinisch of biologisch relevante uitkomstmaten.

Behandelverschillen tussen huisartsen

Nu patiënten steeds vaker hun eigen laboratoriumuitslagen online kunnen inzien, inclusief de 'roodgekleurde cijfers', en op internetfora goedbedoeld maar soms onjuist medisch advies kunnen vinden, is onder huisartsen de behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde adviezen over medicamenteuze behandeling groter dan ooit.^{21,22} Hoewel de Amerikaanse en Europese richtlijnen en de NHG-Standaard grotendeels dezelfde adviezen geven, blijken huisartsen heel verschillend om te gaan met subklinische hypothyreoïdie bij ouderen. Er bestaat een grote variatie wat betreft onder meer de keuze om wel of niet medicamenteuze behandeling te starten, doseringen en follow-up. Uit vignetonderzoeken onder huisartsen kwam naar voren dat ze bij 34% van de casussen van ouderen met subklinische hypothyreoïdie toch levothyroxine voorschreven.²³ De NHG-Standaard raadt routinematig behandelen niet aan, maar laat desondanks ruimte voor een proefbehandeling wanneer de patiënt dit wenst en aan de voorwaarden voldoet.⁴

Behandeling

Voor het proefschrift hebben we ook onderzocht of behande-



De huisarts kan oudere patiënten met subklinische hypothyreoïdie geruststellen en terughoudend zijn met diagnostisch vervolgonderzoek of levothyroxinebehandeling.

Foto: Shutterstock

ling met levothyroxine langetermijnvoordelen opleverde. We gaan eerst in op de resultaten van het TRUST-onderzoek, het grootste internationale dubbelblind gerandomiseerde klinische onderzoek tot nu toe. Dat telde 737 zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder met subklinische hypothyreoïdie, die zijn geworven in Nederland, Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. Dit onderzoek vergeleek ten minste 12 maanden behandeling met levothyroxinetabletten met een even lange behandeling met placebotabletten. In beide groepen werd de dosering omhoog of omlaag getitreerd op basis van regelmatige TSH-controles (*mock*-titraties in de placebogroep). De deelnemers, laboratoria, huisartsen en onderzoekers bleven geblindeerd voor de uitkomsten. De primaire uitkomstmaten waren hypothyreoïdiesymptoomlast (onder andere vermoeidheid, gewichtstoename en kouwelijkgheid). Daarnaast is een reeks aan secundaire uitkomstmaten voor minimaal 12 maanden regelmatig getoetst. Op zowel de korte termijn als na een jaar follow-up werd anders dan in de placebogroep in de levothyroxinegroep een beoogde daling in TSH gevonden (door de levothyroxinesuppletie). Er waren echter geen voordelen op onder andere hypothyreoïdie-symptomen, vermoeidheid, kwaliteit van leven, knijpkracht, bloeddruk, BMI, hemoglobine of het optreden van bijwerkingen.^{24,25}

Verder beschrijft het proefschrift het IEMO 80-plusonderzoek,

dat exact dezelfde onderzoeksopzet als het TRUST-onderzoek had, met een iets oudere doelgroep. Bij 251 zelfstandig wonende ouderen van 80 jaar en ouder met subklinische hypothyreoïdie vonden de onderzoekers ook geen voordeel na ten minste 12 maanden behandeling met levothyroxine.²⁶

De uitkomsten van beide onderzoeken onderschrijven de conclusie dat routinematig behandelen met levothyroxine en een proefbehandeling niet zinvol zijn voor ouderen met subklinische hypothyreoïdie.

De onderzoeken in het proefschrift onderscheiden zich van eerdere onderzoeken doordat de individuele patiëntgegevens uit eerdere cohorten zijn gepoold en opnieuw zijn geanalyseerd. Daarnaast waren de uitkomstmaten en onderzoeksontwerpen, ook bij de klinische trials, geharmoniseerd. Er is bewust voor gekozen om voor ouderen relevante uitkomstmaten te gebruiken. De deelnemers zijn geworven uit huisartsenpopulaties om de dagelijkse praktijk zo accuraat mogelijk te benaderen. Dankzij deze technieken bleek er eindelijk voldoende statistische bewijskracht om de vragen uit de inleiding te kunnen beantwoorden.

Het is belangrijk om te melden dat er altijd subgroepen bestaan voor wie de conclusies uit dit proefschrift niet een-op-een gelden. Denk aan oudere patiënten met subklinische hypothyreoïdie met een TSH groter dan 10 mIU/L, met schildklierbeïnvloedende medicatie, zoals lithium of amio-

daron, met een schildklieroperatie of bestraling in de voorgeschiedenis, of bij wie de jodium- of seleniumspiegels niet hoog genoeg zijn. Deze situaties zijn echter zo zeldzaam dat huisartsen hier in de dagelijkse praktijk geen rekening mee hoeven te houden.

BESCHOUWING

Uit onderzoek blijkt niet dat subklinische hypothyreoïdie met symptomen gepaard gaat of negatieve gevolgen heeft. Bovendien blijkt routinematig behandelen met levothyroxine geen korte- of langetermijnvoordelen op te leveren. Daarnaast neemt het risico op oversuppletie toe met de leeftijd en de duur van de behandeling, waarmee eventuele bijbehorende risico's stijgen, zoals osteoporose, fracturen en aritmie.^{27,28} Volgens schattingen wordt 15-40% van alle oudere levothyroxinegebruikers overgesuppleerd.²⁹ Adviseer oudere patiënten daarom terughoudend te zijn met aanvullende en vaak levenslange diagnostiek, en zie af van dagelijkse suppletie met levothyroxine en bijbehorende titratiestappen.

Om huisartsen meer houvast te geven in de spreekkamer moet de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen aangepast worden aan de nieuwe onderzoeksgegevens. Aanvullende informatie via bijvoorbeeld Thuisarts.nl (deze informatie is momenteel niet beschikbaar) kan voor patiënten een belangrijk hulpmiddel zijn om subklinische hypothyreoïdie beter te begrijpen en eventuele diagnostische en behandelopties af te wegen.

Toekomstig onderzoek is nodig om de schildklierbiologie, en hoe deze over de tijd verandert, verder op te helderen. Zo is subklinische hypothyreoïdie tijdens de zwangerschap waarschijnlijk gerelateerd aan een verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties, maar lijken er geen gezondheidsrisico's meer te bestaan vanaf 65 jaar en ouder.³⁰ Waar het exacte kantelpunt ligt qua gezondheidseffecten is op dit moment nog onduidelijk.

Daarnaast weten we nog niet of patiënten die (mogelijk al decennia) levothyroxine krijgen ook veilig kunnen afbouwen of misschien zelfs kunnen stoppen, met behoud van gezondheid, welbevinden en een normale schildklierfunctie. Het RELEASE-onderzoek moet daarover duidelijkheid verschaffen. Daarin wordt levothyroxine stapsgewijs en gecontroleerd afgebouwd bij 360 deelnemers van 60 jaar en ouder.³¹ Ook kan het interessant zijn om te kijken of de strategie voor het opsporen van schildklieraandoeningen bij ouderen in de eerste lijn aangepast kan worden om ongerustheid bij patiënten en onnodig medisch handelen te voorkomen. Dit kan bijvoor-

beeld door het verbreden van de TSH-grenzen voordat fT4 gemeten wordt, of door het omdraaien van de volgorde (eerst fT4, en wanneer dit afwijkt, TSH meebepalen).³² Dit is het hoofddoel van het recent gestarte RESTORE-onderzoek.³³

CONCLUSIE

Subklinische hypothyreoïdie komt bij oudere patiënten veel voor en wordt vaak per toeval in laboratoriumonderzoek gevonden. De afwijkende laboratoriumwaarden leiden bij deze groep niet tot achteruitgang in gezondheidsmaten in het cognitieve, fysieke of emotionele domein. Daarnaast blijkt behandeling met levothyroxine geen voordelen te bieden op onder andere symptoomlast, cognitief of fysiek functioneren of levensduur. Daarom kunt u oudere patiënten met subklinische hypothyreoïdie geruststellen en terughoudend zijn met diagnostisch vervolgonderzoek of levothyroxinebehandeling. ■

LITERATUUR

1. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med* 2000;160:526-34.
2. Ajish TP, Jayakumar RV. Geriatric thyroidology: an update. *Indian J Endocrinol Metab* 2012;16:542-7.
3. Somwaru LL, Rariy CM, Arnold AM, Cappola AR. The natural history of subclinical hypothyroidism in the elderly: the cardiovascular health study. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:1962-9.

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



Blader naar pagina 46 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

Du Puy RS, Poortvliet RKE, Den Elzen WPJ, Mooijaart SP, Gussekloo J. Ouderen met subklinische hypothyreoïdie hebben geen baat bij levothyroxine. *Huisarts Wet* 2023;66(3):24-7. DOI:10.1007/s12445-022-2160-0.

Leiden Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: dr. R.S. Du Puy, huisarts, onderzoeker, r.s.dupuy@outlook.com; dr. R.K.E. Poortvliethuisarts, senior onderzoeker; prof. dr. J. Gussekloo, hoogleraar Eerstelijns geneeskunde.

Afdeling Interne Geneeskunde, Sectie Ouderengeneeskunde: prof. dr. S.P. Mooijaart, hoogleraar Internist-ouderengeneeskunde. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Klinische Chemie, Amsterdam: dr. W.P.J. den Elzen, klinisch chemicus, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Wie is Baudewijntje Kreukels?

Baudewijntje Kreukels is hoogleraar medische psychologie, in het bijzonder gender- en geslachtsvariëaties aan het Amsterdam UMC. Ze deed tussen 2000 en 2006 promotieonderzoek aan het Nederlands Kanker Instituut en de faculteit psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Oratie: Kreukels BPC. Gender en geslacht in transitie. Amsterdam: Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, 2022.



Oog voor diversiteit

Frank van Wijck, Tessa Dijkman, Susanne Claessen

‘Het is belangrijk dat de huisarts basiskennis heeft over genderzorg’, stelt Baudewijntje Kreukels, vorig jaar benoemd tot hoogleraar medische psychologie, in het bijzonder gender- en geslachtsvariëaties. ‘Zij spelen immers een rol in de zorg voor deze patiënten. In de publieke discussie over het onderwerp worden de feiten niet altijd correct gebruikt, dus het is van belang op de hoogte te zijn van de actuele wetenschappelijke kennis.’

“Gender en geslacht in transitie” heet de inaugurale rede waarmee Kreukels in oktober 2022 haar hoogleraarschap aanvaardde. Achter die 2 woorden gender en geslacht gaan in relatie tot de genderzorg heel wat begrippen schuil die wellicht niet voor iedereen even bekend zijn. Gender verwijst naar de sociale, culturele en psychologische kenmerken die met een geslacht in verband worden gebracht. Geslacht verwijst naar de fysieke kenmerken, en wordt op basis daarvan toegewezen bij geboorte. ‘Als iemands genderidentiteit en geslacht in overeenstemming zijn, spreken we van cisgender’, zegt Kreukels. ‘Is sprake van een incongruentie tussen deze 2, dan spreken we van transgender. De termen transgender man en transgender

Het begrippenkader is belangrijk’, stelt Kreukels. ‘Het scheidt duidelijkheid in de discussie over genderzorg. Het lijkt soms wel of in de huidige discussie hierover meningen belangrijker worden gevonden dan feiten’, zegt ze.

Veel meer dan man of vrouw alleen

Traditioneel wordt uitgegaan van 2 mogelijkheden: iemand is of man of vrouw. Deze opvatting was ook bij sommige politieke partijen terug te vinden in Tweede Kamerdebatten die in het kader van de nieuwe Transgenderwet zijn gevoerd. ‘Dit neemt niet weg dat er inmiddels veel meer oog is voor de diversiteit, voor alle mogelijkheden die daartussenin liggen dus’, zegt Kreukels. ‘Terecht, want de variaties in de geslachtsontwikkeling laten ook zien dat geslacht minder binair is dan vaak verondersteld. Er is steeds meer bewijs dat biologische factoren een rol spelen in genderdiversiteit. Dit is extra bewijs voor de stelling die we tegenwoordig steeds vaker horen dat sprake is van een spectrum. Er is niet 1 gen dat een rol speelt bij de ontwikkeling van genderidentiteit, het zijn vele genen. Dat past bij de diverse beelden die we in de praktijk bij mensen zien.’ Zo is bijvoorbeeld uit tweelingenonderzoeken komen vast te staan dat genderidentiteit voor 30 tot 60% erfelijk is.

Data uit verschillende onderzoeken

Er is een enorme toename in het aantal personen in zowel zelfrapportage-onderzoeken als klinische onderzoeken naar genderidentiteit. Op basis van recente cijfers is naar schatting 4 op de 1000 volwassenen transgender en is per 1000 kinderen en adolescenten gemiddeld sprake van 20 personen met een transgender en 55 met een genderdiverse identiteit. ‘De huisarts komt ze dus zeker tegen in de praktijk’, zegt Kreukels. ‘Of dit voor de stad anders ligt dan voor het platteland, weten we voor Nederland niet. ‘Uit Amerikaanse onderzoeken komen wel verschillen naar voren tussen deze 2. Maar bedenk daarbij wel dat mensen naar de stad gaan voor een behandeling, omdat daar nu eenmaal de centra gevestigd zijn die behandeling aanbieden.’ Het Amsterdamse cohortonderzoek voor genderdysforie biedt klinische gegevens over het onderwerp. Daarnaast

‘Ik denk dat huisartsen al heel veel goed doen in de begeleiding van mensen met genderdysforie’

vrouw verwijzen naar het ervaren gender van het individu. Soms is het geslacht bij de geboorte onduidelijk, dan hebben we het over variaties in de geslachtsontwikkeling, ook wel intersekse. Genderdysforie duidt de lijdensdruk van de incongruentie aan. De term non-binair gebruiken we om te beschrijven dat iemand zich noch man noch vrouw voelt.

is er het *European network for the investigation of gender incongruence*, dat op basis van vragenlijsten ook data biedt over tevredenheid, seksueel plezier, psychisch welbevinden en sociale ondersteuning. ‘Hieruit weten we dat de genderdysforie na behandeling fors afneemt’, zegt Kreukels, ‘de lichamelijke tevredenheid neemt toe. Dat zijn de positieve kanten. Maar we willen ook weten wat niet goed gaat, om daarop onze zorg te kunnen richten. We vonden bijvoorbeeld dat bij transgender personen het seksueel plezier minder groot is dan bij cisgender personen. En we willen nog meer zaken duidelijk krijgen. Sinds kort onderzoeken we ook minderheidsstress, omdat we

‘Het lijkt soms of in de huidige discussie over gender en geslacht meningen belangrijker worden gevonden dan feiten’

uit andere landen weten dat dit een rol speelt in het welbevinden van transgender personen. Vanuit klinische gegevens weten we al dat het sterfterisico hoger is bij transgender personen, onder andere door suïcide. Daarom willen we nu middels onderzoek ook het aspect suïcidaliteit beter in kaart brengen, en meer zicht krijgen op de rol van de sociale omstandigheden of de minderheidsstress hierin. We zijn bezig met continue dataverzameling, enerzijds om de trends in de gaten te houden en anderzijds ook om de groep die nu in zorg komt te kunnen vergelijken met de eerdere groepen.’

Interessant is ook het onderzoek dat liet zien dat de hersenen van transgender personen meer lijken op de hersenen van het gender waarmee ze zich identificeren. ‘Dit geldt op een aantal hersenonderdelen, maar niet alle’, vertelt Kreukels. ‘Daarnaast vinden we verschillen tussen transgender en cisgender personen in hersennetwerken die betrekking hebben op de waarneming van het eigen lichaam. Maar we weten nog niet of dit oorzaak of gevolg is. Ook hiernaar is dus nog meer onderzoek nodig.’

De stappen bij verwijzing

De transgenderzorg in Nederland heeft niet stilgestaan. Naast Amsterdam UMC en UMC Groningen is nu voor behandeling ook een verwijzing naar Radboudumc in Nijmegen mogelijk. Verder zijn er andere centra gekomen voor onderdelen van de genderbevestigende zorg. ‘Veel huisartsen zullen niet weten wat er bij een verwijzing gebeurt’, zegt Kreukels. ‘Bij aanmelding wordt eerst gekeken naar wat voor het individu de beste opties zijn. Op basis daarvan kan bijvoorbeeld hormoonbehandeling worden ingezet en ook zijn diverse chirurgische interventies beschikbaar. Deze zorg is multidisciplinair. Er is een breed team bij betrokken met specialisten uit uiteenlopende disciplines.’

Kreukels noemt de wachttijd na verwijzing ‘schrikbarend’. Het kan – ondanks dat de behandelcapaciteit is vergroot – om meer dan 2 jaar gaan. ‘De duur van het traject daarna is afhankelijk van wat het individu nodig heeft’, zegt ze. ‘Voor een operatie is het ook van belang de lichamelijke effecten van een hormoonbehandeling af te wachten. Afhankelijk van het soort operatie kan het 6 maanden tot een jaar duren voordat deze kan worden ingezet. De huisarts krijgt met die wachttijd te maken, dus het is goed dat die hiervan op de hoogte is. Over de vraag wat de huisarts kan doen met betrekking tot de hormoonbehandeling, bijvoorbeeld bij zelfmedicatie, bestaat nog geen richtlijn. Er is wel een recente leidraad van het Kennis- en zorgcentrum voor genderdysforie voor huisartsen, voor begeleiding tijdens de wachttijd. Die kan behulpzaam zijn. Ik verwijs huisartsen dan ook graag naar deze leidraad als ze hiermee te maken krijgen.’

Aandacht nodig in opleidingen

Over de vraag hoe de toegankelijkheid van de transgenderzorg kan worden verbeterd, wordt weliswaar nagedacht, maar er is nog steeds sprake van een capaciteitsprobleem. Vooral nog zijn er nog onvoldoende professionals om deze zorg te bieden. ‘Het is belangrijk dat het onderwerp meer een plek krijgt in de diverse opleidingen’, zegt Kreukels. ‘Gelet op de aantallen waarom het gaat is het zaak dat het in alle geneeskundige opleidingen aandacht krijgt, om basiskennis te hebben over genderdiversiteit en de zorgmogelijkheden. Dit geldt dus ook voor de huisartsopleiding. Daarnaast valt te denken aan keuzemodules en nascholingen. Die recente leidraad waar ik het over had is wellicht goed te vertalen naar andere informatiebronnen zoals Thuisarts.nl. Maar ik denk dat huisartsen al heel veel goed doen in de begeleiding van mensen met genderdysforie.’

Kijk naar de wetenschap

Op dit moment ligt een wijziging voor van de Transgenderwet, waarmee het voor mensen gemakkelijker wordt hun geslacht te wijzigen in hun geboortakte. ‘Voor volwassenen is de nu vereiste deskundigenverklaring daarin een onnodig obstakel’, zegt Kreukels. ‘Ik denk echt niet dat het daarmee gemakkelijker wordt gemaakt om voor transgenderzorg in aanmerking te komen.’

Kreukels plaatst in dit kader een kanttekening bij hoe sommige media omgaan met de discussie over transgenderzorg. ‘We zien dat bevindingen uit onderzoek buiten de context worden gebruikt’, zegt ze. ‘Bijvoorbeeld om een mening te ondersteunen over een andere groep dan waarop onderzoek betrekking heeft. Voor wetenschappelijk onderzoek is de context waarin dit gedaan wordt heel belangrijk en voor dergelijke nuanceringen is in de media niet altijd ruimte of aandacht. Het is zaak dat deze zorg toegankelijk is voor de mensen die deze nodig hebben, dat deze op maat kan worden geboden en dat die in lijn is met de meest recente wetenschappelijke bevindingen.’ ■

Ecg-casus 'Jong en uitgeput'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 46-jarige man bezoekt het spreekuur met benauwdheidsklachten.

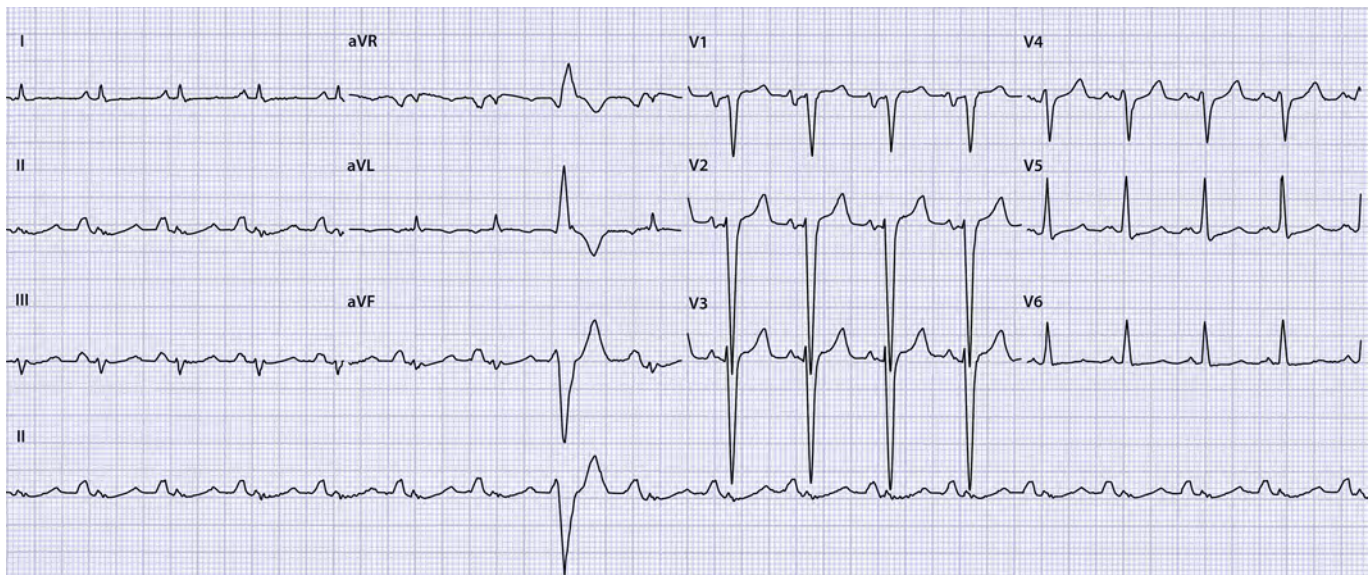
Voorgeschiedenis: Milde slaapapneu, geen thuisbeademing nodig. Astma bronchiale, veelal klachtenvrij. Hij rookt 12 sigaretten per dag. 's Winters heeft hij vaak virale infecties/exacerbaties, waarvoor hij soms een prednisonstootkuur krijgt. Er is geen atopie aangetoond.

Medicatie: Beclomethason aerosol 100 µg/do 2 dd 1 inhalatie en zo nodig salbutamol 100 µg/do per inhalatie.

Anamnese: De patiënt is sinds 4 weken erg kortademig. In rust gaat het, maar iedere inspanning is te veel en platliggen lukt niet. Hij slaapt met 2 kussens en hij plast ineens wel 3 maal per nacht (nycturie). Er is geen pijn op de borst en het voelt anders dan de eerdere astma-aanvallen. Hij heeft spijt dat hij is blijven roken en wil nu echt stoppen. Hij werkt als conciërge op een basisschool, maar is nu al een week ziek thuis. In zijn familie komen geen hart- en vaatziekten voor.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 108/68 mmHg, puls 70/min., regelmatig. Saturatie 95%. Hart: normale tonen, soufflé graad II/VI systolisch, punctum maximum apex. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Enkels: matig 'pitting' enkeloedeem beiderzijds.

De diagnose astma is bij de patiënt nooit duidelijk bevestigd, maar het beeld is nu anders. Zijn huisarts denkt aan hartfalen, al is de patiënt nog relatief jong en zijn er nog geen cardiale problemen bekend, zoals ischemie of kleplijden. De huisarts maakt een ecg en wil dezelfde dag aanvullend bloedonderzoek. Onder het lopen naar de behandelkamer voor het maken van het ecg is de patiënt al fors kortademig; de saturatie blijft desondanks 95%.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

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

➤ Het antwoord vindt u op pagina 43 en op www.henw.org, zoek op 'Ecg-casus' en 'Jong en uitgeput'.

LITERATUUR

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

Het gianotti-crostisyndroom geneest (meestal) vanzelf

Aline IJsselstijn-Heslinga, Sjoerd Bruggink, Just Eekhof

Het gianotti-crostisyndroom is een onschuldig viraal exantheem dat vooral voorkomt bij kinderen van 1-6 jaar na een virusinfectie. Behandeling is niet nodig. Het is belangrijk de ouders gerust te stellen met uitleg over het goedaardige beloop.

Het gianotti-crostisyndroom (GCS) is een viraal exantheem dat met name voorkomt bij kinderen van 1-6 jaar die een virusinfectie hebben doorgemaakt.¹ Een andere benaming is papulaire acrodermatitis. De huiduitslag is vaak symmetrisch en heeft als voorkeurslokaties het gelaat, de billen en de extremiteiten. De laesies genezen restloos binnen 10-60 dagen.^{2,3}

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Ferdinando Gianotti beschreef de aandoening voor het eerst in 1953 als een para-infectieus exantheem dat zich van veel andere virale exanthen onderscheidt door de relatief lange aanwezigheid van de huiduitslag. In 1958 publiceerde hij samen met zijn collega Agostino Crosti een tweede artikel, waarna de aandoening naar hen vernoemd werd.⁴ Soms is ook het köbnerfenomeen aanwezig, waarbij huidafwijkingen zich groeperen overeenkomstig een eerder niet-specifiek huidletsel.⁵ Het GCS werd eerst vooral geassocieerd met het hepatitis B-virus (HBV), maar door de jaren heen is gebleken dat het kan optreden na verschillende virale en bacteriële infecties, en na vaccinaties [tabel 1].⁶ Tegenwoordig is het Epstein-barrvirus (EBV) de meest voorkomende trigger en komt HBV als trigger nog zelden voor.^{1,2}

De pathofysiologie van het GCS is niet geheel duidelijk. Opvallend is dat het syndroom vaker voorkomt bij kinderen met atopische aandoeningen en bij volwassenen alleen onder vrouwen. Dit doet vermoeden dat behalve de trigger ook andere factoren een rol spelen, bijvoorbeeld atopie en hormonale factoren.^{1,2} Het GCS begint met een acute eruptie van talrijke mono-

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

Tabel 1

Mogelijke veroorzakers van het gianotti-crostisyndroom

Virussen	Epstein-barrvirus [ziekte van Pfeiffer] Hepatitis A, B en C Cytomegalovirus Humaan herpesvirus 6 Coxsackievirus [hand-voet-mondziekte] Rotavirus Parvovirus [vijfde ziekte] Molluscum contagiosum [waterwratten] Respiratoir syncytieel virus Echovirus Mazelen Para-influenzavirus Hiv
Bacteriën	<i>Bartonella henselae</i> Bètahemolytische streptokokken <i>Borrelia burgdorferi</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Vaccinaties	DKTP, BMR, hepatitis A en B, Japanse encefalitis

Bron: Chuh 2015, Retrouvey 2013.^{3,6}

morfe, roze tot roodbruine papels of papulovesikels, die kunnen confluëren en licht kunnen jeuken. De uitslag is meestal symmetrisch verdeeld over de extremiteiten, de billen en het gelaat. Soms heeft de patiënt kort tevoren een bovensteluchtweginfectie of diarree gehad.¹ Dit zou kunnen duiden op een EBV-infectie of op een andere trigger [tabel 1]. Bij uitzondering kan de uitlokkende infectie ernstige klachten veroorzaken, bijvoorbeeld een HBV-infectie. In zeldzame gevallen kan het GCS recidiveren bij hernieuwde blootstelling aan dezelfde infectieuze trigger.⁷

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

In de differentiaaldiagnose staan andere virale exanthen zoals erythema infectiosum, lichen planus, scabiës, papulaire urticaria en erythema exsudativum multiforme. Laatstgenoemd erytheem onderscheidt zich van het GCS door de kenmerkende schietschijflaesies en doordat ook de slijmvliezen kunnen zijn aangedaan.^{1,3}

EPIDEMIOLOGIE

Het GCS komt wereldwijd voor, vermoedelijk vaker dan

dat de diagnose gesteld wordt, want patiënten gaan er niet altijd mee naar een dokter en deze herkent het beeld ook niet altijd.⁸ Er zijn geen incidentie- of prevalentiecijfers. Huisartsen registreren de aandoening waarschijnlijk onder ICPC-code S07 (gegeneraliseerde roodheid/erytheem huid) en die zal maar voor een klein deel GCS vertegenwoordigen. Het syndroom komt vooral voor bij kinderen van 1-6 jaar, in zeldzame gevallen ook bij oudere kinderen of volwassenen. Op de kinderleeftijd zijn jongens en meisjes even vaak aangedaan, maar bij volwassenen lijkt het GCS voornamelijk voor te komen bij vrouwen.⁵

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Vaak zal een ouder met het kind naar het spreekuur komen vanwege ongerustheid over de langdurige huiduitslag. Ook (lichte) jeuk kan een reden zijn om naar de dokter te gaan.

Figuur 1

Voeten van een baby met gianotti-crostitis



Figuur 2

Arm van een meisje met gianotti-crostitis



Kenmerkend zijn de symmetrische papulovesiculeuze huidafwijkingen op de wangen, billen en de strekzijde van de extremiteiten.

DE KERN

- Het gianotti-crostitis syndroom is een onschuldig viraal exantheem, dat zonder behandeling binnen 2 maanden geneest.
- Kenmerkend zijn symmetrische papulovesiculeuze huidafwijkingen op wangen, billen en de strekzijde van de extremiteiten.
- Meestal komt de ziekte voor bij kinderen van 1-6 jaar na een virale infectie [bijvoorbeeld epstein-barrvirus].
- In zeldzame gevallen kan er een ernstige onderliggende infectie zijn, zoals hepatitis B of hiv.

ANAMNESE

Vraag:

- naar het begin van de huiduitslag
- naar bijkomende ziekteverschijnselen
- naar het beloop van de klachten
- naar eerdere soortgelijke klachten
- naar een voorafgaande periode met koorts, luchtweginfec- tie of diarree
- of er sprake is van jeuk
- of de patiënt recent vaccinaties heeft gehad
- of er mensen in de omgeving met dezelfde klachten zijn

ONDERZOEK

Het klinische beeld toont een niet-acuut ziek kind met symmetrisch verdeelde, roodbruine papels of papulovesikels op het gelaat, de extremiteiten en de billen [figuur 1 en 2]. In geval van jeuk kunnen krabeffecten worden gezien. De handpalmen, voetzolen en romp doen zelden mee. Daarnaast kan er sprake zijn van lymfadenopathie. In zeldzame gevallen kan er sprake zijn van hepatosplenomegalie, passend bij een onderliggende infectie met EBV, HBV of cytomegalovirus. Hongkongse onderzoekers hebben in 2015 diagnostische criteria voor het GCS voorgesteld [tabel 2].³

Aanvullend onderzoek

GCS is een klinische diagnose. Aanvullend onderzoek is alleen geïndiceerd bij vermoeden van een ernstige onderliggende aandoening, bijvoorbeeld bij een ziek kind, icterus of bij een pijnlijke of vergrote lever bij lichamelijk onderzoek. Laboratoriumonderzoek kan, afhankelijk van de onderliggende aandoening, wijzen op lymfocytose, lymfopenie, monocytose of een verstoorde leverfunctie. Op indicatie kan ook bloedonderzoek worden overwogen naar EBV en CMV, anti-HAV-IgM en -IgG, HBsAG, anti-HCV-IgG of hiv-antistoffen. Bij histologisch onderzoek worden vesiculaire en niet-vesiculaire afwijkingen gezien, en een perivasculair infiltraat dat voornamelijk uit T-cellen en dendrieten bestaat, zoals bij veel inflammatoire huidaandoeningen. Weefselonderzoek is niet specifiek genoeg om als diagnostisch instrument te dienen en wordt daarom niet geadviseerd.¹

Tabel 2

Diagnostische criteria voor het gianotti-crostityndroom

Er is sprake van GCS als:	<ul style="list-style-type: none"> ■ bij ≥ 1 consult alle positieve klinische kenmerken aanwezig zijn ■ bij geen van de consulten een negatief klinisch kenmerk aanwezig is ■ geen aandoening in de differentiaaldiagnose waarschijnlijker is dan GCS ■ de bevindingen uit histologisch onderzoek passen bij GCS
Positieve klinische kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> ■ monomorfe, afgeplatte, roodbruine papels of papulovesikels met een diameter van 1-10 mm ■ ≥ 3 van de volgende 4 huidoppervlakten zijn aangedaan: <ul style="list-style-type: none"> - wangen - billen - strekzijde voorarmen - strekzijde benen - symmetrische distributie ■ ≥ 10 dagen aanwezig
Negatieve klinische kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> ■ uitgebreide laesies op de romp ■ schilferige laesies

Bron: Chuh 2015.⁹**BELEID****Afwachtend beleid**

De huidafwijkingen verdwijnen spontaan binnen 10-60 dagen en hebben geen schadelijke langetermijneffecten. Behandeling is niet nodig. Het is belangrijk de ouders gerust te stellen met uitleg over het goedaardige beloop.

Jeuk

Bij jeukklachten kan eventueel kortdurend een lokale corticosteroidcrème of oraal antihistaminicum worden voorgeschreven. Het effect hiervan is echter nooit onderzocht bij patiënten met het GCS.

WANNEER VERWIJZEN?

De huisarts kan kinderen met het GCS monitoren en behandelen. Verwijs bij twijfel over de diagnose naar de dermatoloog, bij een mogelijk ernstige onderliggende aandoening naar de kinderarts. Voor hepatitis A, B of C geldt een meldingsplicht aan de GGD.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Het GCS heeft een goedaardig beloop; de huiduitslag verdwijnt spontaan binnen 10-60 dagen en laat geen littekens achter. De huid-aandoening kan optreden bij veel verschillende infectieziekten, maar de precieze oorzaak is onbekend. Er zijn geen preventieve maatregelen bekend om het GCS te voorkomen. In zeer zeldzame gevallen kan het recidiveren. Indien het GCS optreedt na een vaccinatie, is dat geen contra-indicatie voor volgende vaccinaties.⁷ ■

WAT IS AANGETOOND?

We vonden geen wetenschappelijk onderzoek met voldoende bewijskracht naar de diagnostiek of behandeling van GCS. De adviezen berusten op consensus en ervaring.^{1,8}

De meest voorkomende onderliggende infectieuze triggers van het GCS zijn alleen onderwerp geweest van patiëntbeschrijvingen en kleinschalig onderzoek. In een onderzoek onder 29 kinderen met CGS werd bij slechts 10 van hen een oorzaak gevonden. Bij 5 kinderen was de oorzaak een recente EBV-infectie, bij de 5 anderen waren dat 5 verschillende pathogenen.⁹ In een ander onderzoek onder 7 kinderen met GCS werd bij 4 van hen een recente EBV-infectie vastgesteld en ging bij 2 kinderen een DKTP- of poliovaccinatie vooraf aan de klachten. Bij 1 kind werd de trigger niet gevonden.¹⁰

LITERATUUR

1. Brandt O, Abeck D, Gianotti R, Burgdorf W. Gianotti-Crostityndroom. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:136-45.
2. Snelder SM, Engels LK, Van der Valk H, Van Praag MC. Huidafwijking als aanwijzing voor virusinfectie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8708.
3. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Lee A. The diagnostic criteria of pityriasis rosea and Gianotti-Crostityndroom: a protocol to establish diagnostic criteria of skin diseases. *J R Coll Physicians Edinb* 2015;45:218-25.
4. Crosti A, Gianotti F. [Eruptive dermatosis of probable viral origin situated on the acra]. *Dermatologica* 1957;115:671-7.
5. Snowden J, Rice AS, O'Shea NE. *Papular acrodermatitis*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020/2022.
6. Retrouvey M, Koch LH, Williams JV. Gianotti-Crostityndroom following childhood vaccinations. *Pediatr Dermatol* 2013;30:137-8.
7. Metelitsa AI, Fiorillo L. Recurrent Gianotti-Crostityndroom. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:876-7.
8. Chuh A, Zawar V, Law M, Sciallis G. Gianotti-Crostityndroom, pityriasis rosea, asymmetrical periferexural exantheem, unilateraal mediotoracisch exantheem, eruptive pseudoangiomatose, and papular-purpuric gloves and socks syndroom: a brief review and arguments for diagnostic criteria. *Infect Dis Rep* 2012;4:e12.
9. Ricci G, Patrizi A, Neri I, Specchia F, Tosti G, Masi M. Gianotti-Crostityndroom and allergische achtergrond. *Acta Derm Venereol* 2003;83:202-5.
10. Hofmann B, Schuppe HC, Adams O, Lenard HG, Lehmann P, Ruzicka T. Gianotti-Crostityndroom associated with Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Dermatol* 1997;14:273-7.

IJsselstijn-Heslinga A, Bruggink SC, Eekhof JAH. Het gianotti-crostityndroom geneest [meestal] vanzelf. *Huisarts Wet* 2023;66(3):32-4. DOI: 10.1007/s12445-023-2179-x.

Leiderdorp: A. IJsselstijn-Heslinga, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. S.C. Bruggink, huisarts-epidemioloog; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent: j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ZorgDomein als oplossing bij inclusieproblemen

Rosanne van Maanen, Frans Rutten, Jeanet Blom, Pieter Langers, Jochen Cals, Melchior Nierman, et al.

De inclusie van deelnemers voor wetenschappelijke onderzoeken in de eerstelijnszorg valt bijna altijd zwaar tegen. Dit artikel beschrijft hoe een onderzoek naar een nieuwe diagnostische strategie daardoor bijna mislukte. Een alternatieve inclusieprocedure bleek echter wonderwel te werken.

De Amerikaanse klinisch farmacoloog Louis Lasagna beschreef in 1970 het fenomeen dat er, op het moment dat een klinisch wetenschappelijk onderzoek begint, altijd aanzienlijk minder patiënten beschikbaar zijn dan vooraf ingeschat.¹ We zien dat vooral bij onderzoek in de huisartsenpraktijk, waar de onderzoeker een patiënt pas in de spreekkamer kan vragen of deze wil deelnemen. De incidentie van de te onderzoeken ziekte lijkt dan plotseling gedaald en de inclusieperiode duurt langer dan verwacht. In de huisartsenpraktijk slaagt slechts 28% van de onderzoeken naar incidentie ziekten erin de inclusie te voltooien binnen de geplande tijd.¹ Daarmee stijgen ook de kosten en de werklust, en in het slechtste geval moet een onderzoek zelfs worden gestaakt omdat er onvoldoende deelnemers zijn om genoeg *power* te garanderen. In 2018 liepen we tegen dit fenomeen aan bij een prospectief diagnostisch onderzoek naar een nieuwe klinische beslisregel

voor longembolie, de YEARS-strategie (hemoptoë, klinische tekenen van trombosebeen, longembolie meest waarschijnlijke diagnose).² In deze strategie scoort de arts de aanwezigheid van 3 klinische kenmerken en wordt een variabele D-dimeer-afkapwaarde gebruikt. De YEARS-strategie wordt in de tweedelijnszorg veel gebruikt om onnodige CT-scans te voorkomen; wij wilden hem valideren voor gebruik in de huisartsenpraktijk.³ Onze inclusieprocedure liep via 75 huisartsen in 50 huisartsenpraktijken. Zij vroegen patiënten bij wie zij een vermoeden van longembolie hadden om toestemming voor deelname en pasten vervolgens de YEARS-strategie toe. Op basis van de bekende incidentie, 5 patiënten per jaar per normpraktijk, hadden we ingeschat dat de huisartsen na 2 jaar 750 patiënten zouden hebben geïncludeerd, maar uiteindelijk includeerden ze slechts 90 deelnemers.

NIEUWE INCLUSIEROUTE

Om ons onderzoek te redden bedachten we een nieuwe inclusieroute. Bij een vermoeden van longembolie vragen huisartsen vaak een D-dimeerbepaling aan via ZorgDomein. We besloten deze routinezorghandeling te gaan gebruiken als inclusiemethode. Dat deden we in samenwerking met



Een inclusieroute die aansluit bij routinezorghandelingen kan de deelname aan onderzoek makkelijker maken voor huisartsen en patiënten.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Aan wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk doen altijd aanzienlijk minder patiënten mee dan de onderzoekers vooraf inschatten.
- Normaliter vinden de selectie en inclusie van deelnemers plaats in de spreekkamer; dat vraagt tijd en inspanning van de deelnemende huisartsen.
- Een alternatieve inclusieroute, waarbij de huisarts tijdens een laboratoriumaanvraag via ZorgDomein kandidaten selecteert en de onderzoekers vervolgens de rest regelen, blijkt meer deelnemers op te leveren.

ZorgDomein en het diagnostisch centrum Atalmedial. Op het moment dat de bij Atalmedial aangesloten huisartsen via ZorgDomein een D-dimeerbepaling aanvroegen, kregen ze 2 vragen te zien. Als ze beide vragen bevestigend beantwoordden, kregen ze informatie over het onderzoek en werd hen gevraagd de 3 YEARS-items te scoren (hemoptoë, tekenen van trombosebeen, longembolie meest waarschijnlijke diagnose). Daarna stuurden wij de aangemelde patiënten informatie over het onderzoek en vroegen hen om toestemming voor datacollectie. Daarna vond de inclusie plaats en deelde Atalmedial de antwoorden op de YEARS-items en de D-dimeeruitslag met ons. Drie maanden na inclusie vroegen we de uiteindelijke diagnose op bij de huisarts.

De nieuwe inclusieroute bleek vanaf het begin goed te werken. Tussen september 2021 en mei 2022 werden 1780 D-dimeerbepalingen aangevraagd en daarvan betroffen er 1157 (65%) een vermoeden van longembolie. Voor 581 patiënten (50%) uit die groep vulde de huisarts de YEARS-vragen in en uiteindelijk gaven 270 patiënten (46%) toestemming voor datacollectie. De inclusiesnelheid was gemiddeld 34 patiënten per maand, het tienvoudige van de ‘reguliere’ inclusiemethode [figuur].

EEN RECEPT TEGEN DE WET VAN LASAGNA?

Misschien wel de belangrijkste factor in het succes van de nieuwe inclusieroute was dat de handelingen die de huisartsen in het kader van ons onderzoek moesten verrichten, aansloten bij hun routinezorghandelingen.⁴ De huisartsen hoefden niet actief te denken aan includeren, maar werden eraan herinnerd tijdens de D-dimeeraanvraag. Ze hoefden hun patiënten alleen maar te vragen of het laboratorium ze mocht benaderen. Patiënten die positief reageerden, kregen vervolgens uitleg van de onderzoekers plus de vraag om medische gegevens die betrekking hadden op de D-dimeeraanvraag te mogen gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Kortom, de nieuwe inclusieroute haalde de toestemmingsprocedure, met alle tijd en regeldruk die daarbij hoort, weg uit de spreekkamer van de huisarts. De ‘ZorgDomeinroute’ kan uiteraard ook gebruikt worden voor andere huisartsgeneeskundige onderzoeken. Je zou bijvoorbeeld urinezuurbepalingen kunnen gebruiken bij de diagnostiek van jicht, of chlamydiatests bij de diagnostiek van seksueel overdraagbare aandoeningen. Maar de nieuwe inclusieroute

kan niet alleen onderzoek naar diagnostische onderwerpen makkelijker maken. Het maakt ook onderzoek mogelijk waarbij landelijk overzicht van belang is, zoals een onderzoek dat tot doel had het aantal, ook niet-geteste, patiënten met COVID-19 in kaart te brengen die aan het begin van de pandemie intensieve en palliatieve COVID-zorg ontvingen van huisartsen.⁵ Veder kan de ZorgDomeinroute ook worden toegepast bij interventieonderzoeken, als het aandoeningen betreft waarvoor de verwijfsfunctie van Zorgdomein wordt gebruikt.

Omdat meer dan 90% van de huisartsen ZorgDomein gebruikt, opent de inclusieroute de mogelijkheid onderzoek te doen met landelijke dekking zonder dat deelname huisartsen zelf veel tijd kost. De inclusieroute kan zo worden ingericht dat huisartsen geen (toestemmings)formulieren hoeven in te vullen, maar de onderzoeksgegevens met slechts enkele extra muisklikken verzamelen. De onderzoekers zelf vragen vervolgens de beoogde deelnemers feitelijk om hun toestemming. Na toestemming van de patiënt kan de huisarts, in samenwerking met het lokale laboratorium, de data dan overdragen aan de onderzoekers. Ons lijken dit de ingrediënten voor het beste recept voor (of eigenlijk tegen) de wet van Lasagna.

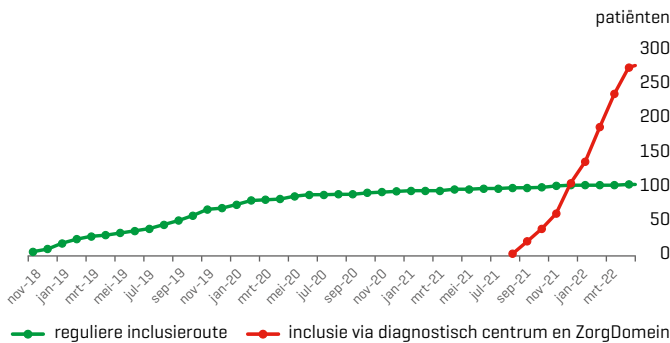
Een mogelijk nadeel van de ZorgDomeinroute is dat patiënten met een zeer sterk vermoeden van longembolie niet zijn meegenomen. Huisartsen verwijzen deze patiënten waarschijnlijk direct, zonder een D-dimeerbepaling aan te vragen. De nieuwe inclusieroute kan dus leiden tot selectie, maar dat zal althans bij de YEARS-strategie niet leiden tot bias en ook geen gevolgen hebben voor de veiligheid en toepasbaarheid. De direct verwezen patiënten krijgen immers standaard een CT-scan, dus bij hen zullen in principe geen diagnoses gemist worden. De YEARS-strategie zal in de praktijk alleen worden toegepast wanneer de huisarts twijfelt – bij een sterk vermoeden van longembolie (door bijvoorbeeld hemodynamische instabiliteit) duurt wachten op de uitslag van D-dimeerbepaling immers te lang. Daarom denken wij dat de resultaten van ons onderzoek valide en goed toepasbaar zijn.

MEER MOGELIJKHEDEN

Het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde werkt, met financiering van ZonMw, aan een aantal modules om de infrastructuur voor huisartsgeneeskundig onderzoek te verbeteren zodat huisartsen hun patiënten laagdrempelig en eenvoudig kunnen laten deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek.⁶ In dit kader werkt het consortium samen met ZorgDomein aan een pilot waarbij huisartsen hun patiënten via ZorgDomein kunnen aanmelden voor openstaande onderzoeken. Onderdeel van deze pilot is een onderzoek naar schouderklachten in de regio Rotterdam, dat in 2023 wordt uitgebreid met een (landelijk) onderzoek naar de behandeling van COVID-19. Het consortium hoopt dat deze projecten de drempel voor deelname aan wetenschappelijke onderzoeken verlagen, zowel voor huisartsen als voor patiënten. Het zou een grote vooruitgang zijn als huisarts-onderzoekers ook landelijk patiënten zouden kunnen werven en daarvoor niet aangewezen zouden zijn op een academische huisartsenvakgroep in de aanpalende regio.

Figuur

Diagnostiek van longembolie in de huisartsenpraktijk: 2 inclusie-routes vergeleken



EEN WIN-WINSITUATIE VOOR ONDERZOEKER, HUISARTS ÉN PATIËNT

De inclusiesnelheid is enorm belangrijk voor wetenschappelijk onderzoek, maar valt nogal eens tegen. Toch is wetenschappelijk onderzoek ook in de huisartsenpraktijk noodzakelijk om ons handelen wetenschappelijk te kunnen onderbouwen en tot een betere patiëntenzorg te komen. Een nieuwe inclusieroute die aansluit bij routinezorghandelingen van de huisarts kan de deelname aan onderzoek makkelijker maken voor huisartsen en patiënten, en de uitvoering van zulk onderzoek efficiënter voor de onderzoeker. ■

LITERATUUR

1. Van der Wouden JC, Blankenstein AH, Huibers MJ, Van der Windt DA, Stalman WA, Verhagen AP. Survey among 78 studies showed that Lasagna's law holds in Dutch primary care research. *J Clin Epidemiol* 2007;60:819-24.
2. Van Maanen R, Rutten FH, Klok FA, Huisman MV, Blom JW, Moons KG, et al. Validation and impact of a simplified clinical decision rule for diagnosing pulmonary embolism in primary care: design of the PECAN prospective diagnostic cohort management study. *BMJ Open* 2019;9:e031639.
3. Van der Hulle T, Cheung WY, Kooij S, Beenen LF, Van Bommel T, Van Es J, et al. Simplified diagnostic management of suspected pulmonary embolism (the YEARS study): a prospective, multi-centre, cohort study. *Lancet* 2017;390:289-97.

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

Van Maanen R, Rutten FH, Blom JW, Langers P, Cals JW, Nierman MC, et al. Inclusiesnelheid bij wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk: uitdagingen en oplossingen. *Huisarts Wet* 2023;66(3):35-7. DOI:10.1007/s12445-023-2184-0. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: R. van Maanen, huisarts en promovenda, r.vanmaanen@umcutrecht.nl; prof. dr. F.H. Rutten, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. G.J. Geersing, huisarts, universitair hoofddo-cent huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: dr. J.W. Blom, huisarts en onderzoeker. Zorgdomein Nederland BV, Breukelen: dr. P. Langers, productmanager. Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts, hoogleraar effectieve diagnostiek in de huisartsenpraktijk. Atalmedial Trombosezorg, Amsterdam: M.C. Nierman, chief medical officer. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

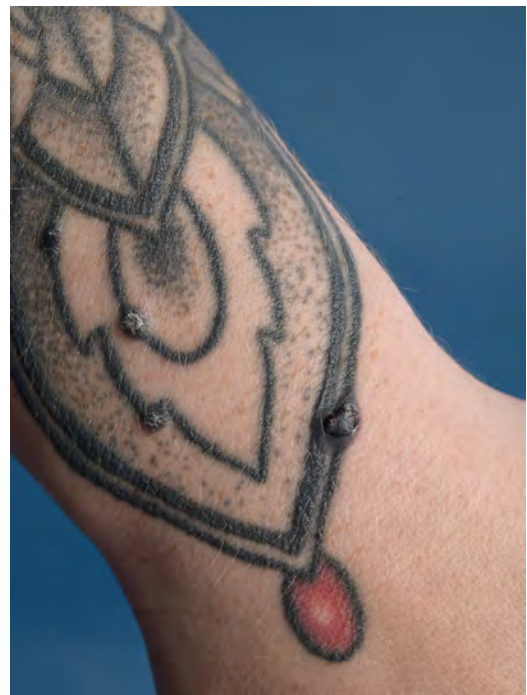
Uw diagnose 'Bultjes in een zwarte tatoeage'

Imane El Ousrouti, Norbert Ipenburg

Een gezonde 24-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis wordt door haar huisarts verwezen naar een tattoopoli. Ze heeft asymptomatische bultjes in meerdere tatoeages, die enkele jaren geleden door een professionele *tattoo-artist* zijn gezet. De huidafwijkingen bestaan sinds enkele maanden en beperken zich tot de zwarte tatoeage-inkt. Naast de huidklachten heeft de patiënte ook last van haar gewrichten en longen. Ze gebruikt geen medicatie. Bij dermatologisch onderzoek ziet u in de zwarte tatoeage-inkt erythemateuze en deels crusteuze papels en noduli. Wat is uw diagnose?

- a. Sarcoidose
- b. Pigment overload
- c. Allergische reactie op tatoeage-inkt
- d. Vreemdlichaamreactie op tatoeage-inkt

➤ Het antwoord leest u op pagina 47 en op henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Bultjes in een zwarte tatoeage'.





Zingeingsvragen signaleren, bespreken en begeleiden

Jos Somsen, Pieter Barnhoorn, Gaby Jacobs

Voor veel huisartsen is aandacht voor zingeving een wezenlijk onderdeel van hun werk. Ze ervaren echter vaak dat ze er te weinig tijd voor hebben of voelen zich onzeker of onvoldoende bekwaam om vragen over zingeving te signaleren en bespreken. Wat verstaan we onder zingeving? Hoe kunnen de huisarts en praktijkondersteuner zingeingsvragen signaleren, bespreken en begeleiden? Wanneer verwijst je en naar wie? Deze nascholing biedt praktische handvatten voor zingeingszorg.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten veel belang hechten aan de dimensie zingeving als onderdeel van gezondheid (gemiddeld 7,4 op een schaal van 9) en dat een meerderheid van de patiënten het belangrijk vindt dat zorgverleners aandacht hebben voor zingeving.¹⁻³

In dit artikel hanteren we voor zingeving een ingekorte versie van de Europese consensusdefinitie: 'Spirituality heeft betrekking op de ervaring, uitdrukking en zoektocht van mensen

(individueel en gemeenschappelijk) naar zin, doel en transcendentie, en op de manier waarop mensen zich verbinden met het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het betekenisvolle en/of het heilige.⁴ Het begrip 'spirituality' volgens deze brede definitie kan in het Nederlands worden weergegeven met het woord 'zingeving'. Zo opgevat kan zingeving zowel religieuze als seculiere vormen hebben.

Aandacht voor zingeving is een uitdrukking van de kernwaarde 'persoonsgerichte' zorg, waarbij de hele mens centraal staat en niet slechts diens aandoening.⁵ Zingeving maakt deel uit van de 'context' waarbinnen psychische en lichamelijke klachten (de focus van 'medisch-generalistische' zorg) begrepen kunnen worden.⁵ Uit onderzoek blijkt dat zingeving samenhangt met een betere lichamelijke en psychische gezondheid, een gezondere leefstijl (minder gebruiken van verslavende middelen, meer bewegen, gezonder eten), meer deelnemen aan preventief onderzoek, een lagere sterfte en een hogere kwaliteit van leven.⁶⁻¹²



Foto: Shutterstock

Een voorbeeld van een zingeingsopdracht is 'Picture your life', waarbij iemand elke dag een foto maakt van iets wat het leven waardevol maakt.

Uit een kwalitatief metasynthese-onderzoek blijkt dat de meeste huisartsen vinden dat aandacht voor zingeving een belangrijk onderdeel is van hun vak. Ze voelen zich echter vaak onzeker en onvoldoende bekwaam in het signaleren, verkennen en bieden van zorg rond zingeving. Verder vinden ze dat ze er dikwijls onvoldoende tijd voor hebben. Ook ervaren ze vaak belemmeringen wanneer hun patiënt een andere levensbeschouwing heeft dan zichzelf.¹³

We bespreken 4 handvatten die medewerkers van huisartsenpraktijken richting kunnen bieden bij het vormgeven van de zorg rond zingeving. We baseren ons daarbij grotendeels op palliatieve zorgliteratuur, omdat daarin veel onderzoek naar aandacht voor zingeving is te vinden.

HANDVAT 1: ZINGEVINGSVRAGEN SIGNALEREN

Zingevingsvragen doen zich vaak voor bij ingrijpende gebeurtenissen, zoals een ernstige ziekte, beperking of trauma, een ingrijpende mantelzorgsituatie of het verlies van een dierbare. De vanzelfsprekendheden die het leven zin en betekenis geven, kunnen dan onder druk komen te staan, waardoor een heroriëntatie nodig is.¹⁴ Volgens de multidisciplinaire richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase komen zingevingsvragen vaak tot uitdrukking in lichamelijke, psychische en sociale problemen.¹⁵ Vooral problemen die voortdurend onvoldoende op behandeling reageren, kunnen duiden op zingevingsproblematiek. Ook metaforen of beeldspraak ('De bodem is onder mij weggeslagen') of vragen waarop geen direct antwoord te geven is ('Waarom moet ik zo lijden?') vormen aanwijzingen voor zingevingsvragen.

KADER 1 INSTRUMENTEN VOOR ZINGEVENDE GESPREKSVOERING

De volgende suggesties voor begeleidingsinstrumenten bij zingevingsvragen zijn gebaseerd op het boek *Zingevende gespreksvoering*, onderbouwd vanuit onder meer de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en de presentiebenadering:²¹⁻²³

- Reflectie op persoonlijke waarden kan helpen een nieuw zingevend perspectief te vinden. De ACT geeft handvatten hiervoor [zie www.actinactie.nl], bijvoorbeeld de opdracht 'Picture your life', waarbij iemand elke dag een foto maakt van iets wat het leven waardevol maakt.
- Bij 'onoplosbare problemen' kan de zorgverlener de patiënt helpen de daarmee samenhangende kwetsbaarheid, tegenstrijdige gevoelens en pijn te leren 'uithouden' en aanvaarden. Concrete interventies hierbij zijn gevoelsreflecties, stiltetolerantie en een open verkenning van tegenstrijdige gevoelens.
- Om uitdrukking te geven aan wat moeilijk te verwoorden is, zijn beelden, metaforen, verhalen, muziek, gedichten of collages te gebruiken.

DE KERN

- Zingeving hangt positief samen met onder meer lichamelijke en psychische gezondheid, kwaliteit van leven en een gezonde leefstijl.
- Aandacht voor zingeving is een uitdrukking van de kernwaarde 'persoonsgerichte' zorg. Zingeving maakt deel uit van de context waarbinnen lichamelijke en psychische klachten begrepen kunnen worden.
- De huisarts en praktijkondersteuner kunnen 1) een vraag rond zingeving signaleren, 2) daar aandacht aan besteden, 3) begeleiding bieden bij herstel van klachten waarbij zingeving een rol speelt en 4) zo nodig verwijzen naar of samenwerken met een geestelijk verzorger, specialist op het gebied van zingevingsvragen.

CASUS: IS DIT ALLES?

Een vrouw van 35 jaar met een blanco medische voorgeschiedenis komt steeds vaker met wisselende lichamelijke klachten bij haar huisarts. Aanvullend onderzoek levert geen verklaring op voor haar klachten. Haar huisarts vraagt hoe het voor haar is om dat te horen. Ze barst uit en zegt dat het 'zo niet meer gaat'. Ze is moe, boos en ontevreden over haar leven, maar schaamt zich hier ook voor. 'Ik heb toch alles? Een huis, een auto, geweldige kinderen, een aardige baan en een leuke man. Maar is dit alles?' De huisarts stelt voor deze vraag met de POH-ggz verder te verkennen. Daar blijkt dat de vrouw het gevoel heeft in het verkeerde leven terecht te zijn gekomen. Als kind was ze erg goed in turnen, maar toen ze 13 was moest ze daarmee stoppen. Ze is gewoon 'de dingen gaan doen die iedereen doet': een opleiding, werk, trouwen, kinderen. Ze voelt zich een sloof die steeds voor anderen zorgt. Dit heeft haar uitgeput en stressklachten opgeleverd. Maar ze worstelt vooral met de vraag: 'Wie ben ik zelf nog?'

HANDVAT 2: AANDACHT VOOR ZINGEVINGSVRAGEN

Een kwalitatief onderzoek onder Nederlandse en Belgische experts op het gebied van zingeving binnen de palliatieve zorg laat zien dat het er bij zingevingzorg vooral op aankomt dat de patiënt:¹⁶

1. zich gehoord en serieus genomen voelt. Wanneer de patiënt zich binnen de zorgrelatie gewaardeerd, gerespecteerd en gesteund voelt, ontstaat ruimte om zingevingsvragen te uiten en adresseren.^{17,18} Zo'n zorgrelatie past binnen de kernwaarden 'persoonsgericht' en 'continu'.⁵
2. ruimte ervaart voor wat niet opgelost kan worden. Stilstaan bij pijn die niet op te lossen is, maar wel om aandacht vraagt, is een belangrijke vorm van zingevingzorg.¹⁵
3. ruimte ervaart voor wat 'onzegbaar' of moeilijk te verwoorden is. Dit vraagt opmerkzaamheid voor wat niet met woorden gezegd wordt, maar wel zichtbaar is in bijvoorbeeld lichaamstaal.¹⁵

U kunt hiervoor actieve luistervaardigheden inzetten, zoals open vragen stellen, doorvragen en benoemen wat u ziet.¹⁵ Met vragen als 'Wat betekent dit voor u?' of 'Hoe is dit voor u?' wordt duidelijk welke betekenissen de patiënt zelf aan gebeurtenissen verbindt.¹⁹

HANDVAT 3: BEGELEIDEN BIJ ZINGEVINGSVRAGEN

Begeleiding bij zingevingsvragen is volgens de multidisciplinaire richtlijn gericht op het bieden van ruimte en ondersteuning aan de patiënt om eigen vragen te verkennen en zelf gaandeweg een nieuw zingevend perspectief te vinden.¹⁵ Huisartsen en praktijkondersteuners – in het bijzonder POH's-ggz en ook POH's-ouderenzorg – hebben vaak al diverse instrumenten hiervoor in huis [kader 1]. De betrokkenheid van praktijkondersteuners biedt ook een oplossing voor het praktische probleem dat huisartsen niet 'in 10 minuten én medische problemen én levensvragen kunnen oplossen'.²⁰

HANDVAT 4: GRENZEN KENNEN EN SAMENWERKEN

Niet alle zingevingszorg past binnen het medisch-generalistische kader van de huisartsenzorg. Verwijzing is volgens de multidisciplinaire richtlijn onder meer aangewezen wanneer:¹⁵

- een patiënt cirkelend blijft zoeken zonder een nieuw zingevend perspectief te vinden;
- de situatie van de patiënt kennis en vaardigheden vergt die buiten het vakgebied van de huisartsenzorg liggen (zoals vormgeving van rituelen);
- de praktische grenzen van de huisartsenzorg in beeld komen (zoals beperkte tijd);
- persoonlijke grenzen in het geding zijn (de problematiek raakt bijvoorbeeld aan eigen pijnlijke ervaringen).

U kunt samen met de patiënt bekijken wie verdere begeleiding kan bieden. Dat kan iemand zijn uit het netwerk of de levensbeschouwelijke gemeenschap van de patiënt.¹⁵ Verschillende NHG-documenten adviseren bij zingevingsvragen te verwijzen naar een geestelijk verzorger [online kader 2].²⁴⁻²⁷ Wanneer de zingevingsproblematiek verweven is met een psychiatrische of lichamelijke aandoening kunt u daarnaast samenwerken met een psycholoog/psychiater of (medisch) maatschappelijk werker.¹⁵

Retrospectieve onderzoeken in Groot-Brittannië – waar samenwerking tussen huisartsen en geestelijk verzorgers gebruikelijker is – tonen significante en klinisch relevante verbeteringen op het mentaal welbevinden van patiënten na 1 of meer gesprekken met een geestelijk verzorger, na verwijzing van de huisarts.^{29,30} Huisartsen verwezen voornamelijk bij rouw, stemmingsklachten, angstklachten en eenzaamheid. Ze rapporteerden dat de gesprekken de patiënten hielpen, tot minder huisartsenbezoek leidden en de druk op de huisarts verminderden om iets anders te doen, zoals het voorschrijven van psychofarmaca.³¹

Samenwerken met geestelijk verzorgers kan op verschillende manieren: de huisarts verwijst de patiënt naar de geestelijk verzorger, de geestelijk verzorger en de huisarts of praktijkondersteuner zien de patiënt samen, de geestelijk verzorger biedt scholing of consultatie, of maakt deel uit van de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum. Een goede eerste stap is contact leggen met het regionale Centrum voor Levensvra-

CASUS (VERVOLG)

De POH-ggz begeleidt de vrouw bij het herstel van haar stressklachten. Daarnaast helpt ze haar [na consultatie met een geestelijk verzorger] om met mindmaps en schrijfopdrachten stil te staan bij het leven dat ze als kind wilde en te rouwen over wat ze moest opgeven. De vrouw krijgt zicht op wat voor haar waardevol is en welke talenten ze verder wil ontplooiën.

De vrouw beseft dat ze haar stress en woede soms afreageerde op haar kinderen. Ze voelt zich daar erg schuldig over. De POH-ggz adviseert haar om met een geestelijk verzorger te gaan praten. Die spreekt met haar over haar gevoel dat ze tekortgeschoten is jegens de kinderen. De vrouw krijgt meer begrip voor zichzelf en biedt haar oudste zoon excuses aan omdat ze haar boosheid soms op hem afreageerde. Dit verbetert het contact tussen moeder en zoon. Ze sluit de gesprekken af met een klein ritueel in aanwezigheid van haar man: ze stapt letterlijk over de drempel van haar oude leven als 'sloof' naar een nieuw leven met meer balans tussen zelfontplooiing en zorg voor anderen.

gen (www.geestelijkeverzorging.nl) en kennismaken met 1 of meer geestelijk verzorgers. Zo kan de samenwerking vorm krijgen en het wederzijdse vertrouwen groeien.

CONCLUSIE

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar aandacht voor zingeving in de huisartsenzorg. We hebben de bestaande kennis over zingeving en gezondheid samengebracht en toegankelijk gemaakt voor toepassing in de huisartsenzorg. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen hun zorg versterken door zingevingsvragen te signaleren, bespreekbaar te maken en eventueel begeleiding te bieden. Bij het bereiken van de eigen praktische, persoonlijke en vakinhoudelijke grenzen kunnen zij samenwerken met of verwijzen naar geestelijk verzorgers. ■

LITERATUUR

1. Huber M, Van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016;5:e010091.
2. Van Harten C, Van Haastert C. Rapport meldactie 'Zingeving in de zorg'. 2015. Beschikbaar via <https://publicaties.zonmw.nl>. Geraadpleegd op 12 januari 2023.
3. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2015;98:1320-8.

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

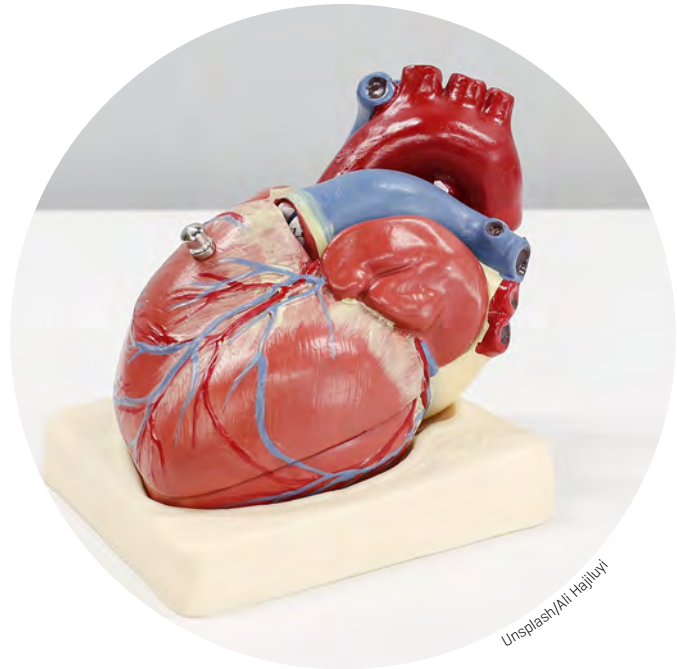
Somsen J, Barnhoorn PC, Jacobs G. Zingevingsvragen signaleren, bespreken en begeleiden. *Huisarts Wet* 2023;66(3):38-40. DOI:10.1007/s12445-023-2187-x.

Huisartsenpraktijk Meerkerk, Meerkerk: J. Somsen, praktijkondersteuner-ggz, pohggz@mcmeerkerk.nl. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: P.C. Barnhoorn, huisarts. Universiteit voor Humanistiek, Leerstoel Humanistisch Geestelijke Verzorging Studies, Utrecht: prof. dr. G. Jacobs, hoogleraar humanistisch geestelijke verzorging. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Antwoord ecg-casus 'Jong en uitgeput'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie en regelmaat* | Het RR-interval is 3 blokken breed. In 1 minuut passen 300 blokken, de frequentie is dus $300 : 3 = 100$ slagen/min. Alternatieve methode: in de 10 secondes van het ecg zijn er van links naar rechts 17 complexen te zien, $6 \times 17 = 102$ /min. Het ritme is regelmatig, er is 1 breed complex dat erbuiten valt. Dit is een ventriculaire extrasystole (VES).
 2. *As* | De meest positieve afleidingen zijn afleiding I en avL, deze wijzen respectievelijk horizontaal (0 graden) en naar de linkerschouder (-30 graden). De as is dus horizontaal (0 tot -30 graden). Dit past ook bij het gegeven dat II en avF het meest iso-elektrisch zijn, een as loodrecht daarop past namelijk eveneens bij een as tussen -30 en 0 graden.
 3. *P-top* | De P-toppen in II zijn met 3 mm te hoog ($> 2,5$ mm) wijzend op atriumdilatatie en het negatieve deel van de P in V1 is groter dan 1 bij 1 mm en dus ook vergroot, specifiek wijzend op linkeratriumoverbelasting.
 4. *PQ-tijd* | Normaal; < 5 mm (dus < 200 ms).
 5. *Q* | Er zijn nergens pathologische Q's, maar de fysiologische septum-q ontbreekt in de laterale afleidingen.
 6. *QRS* | Met 3 mm (= 120 mm) aan de brede kant, samen met de ontbrekende septum-q passend bij een specifieke intraventriculaire geleidingsstoornis, geen beeld van bundeltakblok. Lage voltages in de extremiteitsafleidingen, geen R-progressie van V2-V4.
 7. *ST-segment* | Grotendeels normaal. Geringe J-puntverhoging V2-3 is fysiologisch. Daarnaast enige verlaging J-punt V5, maar geen depressie in de ernaast gelegen afleidingen.
 8. *T-top* | T-topinversie III, avL, V1-4.
 9. *QT-tijd* | Normaal. Minder dan 10 mm (< 400 ms) en minder dan de helft van de cyclusduur.
 10. *Ritme* | P-toppen voor ieder QRS-complex. Normaal sinusritme, met 1 VES.
- + *Samenvatting* | Afwijkend ecg met (linker)atriumoverbelasting, specifieke intraventriculaire geleidingsstoornis, weefselverlies in de voorwand met repolarisatiestoornissen.



2. HET VERDERE BELEID

Vanwege de klachten en het afwijkende ecg overlegt de huisarts met de cardioloog, die aanbiedt diezelfde dag een echo van het hart te maken. De ejectiefractie blijkt 17% en er is een fors gedilateerde linker- en matig gedilateerde rechterventrikel. De patiënt start met bumetadine en perindopril, en wordt op de cardiologieafdeling opgenomen met het beeld van een dilaterende cardiomyopathie (DCM) met ernstig verlaagde linkerventrikel-ejectiefractie (hartfalen met verminderde ejectiefractie: HFrEF). Na enkele dagen neemt die toe tot 25%. Poliklinisch volgt er een nadere analyse. Hartbiopten laten geen stapelingsziekte (zoals amyloidose) of inflammatie (bijvoorbeeld myocarditis) zien. Er is sprake van een mutatie in het TTN2-gen, predisponerend voor DCM. Met sacubitril/valsartan in plaats van de perindopril en na toevoeging van een cardioselectieve bètablokker verminderen de klachten fors, maar blijft de ejectiefractie 25%. Er volgt een ICD-implantatie en de familie van de patiënt wordt nader onderzocht. Bij een zus wordt een nog asymptomatische DCM vastgesteld. Het is niet duidelijk in hoeverre eerdere klachten van de patiënt, geduid als milde slaapapneu en astma, al met de DCM te maken hadden. Vaststaat dat er een maand voor het consult bij de huisarts een duidelijke knik in het verhaal was, omdat sindsdien de dyspneu sterk toenam.



Iris Wichers werkt als huisarts in een gezondheidscentrum in Amsterdam. Daarnaast is ze werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij het cluster Richtlijnontwikkeling van het NHG. Het e-boek *De groene huisartsenpraktijk* is te vinden op www.nhg.org/praktijkvoering/duurzaamheid. Dit interview is het tweede in een reeks interviews over duurzame zorg.

Foto: Margot Scheerder

‘Verduurzamen geeft positieve energie’



Patrick Marx, Linn Dobrowolski, Susanne Claessen

Huisarts en senior wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling, Iris Wichers, houdt zich bij het NHG sinds 2017 onder meer bezig met duurzaamheid. Vooral het laten meetellen van duurzaamheid bij de ontwikkeling van richtlijnen vindt ze belangrijk. Daarnaast werkte ze mee aan het e-boek *De groene huisartsenpraktijk*.

‘Twee jaar geleden startten we bij het NHG een pilot, waarbij we bij de ontwikkeling van richtlijnen ook naar milieueffecten keken. Bijvoorbeeld de CO₂-uitstoot en impact op water van geneesmiddelen. Duurzaamheid vond op die manier zijn weg in de 4 NHG-richtlijnen Pijn, Anemie, De overgang en Misselijkheid en braken’, vertelt Wichers. In de meeste gevallen gaat het dan om genees-



middelresten die in het oppervlaktewater terechtkomen. Een voorbeeld is het advies over ijzersuppletie in de richtlijn Anemie. Medisch gezien gaat de voorkeur uit naar het goed afbreekbare ferrofumaraat. Ferrosulfaat heeft volgens de richtlijn allerlei nadelen en geniet daarom niet de voorkeur. Sinds kort hoort daar ook bij dat de plastic tabletmatrix van ferrosulfaat via feces in het afvalwater komt. Duurzaamheid zal steeds vaker in richtlijnen opduiken. Wichers: 'Sinds 2022 is duurzaamheid een van de criteria in de GRADE-methode voor interventies. Het NHG gebruikt deze methode om wetenschappelijk bewijs van uitkomstmaten te beoordelen en voor aanbevelingen in richtlijnen. We kijken altijd eerst naar de effectiviteit van een behandeling en daarna naar de voor- en nadelen. Dan gaat het onder meer om haalbaarheid, bijvoorbeeld qua kosten, maar ook qua milieu-impact.'

Groene praktijk

Wichers werkte mee aan een e-boek over groene keuzes in de huisartsenpraktijk, samen met de LHV en Stichting Stimular. Het boek, gratis te downloaden via de website van het NHG of de LHV, richt zich op 4 pijlers: consultvoering, praktijkinrichting, praktijkgebouw en praktijkvoering. De eerste pijler, consultvoering, gaat onder meer over het voorschrijfgedrag. 'Door beter op de milieueffecten van geneesmiddelen te letten is meteen een kleine winst te behalen, want huisartsen schrijven 80% van alle geneesmiddelen voor', zegt Wichers. 'Een bekend voorbeeld is dat het veel duurzamer is om een poederinhalator voor te schrijven in plaats van een dosis-aerosol die broeikasgas bevat.'

Diagnostiek

Diagnostiek is een ander aspect waarmee huisartsen milieuwinst kunnen boeken. 'In onze praktijk in Amsterdam testten we voorheen op urineweginfecties met een multistick. Nu doen we dat met een nitriet- en leukocytenstick. We volgen daarmee de NHG-Standaard Urineweginfecties. Die overstap bespaart ons heel wat tijd. Zo'n nitrietstick levert minder gegevens op, minder ruis en ook minder vervolgonderzoek. Mogelijk voorkom je op deze manier overbehandeling. Als huisarts kun je gaan twijfelen. Bijvoorbeeld als je zowel leukocyten als erythrocyten in de urine aantreft. Dan ben je misschien geneigd om te gaan behandelen, terwijl de standaard adviseert om eerst de dipslide af te wachten.

Ook bij CVRM wordt er veel lab geprikt, terwijl dit niet hoeft. Dat levert overbodige bepalingen op, met de nodige vragen. Plus het kost tijd en geld. De NHG-Standaard CVRM zegt dat als iemand goed is ingesteld met een statine en het LDL binnen de streefwaarde is, je niet elk jaar het LDL hoeft te prikken.'

Soms leidt extra diagnostiek juist tot duurzamere zorg. 'Beter diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie door de huisarts geeft niet alleen gezondheidswinst, maar

bespaart mogelijk ook incontinentiemateriaal, een belangrijke vervuiler in de zorg. Vanuit het NHG zouden we kunnen kijken of er meer handvatten nodig zijn voor een betere implementatie.'

Praktijkinrichting en praktijkgebouw

De tweede pijler die het e-boek beschrijft gaat over de praktijkinrichting. Wichers: 'Zet aan het eind van de dag alle apparatuur uit, dat spaart op jaarbasis tot 300 kWh.' Pijler 3 gaat over het praktijkgebouw. Hierover merkt Wichers op dat LHV-leden de LHV-bouwadviseur kunnen raadplegen voor advies over bijvoorbeeld de isolatie van het praktijkgebouw. 'Met goede isolatie bespaar je tot 40% op je energiekosten. Het e-boek geeft verder informatie over subsidies waarvoor praktijkhoudende huisartsen in aanmerking komen, zoals het inhuren van een gespecialiseerde adviseur voor energieadvies.'

'Duurzaamheid zal steeds vaker in richtlijnen opduiken'

Praktijkvoering

'Houd je bedrijfsprocessen tegen het licht, bijvoorbeeld met behulp van lean werken.' Met dit advies leidt Wichers de laatste pijler in. 'Toen wij onze praktijkvoering nader bekeken, ontdekten we dat we soa-tests op een plek op sloegen waar ze niet gebruikt werden. Hierdoor verstreek de houdbaarheidsdatum. Een beter voorraadbeheer leidt tot minder verspilling. Denk ook na over het kritisch gebruik van milieubelastende stoffen zoals biociden. Dat zijn onder andere middelen voor desinfectie. Het desinfecteren van een oppervlak in ruimtes is alleen nodig als het in aanraking komt met lichaamsvocht. En het papier van de onderzoeksbank kan gewoon bij het oud papier, mits het schoon en droog is.'

Duurzaamheid en accreditatie

Wichers heeft nog een leuk nieuwtje. 'Je kunt nu via de LHV Academy een workshop volgen over het e-boek De Groene Huisartsenpraktijk en daarmee accreditatiepunten verdienen. Ook zijn er vergaande samenwerkingsplannen tussen de Nederlandse Praktijk Accreditatie en het NHG.'

Positieve energie

Drukke werkzaamheden zijn een vaak gehoorde reden waarom huisartsen verduurzaming uitstellen. 'Als huisarts hoeft je het niet alleen te doen, het is een taak voor het hele praktijkteam. Verduurzamen levert ook wat op, zoals tijdswinst. Het belangrijkste is dat het positieve energie geeft, zo is onze ervaring. Laat je niet ontmoedigen door tegenslagen, en vier je successen', besluit Wichers. ■

Subklinische hypothyreoïdie bij ouderen

1. Du Puy onderzoekt in zijn proefschrift of er bij ouderen een relatie bestaat tussen subklinische hypothyreoïdie en onder meer achteruitgang in cognitief of lichamelijk functioneren, ADL, depressieve symptomen of sterfterisico. Welke conclusie is juist?¹
 - a. Er is geen verband met alle genoemde uitkomstmaten.
 - b. Er is een significant verband met een aantal van deze uitkomstmaten, maar dit is niet klinisch relevant.
 - c. Er is een significant en klinisch relevant verband met een aantal van deze uitkomstmaten.
2. In het dubbelblind gerandomiseerde TRUST-onderzoek werd behandeling met levthyroxine vergeleken met placebo. Welke verschillen vonden de onderzoekers tussen de behandel- en de placebogroep?¹
 - a. Alleen een verschil in TSH-daling.
 - b. Zowel een verschil in TSH-daling als in het optreden van bijwerkingen.
 - c. Zowel een verschil in TSH-daling als in hypothyreoïdiegerelateerde symptomen.
 - d. Zowel een verschil in TSH-daling als in hypothyreoïdiegerelateerde symptomen en in het optreden van bijwerkingen.
3. Du Puy poolde individuele patiëntgegevens uit eerdere cohorten en analyseerde dit opnieuw. Hoe heet dit type onderzoek?¹
 - a. Randomized controlled trial
 - b. Meta-analyse
 - c. Systematische review
4. Met name bij ouderen ligt het risico op oversuppletie met levthyroxine op de loer. Daardoor neemt onder meer het risico op aritmie toe. Welke aandoening is nog meer gerelateerd aan oversuppletie?¹
 - a. Adipositas
 - b. Diabetes mellitus
 - c. Hypertensie
 - d. Osteoporose
5. Hoe vaak schrijven Nederlandse huisartsen levthyroxine voor ter behandeling van subklinische hypothyreoïdie?¹
 - a. Minder dan 1 op de 10 keer
 - b. Ongeveer 1 op de 5 keer
 - c. Ongeveer 1 op de 3 keer
6. De auteur heeft suggesties om het beleid voor het opsporen van schildklier-aandoeningen bij ouderen aan te passen, om ongerustheid en onnodig medisch handelen te voorkomen. Een voorbeeld hiervan is het omdraaien van de volgorde: eerst vrij T4 bepalen, indien afwijkend TSH bepalen. Welke andere suggestie doet de auteur?¹
 - a. Het bepalen van anti-TPO-antistoffen bij vastgestelde subklinische hypothyreoïdie.
 - b. Het verbreden van de TSH-grenzen voordat vrij T4 gemeten wordt.
 - c. Het verplicht melden van een indicatie bij aanvraag tot TSH-bepaling.
7. Bij de 76-jarige mevrouw Zuurbier wordt labonderzoek verricht vanwege vermoeidheid. Het TSH blijkt verhoogd (5,6 mU/l; N 0,4-4,0) en het vrij T4 normaal (13,8 pmol/l; N 9-24,0). De overige labuitslagen zijn niet afwijkend. Kan de diagnose subklinische hypothyreoïdie nu worden gesteld?²
 - a. Ja
 - b. Nee, pas als bij controle over 3 maanden het TSH opnieuw afwijkend is (en vrij T4 normaal).
 - c. Nee, pas als bij controle over 3 maanden het TSH opnieuw afwijkend en > 6 mU/l is (en vrij T4 normaal).



Foto: Shutterstock

8. De 27-jarige mevrouw Aziz heeft sinds 3 jaar een subklinische hypothyreoïdie, waarvoor zij ieder jaar TSH en vrij T4 laat prikken. Ze heeft net ontdekt dat ze zwanger is en heeft gelezen dat schildklierproblemen schadelijk kunnen zijn. Ze vraagt of er maatregelen nodig zijn. Bij de laatste controle 3 maanden geleden was de TSH 7,6 mU/l (N 0,4-4,0 mU/l) en het vrij T4 15,8 pmol/l (N 9 -24,0 pmol/l). Mevrouw Aziz is verder gezond. Welk beleid is nu volgens de NHG-Standaard Schildklier-aandoeningen aangewezen?²
 - a. Controle van TSH en vrij T4
 - b. Na 16 weken zwangerschap controle van TSH en vrij T4
 - c. Starten met levthyroxine
 - d. Verwijzing naar internist-endocrinoloog

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

LITERATUUR

1. Du Puy RS, Poortvliet RKE, Den Elzen WPJ, Mooijaart SP, Gussekloo J. Ouderen met subklinische hypothyreoïdie hebben geen baat bij levthyroxine. Huisarts Wet 2023;66(3):24-7. DOI:10.1007/s12445-022-2160-0
2. NHG-werkgroep Schildklier-aandoeningen. NHG-Standaard Schildklier-aandoeningen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2013. <https://richtlijnen.nhg.org>.

ANTWOORDEN

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

Oplossing uw diagnose 'Bultjes in een zwarte tatoeage'

Er is hier sprake van sarcoïdose, een multisysteemziekte van onbekende etiologie. De longen, ogen, lymfeklieren en huid zijn bij deze aandoening het frequentst aangedaan. Cutane sarcoïdose wordt ook wel de grote imitator genoemd, omdat het ziektebeeld zoveel verschijningsvormen kan hebben. Sarcoïdose heeft echter ook de sterke neiging om zich te vertonen op plekken waar sprake is van een trauma. Dit zogenaamde köbnerfenomeen zien we niet alleen in schaafwonden en littekens, maar ook in tatoeages. Sarcoïdose kan jaren na het zetten van de tatoeage optreden. Het is onduidelijk of de sarcoïdose al latent aanwezig was of juist door de tattoo ontstaat. Om het onderscheid te maken tussen sarcoïdose, *pigment overload* en een allergische reactie op tatoeage-inkt dient een huidbiopt van de aangedane huid afgenomen te worden. Bij sarcoïdose zijn niet-verkazende granulomen te zien. De aanwezigheid daarvan is niet pathognomonisch voor de diagnose sarcoïdose. Een vreemdlichaamreactie vertoont histopathologisch ook het beeld van granulomen. Om een vreemdlichaamreactie op tatoeage-inkt te onderscheiden van sarcoïdose is verder aanvullend onderzoek vereist. Minimaal zijn dan bloedonderzoek (BSE, angiotensine convertering enzym (ACE), calcium) en een X-thorax nodig. Een verhoogde bloedbezinking, een verhoogd ACE (marker voor bepaalde auto-immuunziekten) en hypocalciëmie passen bij sarcoïdose. Bij longbetrokkenheid zijn op de X-thorax vaak symmetrische hilaire en mediastinale lymfadenopathie zichtbaar. Afhankelijk van bijkomende klachten krijgen patiënten vervolgens een verwijzing naar andere specialisten, meestal de longarts en/of oogarts. Bij sarcoïdose hangt de behandeling mede af van de ernst van de extracutane manifestaties.

Wanneer er alleen sprake is van cutane sarcoïdose wordt in eerste instantie gestart met topicale corticosteroiden, zoals clobetasolzalf. Bij onvoldoende effect worden onder andere systemische behandelingen met prednison en methotrexaat overwogen.

Bij pigment overload is er te veel inkt in de huid getatoeëerd. Patiënten voelen dan een verhevenheid van hun tatoeages. De niet-getatoeëerde huid is niet aangedaan en histopathologisch onderzoek wijst niet op een ontsteking in de huid. Pigment overload komt het meest voor bij patiënten die een cover-up-tattoo over een oude tatoeage laten zetten. Allergische reacties op tatoeage-inkt komen vaak voor bij rode, roze en paarse inkt. Allergische reacties op zwarte inkt zijn zeer zeldzaam.

Bij deze patiënte was er sprake van het löfgrensyndroom, ook wel acute sarcoïdose, door de trias erythema nodosum, artritis en bilaterale hilaire lymfadenopathie. Haar reumatoloog startte behandeling met prednison en methotrexaat.

Met dank aan André Moyakine. ■

LITERATUUR

1. Haimovic A, Sanchez M, Judson MA, Prystowsky S. Sarcoidosis: a comprehensive review and update for the dermatologist: part I. Cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:699.e1-18.
2. Serup J, Carlsen KH, Sepehri M. Tattoo complaints and complications: diagnosis and clinical spectrum. *Curr Probl Dermatol* 2015;48:48-60.
3. Kluger N. An update on cutaneous complications of permanent tattooing. *Expert Rev Clin Immunol* 2019;15:1135-43.



Voorlichting en niet-medicamenteuze interventies centraal in NHG-Standaard Bedplassen

Gerda van der Weele, Laura de Vries, Annemiek Schep-Akkerman

De NHG-Standaard Enuresis nocturna uit 2006 is herzien en heet voortaan NHG-Standaard Bedplassen. Voorlichting en niet-medicamenteuze interventies blijven centraal staan in de aanpak. Deze interventies zijn nu gegroepeerd naar intensiteit. De plaats van medicatie is verder beperkt tot alleen incidenteel gebruik bij bijvoorbeeld een logeerpartij. Deze herziening besteedt ook meer aandacht aan adolescenten en volwassenen.

De titelwijziging werd ingegeven door de verwarrende enuresisnomenclatuur, wat tot de nieuwe titel Bedplassen heeft geleid. Omdat bedplassen ook bij adolescenten en volwassenen voorkomt (vanaf 16 jaar is de geschatte prevalentie van bedplassen 0,5%), werd bij het inventariseren van knelpunten van de vorige versie van de standaard gevraagd om ook voor deze doelgroep handvatten te geven.

DIAGNOSTIEK

Bedplassen is een symptoomdiagnose die vanaf 5 jaar kan worden gesteld. De anamnese is gericht op het stellen van

de diagnose én om het onderscheid te maken met eventuele onderliggende mictiepathologie, zoals een overactieve blaas of meatusstenose. Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor mictiepathologie of een urineweginfectie, hebben lichamelijk en aanvullend onderzoek geen toegevoegde waarde. Als onduidelijk is hoeveel en hoe vaak er op een dag gedronken en geplast wordt, kan een mictiedagboek worden gebruikt (die ook ingezet kunnen worden bij de effectevaluatie van een interventie).

NIET-MEDICAMENTEUS BELEID

Voorlichting, adviezen en niet-medicamenteuze behandeling blijven de basis van de aanpak van bedplassen. De niet-medicamenteuze behandelingsopties zijn nu gegroepeerd in:

- weinig-intensieve methoden: gedragsmatige adviezen, het kind uit bed tillen, wakker maken, kalendermethode, methoden waarbij de patiënt een beloning krijgt
- intensievere methoden: plaswekker, een combinatie van een plaswekker met 1 van bovenstaande methoden
- complexe methoden: droogbedtraining (ambulant of klinisch), blaastraining



Voorlichting, adviezen en niet-medicamenteuze behandeling blijven de basis van de aanpak van bedplassen.

Foto: Shutterstock.

Aan de herziene standaard is ook een overzichtstabel met deze interventies toegevoegd, met een toelichting op inhoud, doel, nadelen, doelgroep(en) en duur van de interventie.

De voorkeur gaat doorgaans uit naar de weinig-intensieve methoden, maar dit is bij uitstek een punt om met de patiënt (en de ouders/verzorgers) te bespreken en te beslissen. Bij de keuze zullen de mate van ervaren hinder, de vereiste motivatie, de leeftijd en het ontwikkelingsniveau medebepalend zijn.

Helaas vonden we weinig specifieke onderzoeksliteratuur en evidence over adolescenten en volwassenen. De aanbevelingen voor hen zijn dan ook vooral gebaseerd op een extrapolatie van het (effect)onderzoek onder oudere kinderen, zoals de grotere effectiviteit van de plaswaker vanaf de leeftijd van 10 jaar.

Voor de begeleiding bij de diverse interventies kan, afhankelijk van regionale afspraken en beschikbaarheid, een beroep worden gedaan op de jeugdgezondheidszorg en of een (kinder-) bekkenfysiotherapeut.

DESMOPRESSINE

Voor deze herziening hebben we de evidence over de effectiviteit en bijwerkingen volgens de GRADE-methode geanalyseerd. Daaruit blijkt (opnieuw) dat medicatie het bedplassen doorgaans niet of slechts voor zeer korte tijd oplost en dat er

wel potentiële bijwerkingen kleven aan het gebruik. Daarom bevelen we medicatie niet aan, met een uitzondering voor kortdurend gebruik als alternatieven ontbreken en het effect op de korte termijn grote meerwaarde heeft, zoals bij een lo-geerpartij. Geef dan een desmopressinetablet 0,2 mg voor het slapengaan en adviseer de vochtinname te beperken van 1 uur vóór tot 8 uur na inname. ■

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

Van der Weele GM, De Vries L, Schep-Akkerman AE. Voorlichting en niet-medicamenteuze interventies centraal in NHG-Standaard Bedplassen. Huisarts Wet 2023;66(3):48-9. DOI:10.1007/s12445-022-2124-4.
Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: G. van der Weele, senior wetenschappelijk medewerker, g.vanderweele@nhg.org; L. de Vries, wetenschappelijk medewerker; A.E. Schep-Akkerman, epidemioloog.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
De werkgroep bestond uit [op alfabetische volgorde]: Damen Z, Schep-Akkerman AE, De Vries L en Van der Weele GM.

Hoe houden we de huisartsenzorg toegankelijk?

Dit thema staat centraal tijdens de NHG-Wetenschapsdag op 22 september 2023.

De krantenkoppen liegen er de afgelopen periode niet om: 'De zorgkosten kunnen niet verder groeien', 'Minder sollicitanten bij de huisartsenopleiding', 'Wachlijsten bij de GGZ en andere specialistische zorg lopen op' en 'De huisartsen verzuipen'.

De toegankelijkheid van de zorg is in het geding en dat geldt zeker ook voor de huisartsenzorg. Hoe kunnen wetenschappers in het huisartsgeneeskundig veld bijdragen aan de oplossing van dit probleem? Wat weten we al en wat willen en kunnen we oppakken?

Naast deze actuele problematiek besteden we zoals elk jaar ook aandacht aan de grote variatie binnen het eerstelijns onderzoek. Beschikt u over recente [huisartsgeneeskundige] onderzoeksresultaten?

Dien een abstract in via nhgwetenschapsdag.nl.

RICHTLIJNEN ABSTRACTS

Wij zoeken abstracts over huisartsgeneeskundig onderzoek en/of abstracts die bevindingen presenteren over projecten die passen in het thema van de dag.

- ▶ Stel de titel op in het Nederlands en het Engels.
- ▶ Stel de tekst op in het Nederlands, maximaal 300 woorden.
- ▶ Stel het abstract op volgens de indeling: titel, introductie inclusief onderzoeksvraag, methode, resultaten en discussie/conclusie.



Dien nu
uw
abstract in

nhg
Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Aanpassing verwijsbeleid bij patiënten met chronische hepatitis B

Lia Boelman, Margriet Bouma

De NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen is gedeeltelijk herzien op het onderdeel hepatitis B. Alle patiënten met chronische hepatitis B worden verwezen naar een hepatitisbehandelcentrum voor diagnostiek en om het juiste follow-upbeleid vast te stellen. Daarnaast is de terminologie bij chronische hepatitis B vereenvoudigd.

Naar aanleiding van vragen van huisartsen over bijvoorbeeld verwijsindicaties naar de tweede lijn, en een update van het Hepatitis-B-Virus (HBV)-richtsnoer (gebaseerd op de EASL-richtlijn over hepatitis B) is deze NHG-Standaard herzien. We bespreken de belangrijkste wijzigingen.

TERMINOLOGIE

We maken alleen nog onderscheid tussen acute hepatitis, chronische hepatitis B en functioneel genezen hepatitis B. Een onderverdeling in verschillende subtypes chronische hepatitis B is namelijk niet relevant voor het beleid van de huisarts. Een patiënt heeft chronische hepatitis B als het HbsAg langer dan 6 maanden aanwezig blijft. Ook bij patiënten met positieve HbsAg, bij wie het risicocontact langer dan 6 maanden geleden is of het risicocontact onbekend is, is sprake van chronische hepatitis B.

VERWIJSBELEID

Verwijs alle patiënten met chronische hepatitis B naar een hepatitisbehandelcentrum. Zo kan worden vastgesteld of er een indicatie bestaat voor behandeling en/of screening op hepatocellulair carcinoom. Verwijs ook patiënten met in het verleden vastgesteld chronische (meestal 'inactieve') hepatitis B naar een hepatitisbehandelcentrum. Voor deze patiënten zijn waarschijnlijk nieuwe diagnostische of therapeutische middelen beschikbaar. De nieuwe antivirale middelen zijn effectiever en geven minder bijwerkingen. De huisarts kan zelf invullen hoe hij dit beleid vormgeeft (bijvoorbeeld afhankelijk van de

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen op richtlijnen.nhg.org.



Verwijs alle patiënten met chronische hepatitis B naar een hepatitisbehandelcentrum.

Foto: Shutterstock

praktijkpopulatie). Mogelijkheden zijn aankaarten bij patiënten die op het spreekuur komen of opsporing via een selectie in het HIS. Patiënten met de diagnose chronische hepatitis B kunnen worden geselecteerd in het HIS door een overzicht te maken van patiënten met ICPC-code D72.04 Drager hepatitis B/chronische hepatitis B.

CONTROLES DOOR DE HEPATITISBEHANDELAAR

De meeste patiënten met chronische hepatitis B worden gecontroleerd bij de hepatitisbehandelaar. Na onderlinge afstemming tussen de hepatitisbehandelaar en de huisarts kan de huisarts desgewenst bij individuele patiënten de controles overnemen. ■

Boelman L, Bouma M. Aanpassing verwijsbeleid bij patiënten met chronische hepatitis B. Huisarts Wet 2023;66(3):50. DOI:10.1007/s12445-023-2174-2.]

Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: L. Boelman, huisarts en wetenschappelijk medewerker: kenniscentrum@nhg.org; dr. M. Bouma, senior wetenschappelijk medewerker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-Werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Auwerda J, Boelman L, Bouma M, Claassen MAA, Numans ME, Perquin MJ, Van Gerven N, Van Hoek B, Van Putten AM, Vliegthart-Jongbloed KJ.

Nieuw onderzoek naar ervaringen van patiënten met een chronische aandoening

Judith de Jong, Mieke Rijken

Nederland heeft vanouds een sterke huisartsenzorg, maar we weten weinig over hoe mensen met een chronische aandoening deze zorg beoordelen. Ook weten we niet goed hoe landen en zorgsystemen hierin verschillen en kunnen we van elkaar leren. Nieuw internationaal onderzoek helpt om de zorg nog beter te laten aansluiten bij de behoeften van mensen met een chronische aandoening.

Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt toe, evenals het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen.¹ Bij hun zorgvraag past een patiëntgerichte, geïntegreerde aanpak en daarom passen verschillende landen hun zorgsysteem daarop aan.^{2,3}

De OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) is een internationaal onderzoek gestart naar de ervaringen die mensen met een chronische aandoening met de huisartsenzorg hebben. Ruim 20 landen doen mee, waaronder Nederland. Het Nivel leidt het internationale consortium en verzamelt de gegevens voor Nederland.⁴

Omdat patiënten met een chronische aandoening in veel landen niet rechtstreeks te identificeren zijn, verzamelen de onderzoekers gegevens van patiënten van 45 jaar en ouder die de afgelopen 6 maanden contact hadden met hun huisartsenpraktijk. Onder hen bevinden zich veel mensen met een chronische ziekte. Die krijgen vragen over ervaren gezondheid, functioneren en welbevinden, en over hun ervaringen met de geleverde zorg, bijvoorbeeld wat betreft de communicatie, het persoonlijk zorgplan en de zorgcoördinatie. Daarnaast wordt praktijkinformatie verzameld, zoals het type praktijk, de toegankelijkheid en de organisatie ervan, en welke patiënten de praktijk chronische zorg verleent. Door de patiëntgegevens te koppelen aan die van praktijken en landen is het mogelijk om na te gaan hoe de ervaringen van patiënten samenhangen met kenmerken van praktijkorganisatie en eerstelijnsgezondheidszorgsystemen.

In 2022 zijn de vragenlijsten voor patiënten en praktijken getest in alle deelnemende landen. Aan deze *field trial* deden in Nederland 12 praktijken met elk ongeveer 90 patiënten mee. Het hoofdonderzoek vindt dit jaar plaats; de aantallen praktijken en patiënten hiervoor zullen groter zijn en later worden vastgesteld. Huisartsenpraktijken krijgen begin 2023 het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. De resultaten van het hoofdonderzoek worden in 2024 bekend. ■



Foto: Margot Schreuder

Nieuw onderzoek helpt om de zorg nog beter te laten aansluiten bij de behoeften van mensen met een chronische aandoening.

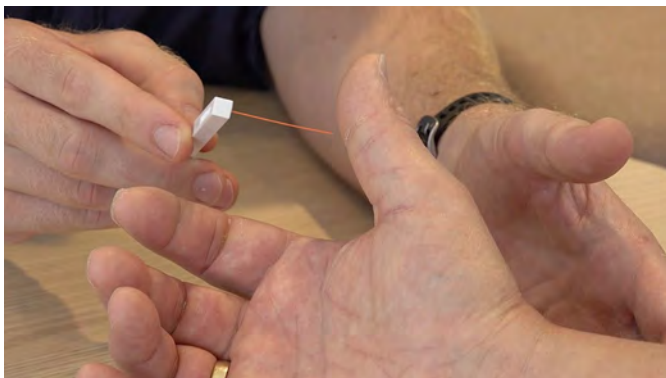
LITERATUUR

1. VZinfo. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Leeftijd en geslacht. 2022. Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl>. Geraadpleegd op 12 november 2022.
2. Rijken M, Hujala A, Van Ginneken E, Melchiorre MG, Groenewegen P, Schellevis F. Managing multimorbidity: profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy* 2018;122:44-52.
3. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One* 2014;9:e102149.
4. De Boer D, Van den Berg M, Ballaster M, Bloemeke J, Boerma W, De Bienassis K, et al. Assessing the outcomes and experiences of care from the perspective of people living with chronic conditions, to support countries in developing people-centred policies and practices: study protocol of the International Survey of People Living with Chronic Conditions (PaRIS survey). *BMJ Open* 2022;12:e061424.

De Jong J, Rijken M. Nieuw onderzoek naar ervaringen van patiënten met een chronische aandoening. *Huisarts Wet* 2023;66(3):51. DOI: 10.1007/s12445-023-2182-2.
 Nivel, Utrecht: prof. dr. J. de Jong, afdelingshoofd, National Project Manager voor Nederland, j.dejong@nivel.nl; prof. dr. M. Rijken, senior onderzoeker, directeur PaRIS-SUR-project.
 Mogelijke belangenverstreming: niets aangegeven.
 Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn.

DOCUMENTAIRE GEEFT EEN KIJKJE IN DE SPREEKKAMER VAN DE HUISARTS

Documentaire: Even afwachten, een kijkje in het hoofd van de huisarts | regisseur/producent/distributie: Dick Walstock | 2022 | Te zien via <https://vimeo.com/796231559>, wachtwoord WachtMaar-Af23 [beschikbaar van 7 maart tot 18 april 2023].



De documentaire *Even afwachten, een kijkje in het hoofd van de huisarts* van huisarts en documentairemaker Dick Walstock is een schot in de roos. De kern van de huisartsgeneeskunde komt mooi naar voren in beelden uit de spreekkamers van diverse dokters. De documentaire biedt prachtig materiaal voor eerstejaars huisartsen in opleiding, maar ook voor huisartsen die hun patiënten willen laten zien hoe het werkt in de spreekkamer.

De documentaire begint met onschuldige klachten, zoals

het syndroom van Tietze, oorklachten of plekje op de huid. Je ziet alle dokters goed luisteren en zorgvuldig lichamelijk onderzoek doen. Enkele klassiekers uit de consultvoering passeren de revue. Waarom komt deze patiënt nu met deze klacht? Wat is de hulpvraag? Wat zijn de eigen gedachten over de klacht? Medische kennis in combinatie met wat de patiënt ervan vindt is nodig om uit te leggen, gerust te stellen en af te wachten. Het wordt moeilijker bij klachten die niet zo duidelijk zijn en enige ongerustheid bij huisarts of patiënt oproepen. Een ziektebeeld kan nog niet helemaal uitgekristalliseerd zijn. Dan komt het echte 'even afwachten' – de tijd gebruiken als hulp bij de diagnose. Meteen veel extra onderzoek doen leidt immers vaak tot onnodige onrust. Even afwachten vooronderstelt dat de beslissing daarover gezamenlijk wordt genomen en is eigenlijk alleen maar goed mogelijk wanneer de patiënt de huisarts vertrouwt.

Ik heb 3 opmerkingen. De eerste is dat het geluid niet synchroon loopt met het beeld. Ten tweede kan even afwachten alleen maar goed verlopen als patiënten een goede instructie hebben gekregen over wanneer ze terug moeten komen. Op de derde plaats dient degene die de telefoon opneemt uiterst alert te zijn op patiënten aan wie het advies 'even afwachten' is gegeven, zodat die bij drukte niet te ver achter in de rij hoeven aan te sluiten. De laatste 2 punten hadden een plek verdiend in de documentaire. ■

Peter Lucassen

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

Mariëtte de Rie [secretariaat], Judith Mulder [bladmanager], Ellen Olbers [webredactie], dr. Annet Sollie [e-redacteur], Susan Umans, Steven de Kock, dr. Peter Lucassen, Marjolijn 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 Patrick Bindels, Jean Muris, Eric Scheppink. Beeld: Shutterstock, Margot Scheerder. 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

AFSTEMMING ACADEMISCHE HUISARTSAFDELINGEN EN NHG OVER WETENSCHAP

In Nederland zijn 7 afdelingen huisartsgeneeskunde verbonden aan een UMC. Een belangrijke taak van deze academische afdelingen is wetenschappelijk onderzoek doen ter onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen. Ze doen dit naast hun betrokkenheid bij de opleidingen huisartsgeneeskunde. Een nauwe samenwerking met onze wetenschappelijke vereniging het NHG lijkt dan bijna een open deur.

Met het huidige NHG-bestuur zijn we een nieuwe weg ingeslagen om tot een betere afstemming te komen op wetenschappelijk gebied. In de afgelopen anderhalf jaar optimaliseerden we de samenwerking tussen het NHG en de 7 afdelingen huisartsgeneeskunde. Sindsdien vinden we elkaar beter, zijn we beter op de hoogte van elkaars expertise en hebben we onze gezamenlijke belangen duidelijker geformuleerd en afgestemd. Het NHG krijgt bijvoorbeeld regelmatig vragen die te maken hebben met de interpretatie van wetenschappelijk onderzoek, waarover ook kennis in huis is bij de academische afdelingen. Wat is er dan mooier om elkaars expertise optimaal te gebruiken, in de vorm van een nauwe afstemming tussen het NHG en de academische afdelingen huisartsgeneeskunde? Ruim een jaar geleden hebben we de Commissie wetenschappelijke afstemming in het leven

geroepen. Daarin overleggen het NHG en een vertegenwoordiging van de afdelingshoofden huisartsgeneeskunde met elkaar. Sindsdien zijn we beter op de hoogte van wat er in het veld speelt en zijn de belangen breder vertegenwoordigd. Samen bezoeken we onder andere de ministeries van VWS en OCW, om het belang van wetenschappelijk onderzoek ook daar onder de aandacht te brengen. Het is ons gelukt om een aantal aandachtspunten beter op de agenda te krijgen, zoals langdurige financiering van wetenschappelijk onderzoek en de daarvoor benodigde infrastructuur. Een gunstige ontwikkeling.

Ik hoop dat dit doorwerkt naar de toekomst. Het zou geweldig zijn als er een langdurig programma komt waarin huisartsgeneeskundig wetenschappelijk relevant onderzoek gefinancierd kan worden, bijvoorbeeld in een 10-jarig fonds, zodat we op een optimale en gedegen manier wetenschappelijk onderzoek kunnen doen.

Wil je de toekomst van de huisartsenzorg borgen en het hoofd kunnen bieden aan alle uitdagingen die ons te wachten staan in de zorg, dan zou subsidie voor wetenschappelijk onderzoek inclusief een goede onderzoeksinfrastructuur binnen de academische werkplaatsen huisartsgeneeskunde een noodzakelijkheid moeten zijn.

Patrick Bindels, voorzitter Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde en hoofd afdeling huisartsgeneeskunde Erasmus MC Rotterdam



Foto: Margot Scheerder



Lees ook: Geachte meneer Kuipers. Borneman WM, Bindels JE. Huisarts Wet 2022;65(7):79-80.





IN MEMORIAM PROF. DR. C.A. (KEES) DE GEUS

In januari 2023 is Kees de Geus op 92-jarige leeftijd overleden, huisarts en emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht (destijds Rijkuniversiteit Limburg). Hij was onder meer voorzitter van het NHG van 1975 tot 1980. Ook speelde hij een belangrijke rol in de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.



Huisartspraktijk, nu *Registration Network Family Medicine*. Onder leiding van Kees als projectvoorzitter (1981-1987) werd hiermee een belangrijk fundament gelegd voor de verdere wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Het project vormde de basis voor het ontwikkelen van diverse onderzoekslijnen. Om voldoende onderzoekskundigheid te kunnen waarborgen werd een huisartsonderzoekersopleiding ontwikkeld, met Kees als eindverantwoordelijk hoogleraar. De opleiding startte in 1985 met een theoretisch en een praktisch deel en werd in 2 tranches van ongeveer 10 personen uitgevoerd. Op dit fundament konden zijn opvolgers een blijvend sterk onderzoeksprogramma bouwen. Daarnaast besteedde Kees aandacht aan de nascholing van huisartsen. Hij werd lid (1983-1985) en later landelijk voorzitter (1985-1988) van de sectie huisartsgeneeskunde van het Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. Ook in het basiscurriculum geneeskunde vervulde Kees rollen, vooral als begeleider in het coschap huisartsgeneeskunde.

Eind 1981 tot 1983 was Kees de Geus voorzitter van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en in 1986 werd hij opnieuw voorzitter. Zijn tijd als vakgroepvoorzitter, te midden van alle academische hectiek en bestuurlijke drukte van een faculteit en universiteit in ontwikkeling, was niet de gemakkelijkste periode in zijn loopbaan. Maar door zijn universitaire verantwoordelijkheid steeds te blijven verbinden met zijn bevoegenheid als zorgzame, integere huisarts, heeft Kees veel tot stand kunnen brengen. Daarmee legde hij in een moeilijke overgangperiode de basis voor de verdere ontwikkeling van de vakgroep, met name op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek. Met ingang van 1 januari 1989 ging Kees de Geus met emeritaat en werd hij vanwege zijn omvangrijke verdiensten voor wetenschap en samenleving benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Landelijk was hij nog geruime tijd actief in het onderzoek naar euthanasie in de huisartsenpraktijk. Kees is 92 jaar geworden. Hij was een vriendelijke, (te) bescheiden man, die altijd in je geïnteresseerd was.

Jean Muris, voorzitter vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht

Kees de Geus was huisarts in Waddinxveen van 1958 tot 1981. Hij verdedigde zijn proefschrift 'Huisarts en kankerpatiënt' aan de Universiteit Utrecht al in 1970. Hiervoor was veel belangstelling, ook in de landelijke dagbladders.

In 1970 werd Kees de Geus lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. In 1972 werd hij bestuurslid en vicevoorzitter van het NHG. Van 1975 tot 1980 was hij voorzitter. In 1979 presenteerde hij in die functie het eerste NHG-kwaliteitsplan in de vorm van een op praktijkervaringen gebaseerd projectplan. Ook kwam er aandacht voor het 'methodisch werken' door de huisarts.

In 1980 werd hij benoemd als hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht (toen nog Rijksuniversiteit Limburg),

met als aandachtsgebieden onderzoek en nascholing. In de eerste jaren vanaf 1974 lag bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde de nadruk vooral op het leveren van bijdragen aan de ontwikkeling en uitvoering van het onderwijs in het basiscurriculum en de opleiding tot huisarts. Daarnaast was een begin gemaakt met de academisering van een aantal huisartsenpraktijken. De belangrijkste opdracht voor Kees was het ontwikkelen van een onderzoeksbeleid voor de vakgroep. Hij werd lid van de Interfacultaire Wetenschapscommissie en leider van het deelproject Eerstelijns Gezondheidszorg (1981-1985).

Het al eerder ingezette academiseringsbeleid maakte het mogelijk om in de academische praktijken een registratienetwerk op te zetten: het Basisproject Verslaglegging en Registratie in de



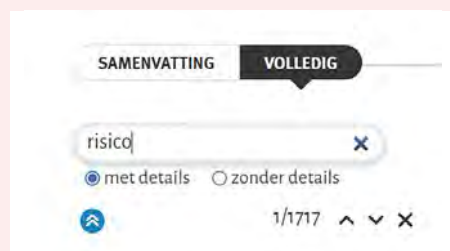
VERBETERDE ZOEKFUNCTIE WEBSITE NHG-RICHTLIJNEN

Met 6.738.254 bezoekers in 2022 is de website richtlijnen.nhg.org een belangrijke en veel geraadpleegde bron voor de huisartsenzorg. De website ontsluit meer dan 130 richtlijnen. Daarom besteedt het NHG naast de inhoudelijke kant van richtlijnen ook veel tijd aan de website waarop ze staan.

Het NHG is doorlopend bezig met technisch onderhoud en het verbeteren van de website NHG-Richtlijnen. Zo is bijvoorbeeld de zoekfunctie de afgelopen 2 jaar verfijnd. Dat gebeurt vanuit een cyclisch proces: feedback van huisartsen ontvangen, issues oplossen, bouwen, testen, checken of de toepassing goed werkt en live brengen.

Slim zoeken, snel vinden

De zoekfunctionaliteit binnen een richtlijn is nu ook met de toetsencombinatie CTRL F te openen. Hiermee wordt de volledige inhoud van de bekeken pagina doorzocht. Ook is het duidelijker of u in de samenvatting of in de volledige tekst zoekt en kunt u wel of niet binnen details zoeken.



Verbeteren doen we niet alleen

Er zijn meerdere aanleidingen om de richtlijnen-website te verbeteren. Voor het NHG is de input van de leden de belangrijkste drijfveer. Maar ook technische ontwikkelingen en mogelijkheden van de website stuwden de ontwikkeling. Om te weten of de richtlijnenwebsite nog goed aansluit bij het dagelijks gebruik, vond er in het najaar van 2022 een gebruikersonderzoek plaats. De uitvoering was in handen van PuurXL, een bureau met expertise op dit terrein. Vanuit 4 verschillende invalshoeken is de richtlijnenwebsite onder de loep genomen:

- een kwantitatief digitaal onderzoek met 250 respondenten
- live sessies met huisartsen die zoekopdrachten uitvoerden
- meten van gedrag van gebruikers
- analyse van statistieken

Goede aansluiting op praktijk

Het gebruikersonderzoek leert ons dat de website momenteel goed aansluit bij de praktijk. In verschillende casussen worden de juiste richtlijnen door huisartsen meestal snel gevonden, en ook specifieke informatie uit een richtlijn. Natuurlijk zijn er nog steeds verbeterpunten. De onderzoekers deden verschillende aanbevelingen. Deze zijn vooral gericht op kleine(re) punten, zoals het verder finetunen van de zoekfunctie, duidelijker onderscheid maken tussen samenvatting en volledige tekst en het nog overzichtelijker presenteren van de verschillende richtlijnen.

Nieuwe mogelijkheden uitproberen

We experimenteren ook met nieuwe mogelijkheden en structuren op de website. Zo gaan we in 2023 proefdraaien met het beter en meer visueel ontsluiten van de detailinformatie (de weten-

Opmerkingen van respondenten uit het gebruikersonderzoek

3 positieve punten

- 'Zoeksuggesties zijn goed'
- 'De site is beter ten opzichte van de vorige versie'
- 'Informatie is snel te vinden'

3 verbeterpunten

- 'Als je de site niet kent, kan het lastig zijn om deze te gebruiken'
- 'De zoekfunctie is soms onduidelijk'
- 'De startpagina is een beetje rommelig'

schappelijke onderbouwing van de richtlijnen). We beginnen klein en houden vast aan de iteratieve werkwijze, waarbij wij kleine wijzigingen doorvoeren, deze analyseren en op basis van deze uitkomsten verder aanpassen. Bij de recent gepubliceerde aanbeveling over ondansetron bij kinderen met misselijkheid en braken presenteerden we een [visuele samenvatting](#). Deze is te vinden bij 'Details' onder het kopje Anti-emetica. Zie ook: Aanbeveling ondansetron herzien in NHG-Behandelrichtlijn Misselijkheid en braken van Aimée Kok-Pigge et al. Huisarts Wet 2023;66(1):63.



Heeft u feedback?

Uw suggesties en tips zijn een drijvende kracht achter de doorontwikkeling van de website NHG-Richtlijnen. Heeft u feedback? Of heeft u een voorbeeld gezien waarmee wij ons kunnen spiegelen? Deel het met ons via contactcentrum@nhg.org.

Facts & Figures 2021 & 2022

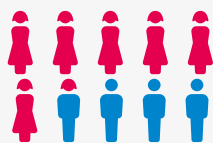


2022
jubileumjaar

VERENIGING

Eind 2022

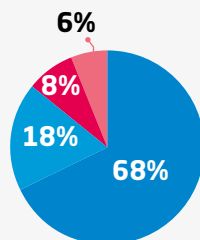
13.562 leden



64% vrouw
36% man

Categorieën

- Praktiserend
- Aios
- Oud-huisarts
- Starters



H&W



Meest aangeklikte artikel

- 2021 Incideren of afwachten bij getromboseerde anale randvene
- 2022 Een prik in de bil bij knieartrose



Meest aangeklikte Uw diagnose

- 2021 Een kind met jeukende bultjes
- 2022 Plek met ruwe rand



Meest beluisterde podcast

- 2021 Herziene NHG-Standaard Enkelbandletsel
- 2022 NHG-Standaard de Overgang

HAWEB

2021

608.736
bezoeken

49.957
berichten

2022

516.954
bezoeken

48.336
berichten

INFECTIEZIEKTEN



Infectie-
preventie
COVID-19

Influenza

Infectieziekten
& Oekraïense
vluchtelingen

Kinderen
met acute
hepatitis



Kinderen met
invasieve
streptokokken-
infecties



Monkeypox

MersCoV



Antivirale
middelen bij
COVID-19



Antibiotica-
resistentie

Scabiës



Difterie

26 nieuwsberichten over infectieziekten
naast alle informatie over COVID-19

ZORGINNOVATIEREIS CATALONIË: VEEL WAARDERING VOOR HUISARTS

Susan Umans

In januari gingen 70 bestuurders uit het Nederlandse zorgveld op zorginnovatiereis naar Catalonië. De eerste lijn was met bestuurders van de LHV, InEen en het NHG goed vertegenwoordigd. Voor het NHG nam bestuurslid Eric Scheppink de honneurs waar. De reis voerde langs verschillende zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen, gezondheidscentra en huisartsengroepspraktijken. In Catalonië staat de zorg voor vergelijkbare uitdagingen als in Nederland.

Dubbele vergrijzing, te weinig personeel, de rol van de huisarts en hobbels in de digitale informatie-uitwisseling. Net als in Nederland kampen de Catalanen ook met vraagstukken als: hoe organiseer je de (acute) zorg en hoe organiseer je de zorg in de eerste lijn? 'In Catalonië zijn inmiddels veel initiatieven waarbij is gezocht naar versterking van de rol van de verpleegkundige naast en dicht bij die van de huisarts,' vertelt Eric Scheppink. 'Ook zijn er voorbeelden waarin vanuit het sociaal domein de maatschappelijk werkers dicht betrokken zijn bij het team van huisarts en verpleegkundige.'

Gedeeld eigenaarschap

In een van de bezochte gezondheidscentra zijn de 7 huisartsen en hun medewerkers gezamenlijk eigenaar. Scheppink: 'Dit helpt daar enorm om de betrokkenheid onder medewerkers op peil te houden. Het personeelsverloop is heel laag. De patiënttevredenheid heel hoog. Iedereen heeft invloed op de koers van het gezondheidscentrum. Vanuit die betrokkenheid en gedeeld eigenaarschap, is daar een hele stabiele situatie gecreëerd.'

Sterke geografische organisatie

Het viel Scheppink op dat de zorg in Catalonië sterk geografisch georganiseerd is. 'Een gezondheidscentrum of praktijk is verantwoordelijk voor de zorg in een geografisch gebied. Meestal is dit publiek gefinancierd. Binnen zo'n gebied is dan bijvoorbeeld eenvoudige acute zorg voor overdag centraal georganiseerd. Ook zijn er *intermediate care*-initiatieven, waarbij ouderen ter overbrugging maximaal 8 dagen worden opgevangen op een locatie waar ze geobserveerd worden en zorg krijgen. Het gaat dan om ouderen die worden verwezen door de wijkverpleging, of die in het ziekenhuis liggen maar nog niet naar huis kunnen. In Nederland bestaan ook vergelijkbare experimenten in de Achterhoek en Amsterdam.'

Hiërarchie en multidisciplinaire teams

In Spanje speelt het gevoel voor hiërarchie nog een grote rol. Dat leidt ertoe dat er weliswaar multidisciplinair gewerkt wordt, maar op onderdelen anders dan bij ons. De verschillende professies zitten niet bij elkaar in 1 ruimte, maar de verpleegkundigen zitten bij elkaar, zo ook de artsen en sociaal-maatschappelijk werkers. 'Zo kunnen ze met elkaar enerzijds hun eigen professe goed ontwikkelen en anderzijds van daaruit de samenwerking vanuit 3 verschillende invalshoeken vormgeven.'

Samenhang met Nederland

De deelnemers van de reis bespraken onderling wat ze hadden gezien en legden de link met Nederland. Wat kunnen we hiervan leren? Hoe zet je de capaciteit die er is zo verstandig en goed



mogelijk in? Scheppink: 'Dan blijkt het heel lastig om de manier waarop dingen geordend zijn los te laten en de stap naar een nieuwe ordening te zetten. Daarbij staat het vak van huisarts – in de zin van patiënthouder, poortwachter, voorschrijver, et cetera – op geen enkele manier ter discussie voor de deelnemers aan de zorginnovatiereis. Daar is veel waardering voor. Dat is een mooie constatering, want je hebt vanuit de inhoud een goed verhaal. Het helpt om als beroepsgroep aan te geven wat er nodig is om het werk te kunnen doen. Daarnaast is het volgens mij belangrijk om te beseffen dat als je als huisartsenzorg vrijwillig kiest voor kernwaarden, deze keuze niet vrijblijvend is. Dan moet je ook bereid zijn om als huisarts zelf in lijn daarmee je werk te organiseren. Bijvoorbeeld door voor een langere periode je in een gebied te vestigen en het vak uit te oefenen.'

Ontmoeten en uitwisselen ervaringen

De zorginnovatiereis wordt elk jaar georganiseerd door Coincide. Doel is ondersteuning van de ontwikkeling van kwalitatief goede en betaalbare zorg in Nederland door ontmoetingen met bestuurders in het buitenland. Daarnaast gaat het ook om het uitwisselen van ideeën en ervaringen onderling.