

Hoe doen de burens het?

Organisatie ANW-zorg in Europa

Zes indicatoren voor patiëntveiligheid

Effectief multi-disciplinair rookstopprogramma



Het gras bij de burens

‘Ik wil NU de dokter spreken!’ Meneer Clemens neemt spoedeisend iets te letterlijk. Hij had al 2 keer naar de spoedlijn gebeld en gevraagd om een spoedvisite voor een corticosteroïdinjectie tegen zijn knieartrose, maar de triagewijzer en mijn volle spreekuur zaten hem niet mee. Daarom legde hij nu bij ons een ‘spoedvisite’ af om verhaal en een injectie te halen. Eenmaal bij onze balie was het niet alleen de knieartrose die opvlamde.

In deze H&W geeft Paul Giesen een beschouwing over wat we kunnen leren van ANW-zorg in het buitenland. Is het gras groener bij de burens? Dat valt tegen. In veel Europese landen staat de spoedzorg onder druk en zijn er problemen met de organisatie. Ook elders krijgt de eerste lijn een grotere rol toebedeeld, zoeken patiënten vaker hulp buiten kantooruren en is de ervaren werkdruk onder huisartsen hoog. Voor de hoge werkdruk tijdens de ANW-uren zocht het NHG met ketenpartners naar oplossingen, bijvoorbeeld door te bepalen wat écht spoed is in de nachtzorg. Daarnaast besteedt het NHG veel aandacht aan de verbetering van de TriageWijzer. Dat helpt, maar niet bij mensen zoals meneer Clemens, die ‘triage-eigenwijzer’ hun probleem meteen opgelost willen zien.

De hoge werkdruk beperkt zich overigens niet alleen tot de ANW-zorg. Dat blijkt uit een samenvattende infographic van het Nivel-rapport ‘De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021’, en uit het eind 2022 gehouden NHG-ledenonderzoek. Beide vindt u ook in dit nummer. Veel huisartsenpraktijken ervaren capaciteitsproblemen en verwachten dat tekorten in de toekomst verder zullen toenemen.

Om de hoge werkdruk te verminderen lijkt het mij zinvol dat wij verder inzetten op samenwerking in de regio. Dan moeten we

eveneens monitoren en onderzoeken welke oplossingen effectief zijn voor de verschillende knelpunten. Dat kunt u zelf ook: pak de factsheets uit het Nivelrapport er eens bij en maak een eigen analyse voor de beschreven knelpunten in uw regio. Kijk daarnaast eens naar andere regio’s: hoe doen zij het? Vindt u dat te omslachtig? Loop dan zoals meneer Clemens binnen bij de praktijken in uw buurt en vraag of u meteen de dokter kunt spreken. Alles voor een strak groen gazonnetje.

Gijs Baaten, hoofdredacteur



‘In veel Europese landen staat de spoedzorg onder druk en zijn er problemen met de organisatie’



Wetenschap

- 13 **Wat kunnen we leren van ANW-zorg in het buitenland?**
ANW-zorg levert in Nederland stof voor discussie, bijvoorbeeld over de grenzen van spoedzorg, werkdruk en nachtdiensten. Hoe regelen de burens de ANW-zorg eigenlijk?
- 16 **Patiëntveiligheid verbeteren met spiegelinformatie**
Er zijn er flinke verschillen tussen huisartsenpraktijken op verschillende indicatoren voor patiëntveiligheid. Dat is een bruikbare bron voor spiegelinformatie.
- 23 **Obesitas leidt tot knieartrose: tijd voor preventie!**
Gezien de maatschappelijke en medische gevolgen van knieartrose is het van belang om aandacht te schenken aan mogelijke preventie. Leefstijlinterventie ligt daarbij voor de hand.
- 26 **De meerwaarde van de CRP-test bij kinderen met appendicitis**
Appendicitis is bij kinderen moeilijk te herkennen. Bij een kind met acute buikpijn kan een CRP-test dan toegevoegde waarde hebben.

Praktijk

- 30 **Effectief rookstopprogramma in Almere**
Een stapsgewijze aanpak door een multidisciplinair team, met aandacht voor het verslavingsaspect en terugvalpreventie, lijkt een belangrijke succesfactor.
- 33 **Fatale sepsis als gevolg van een hondenbeet**
Vroege herkenning van sepsis is cruciaal, omdat snelle verwijzing en behandeling de mortaliteit en blijvende schade vermindert. Vraag expliciet naar recent diercontact.
- 35 **Uw diagnose 'Bultje op de buik'**
- 36 **Subcutane atrofie na triamcinolonacetonide-injecties**
Subcutane atrofie is een bijwerking na injecties met triamcinolonacetonide. Een goede injectietechniek kan deze bijwerking mogelijk voorkomen.
- 38 **Ecg-casus 'Op de bank slapen'**
- 42 **Wat is het beleid bij extra vingers of tenen?**
Kleine kwaal over polydactylie. Deze aandoening heeft veel verschillende vormen: van een stompvormig aanhangsel zonder bot tot een hele extra vinger of teen.
- 48 **Kennistoets 'Sepsis door dierenbeet'**



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Denk aan vitaminesuppletie na bariatrische chirurgie
- CRP-sneltest voorspelt niet eenduidig ernstige infecties bij kinderen
- Slapen op linkzijdig helpt tegen nachtelijke reflux
- Strikte bloeddrukregulatie bij hart- en vaatpatiënten verlaagt mortaliteit niet
- Ervaren huisarts interpreteert hartgeruis het best
- Suppletie van vitamine D vermindert fracturen niet

47 Infographic 'Knelpunten in de Nederlandse huisartsenzorg in 2021'

51 Nieuw onderzoek naar arbeidsparticipatie en kanker

Werkgerelateerde ondersteuning is belangrijk voor (ex-)kankerpatiënten, maar deze is vaak niet effectief.

52 Werkt oxybutynine tegen opvliegers?

In deze CAT keken de auteurs naar het effect van oxybutynine op opvliegers, nachtrust, kwaliteit van leven en bijwerkingen bij gezonde vrouwen.

54 Column 'Buiten is beter'

Winnaar van de columnwedstrijd over thema duurzaamheid.



H&W-podcast

- Over de artikelen met een podcastlogo is een podcast gemaakt. Beluister deze via een podcastapp of huisartspodcast.nl/henw.

NHG

55 Programma OPEN is gestopt. Succesvolle start online inzage

Koepelorganisaties nemen het stokje over van programma OPEN, nu huisartsen hun patiënten veilig online inzage kunnen geven in het medisch dossier.

56 Terugblik 2022 Thuisarts.nl

Infographic met onder andere de bezoekersaantallen, de meest bezochte onderwerpen en de highlights van Thuisarts.nl.

57 Ruim aanbod NHG E-learnings

Kennis bijspijkeren? Kies uit de ruim 60 NHG E-learnings die up-to-date zijn, betrouwbaar en onafhankelijk.

58 Nieuw meerjarenbeleidsplan NHG

Ruim 2000 NHG-leden deden mee aan de ledenraadpleging in december 2022. De resultaten zijn meegenomen in het NHG-meerjarenbeleidsplan dat bijna gereed is.



www.henw.org

- Samen beslissen hoeft niet meer tijd te kosten
- Valkuilen en miscommunicatie over labuitslagen
- Positieve rol huisarts bij colonoscopie na darmkankerscreening

Denk aan vitaminesuppletie na bariatrische chirurgie

Jacqueline van den Bos

Mogelijke langetermijncomplicaties na bariatrische chirurgie zijn deficiënties van met name ijzer, calcium, vitamine D, B1, B12 en eiwit. Multivitaminesupplementen zijn effectief in het voorkomen hiervan. Uit Nederlands tweedelijns onderzoek blijkt dat het veel patiënten echter niet lukt om levenslang multivitaminen te slikken. Goed om hier rekening mee te houden.

De auteurs stuurden vragenlijsten naar 15.424 patiënten uit 4 bariatrische centra in Nederland. Er werden 4614 patiënten geïncludeerd, voornamelijk vrouwen (79,8%), met een mediane leeftijd van 51 jaar. De patiënten hadden meestal een Roux-en-Y-gastric bypass (64%) of gastric sleeve operatie (32%) ondergaan. Uit het onderzoek bleek dat 710 patiënten (15,4%) de voorgeschreven multivitaminen na de operatie niet consequent gebruikten. Verder gaven 340 patiënten (7,4%) aan helemaal geen multivitaminen meer te gebruiken. Van hen was 53% > 1 jaar na de operatie gestopt.

De belangrijkste gerapporteerde redenen voor het niet of inconsequent gebruiken van de vitaminen waren: vergeten tabletten dagelijks in te nemen (68%), gastro-intestinale bijwerkingen (26%), vervelende smaak of geur van de tabletten (23%), de hoge kosten (14%) en het niet ervaren van symptomen van deficiënties (21%).

Ook was ruim een kwart van de patiënten ontevreden over de informatie die ze kregen. Ze hoorden te weinig over de voor- en nadelen en ze wisten niet hoe en wanneer ze de vitamines moesten innemen. De helft van de patiënten gaf aan dat hun arts op een controleafspraak niet vroeg naar het gebruik van de multivitaminen, waardoor hun motivatie voor gebruik afnam.

De belangrijkste beperking van dit onderzoek is de mogelijke selectiebias. Het



Foto: Shutterstock

al dan niet gebruiken van multivitaminen kan correleren met de bereidheid om deze vragenlijst in te vullen.

Samen met de bariatrisch chirurg kunnen huisartsen een rol spelen in het informeren en motiveren van deze groep patiënten om toch de vitamines te nemen en zo onnodige deficiënties te voorkomen. Daarnaast kunnen huisartsen alert zijn

op (klachten van) deficiënties bij patiënten die bariatrische chirurgie hebben ondergaan. ■

Smelt HJM, et al. Factors affecting patient adherence to multivitamin intake after bariatric surgery: a multicentre survey study from the patient's perspective. Obes Surg 2021;31:4316-26.

CRP-sneltest voorspelt niet eenduidig ernstige infecties bij kinderen

Lukas Koet

Een CRP-sneltest (point-of-care CRP) lijkt ernstige infecties bij kinderen onvoldoende te onderscheiden van niet-ernstige infecties. Dat bleek uit een Vlaams observationeel cohortonderzoek bij kinderen met symptomen van een infectie. Het onderzoek vond plaats in de eerste en tweede lijn. Kinderen met ernstige infecties hadden gemiddeld iets hogere CRP-waardes. Maar een laag CRP sloot een ernstige infectie niet uit.

Ernstige infecties zijn relatief zeldzaam op de kinderleeftijd. Ze worden echter geregeld niet herkend of onterecht als zodanig behandeld. Naar schatting

overlijden in Nederland nog jaarlijks 32 kinderen aan een behandelbare infectie. Onderzoekers hoopten met deze observationele cohortstudie meer duidelijkheid te krijgen over de vraag of een CRP-sneltest kan differentiëren tussen ernstige en niet-ernstige infecties bij kinderen. Hiervoor includeerden zij 8280 Vlaamse kinderen (mediaan 2,0 jaar; interkwartielafstand (IQR) 1,0-4,2) die zich met symptomen van een acute infectie (< 5 dagen) meldden bij een huisarts, kinderarts of spoedeisende hulp. Het betrof de periode 2013-2014. Van deze kinderen kwam 37% bij de huisarts. Er kregen 6552 kinderen een CRP-sneltest.

Slapen op linkerzij helpt tegen nachtelijke reflux

Marijke Kool

Bij nachtelijke refluxklachten werken maagzuurremmers minder goed dan bij refluxklachten overdag. Slapen op de linkerzij kan echter wel helpen om ernstige nachtelijke reflux te verminderen. Dat blijkt uit diverse onderzoeken, waaronder een promotieonderzoek bij het AMC.

Bij slapen op de linkerzij bevindt de maag zich onder de ingang van de slokdarm, waardoor de terugvloed van de maaginhoud mogelijk afneemt. In een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek gingen men na of slapen op de linkerzij ook leidt tot minder refluxklachten.

De onderzoekers rekruteerden patiënten via Google, wanneer zij zochten op zoektermen als 'hoe voorkom ik maagzuur 's nachts?' Zij includeerden patiënten die ten minste driemaal per week ernstige nachtelijke refluxklachten hadden.

Vervolgens bepaalden zij de zuurgraad en de slaappositie bij 57 patiënten die waren verwezen vanwege ernstige refluxklachten en een indicatie voor pH-metrie. Zij keken

naar de *Acid Exposure Time* (de tijd dat pH < 4 was als percentage van de tijd die de patiënt in een positie lag) en naar de *Acid Clearance Time* (de duur per episode dat de pH < 4 was).

Uit de metingen bleek dat er significant minder lang zure maaginhoud de slokdarm instroomde bij slapen op de linkerzij (mediaan 0,0%) dan bij slapen op de rug (mediaan 0,6%; $p = 0,022$) of op de rechterzij (mediaan 1,2%; $p = 0,022$). Wanneer er wel zure maaginhoud terugstroomde, verliet deze de slokdarm significant sneller bij slapen op de linkerzij (mediaan 35 seconden) dan bij slapen op de rug (mediaan 76 seconden; $p = 0,030$) of op de rechterzij (mediaan 90 seconden; $p = 0,002$).



Daarnaast bekeken de onderzoekers of het stimuleren van slapen op de linkerzij bij patiënten met ernstige refluxklachten leidde tot subjectieve vermindering van de klachten. Gedurende 5 weken plakten 100 deelnemers een klein elektronisch slaappositie-apparaat op hun borstkas. In de laatste 2 weken vond de gerandomiseerde interventie plaats.

In de interventiegroep ($n = 50$) trilde het apparaat elke 30 seconden wanneer de patiënt op de rechterzij lag. Bij de controlegroep gebeurde dat alleen de eerste 20 minuten van de nacht. Patiënten in de interventiegroep rapporteerden minder refluxklachten. Gemiddeld waren zij 9 van de 14 nachten (IQR 6-11) klachtenvrij, terwijl patiënten in de controlegroep gemiddeld 6 nachten (IQR 3-9; $p = 0,01$) klachtenvrij waren. De onderzoekers vonden geen verschil in de slaapkwaliteit. Deze onderzoeken suggereren dat slapen op de linkerzij met een apparaat kan helpen tegen nachtelijke refluxklachten. Kanttekingen hierbij zijn de betrekkelijk korte duur van het gebruik van het apparaat en de vraag of bij langduriger gebruik de therapietrouw en het effect voldoende zijn om aanschaf te rechtvaardigen. Het is mogelijk dat huisartsen dit apparaat in de toekomst als niet-medicamenteus beleid kunnen toepassen. ■



Een ernstige infectie werd gedefinieerd als een ziekenhuisopname (> 24 uur) binnen 5 dagen na de initiële presentatie. Kinderen zonder ernstige infectie hadden een mediane CRP-waarde van 10 mg/L (IQR < 5-27).

Van de kinderen had 5,3% een ernstige infectie, met name vanwege een pneumonie (mediane CRP 48 mg/L; IQR 13-113) en gastro-enteritis met dehydratie (mediane CRP 9,5 mg/L; IQR < 5-30). Kinderen die met een ernstige infectie bij de huisartsenpraktijk kwamen, hadden een mediaan CRP van 8,5 mg/L (IQR < 5-28,5).

In dit verkennende onderzoek lijkt het discriminerende vermogen van een CRP bij kinderen dus tegen te vallen. Overigens zijn de resultaten niet een-op-een toe te passen op de Nederlandse praktijk. In België kunnen patiënten zich direct tot de kinderarts of spoedeisende hulp wenden. In een eerdere publicatie schreven de onderzoekers dat een CRP-waarde van < 5 mg/L bij de huisarts een ernstige infectie uitsluit. Op basis van het huidige onderzoek gaat deze uitspraak wellicht toch niet helemaal op. Zo had ten minste een kwart van de kinderen die werd opgenomen met een gastro-enteritis een CRP-waarde < 5. ■

De Rop L, et al. Point-of-care C-reactive protein test results in acute infections in children in primary care: an observational study. BMC Pediatr 2022;22:633.

Schuitmaker JM. Left is right. The effect of sleep position on nocturnal gastroesophageal reflux. Amsterdam: AMC, 2022 [proefschrift].

Strikte bloeddrukregulatie verlaagt mortaliteit niet

Silvan Licher

Adequate bloeddrukregulatie bij mensen met hypertensie zonder hart- en vaatziekten verlaagt het risico op morbiditeit en mortaliteit aanzienlijk. Het lijkt daarom logisch dat een strakkere grens (< 135/85 mmHg) bij mensen met hart- en vaatziekten hun mortaliteitsrisico verder verlaagt ten opzichte van een hogere drempelwaarde. Dat is echter niet het geval, zo blijkt uit een recente cochrane review.

De auteurs van deze cochrane review (een update) gingen na of een lagere bloeddrukstreefwaarde beter is voor patiënten met hart- en vaatziekten. Zij selecteerden trials die de effecten van een strakkere bloeddrukregulatie (< 135/85 mmHg) bij hypertensieve hart- en vaatpatiënten bepaalden op (cardiovasculaire) uitkomsten ten opzichte van de gebruikelijke streefwaarden (< 140-160 systolisch en/of < 90-100 mmHg diastolisch).

Uit een totaal van 23.910 gevonden onderzoeken includeerden de auteurs 7 trials met in totaal 9595 deelnemers (57 tot 71 jaar oud). De gemiddelde follow-up besloeg 3,7 jaar (range 1 tot 4,7 jaar). Een lager streefdoel leidde tot een lagere bloeddruk in de interventiegroep (gemiddeld verschil systolisch -8,77 en diastolisch -4,50 mmHg). Hiervoor waren meer soorten bloeddrukverlagers nodig (gemiddeld 2,4 medicijnen per persoon ten opzichte van 1,9 in de controlegroep). Deze lagere bloeddruk vertaalde zich echter niet in een lagere totale mortaliteit (relatief risico (RR) 1,05; 95%-BI 0,91 tot 1,23) of cardiovasculaire mortaliteit (RR 1,03; 95%-BI 0,82 tot 1,29). De incidentie van cardiovasculaire events was niet-significant lager bij een strakkere bloeddrukregulatie (RR 0,89; 95%-BI 0,80 tot 1,00).

Intensiever behandelen leidde beduidend vaker tot uitval onder deelnemers door bijwerkingen (RR 8,16; 95%-BI 2,06 tot 32,28), maar de brede betrouwbaarheidsintervallen wijzen wel op enige onzekerheid bij de interpretatie van deze analyse.

Net als de vorige versie toont ook deze cochrane review aan dat een strakkere bloeddrukregulatie onder mensen met hypertensie en hart- en vaatziekten niet leidt tot een lagere (cardiovasculaire) mortaliteit. Daar staat tegenover dat deze intensieve strategie vraagt om meerdere soorten bloeddrukverlagers en mogelijk leidt tot meer bijwerkingen. Daarmee onderstreept dit onderzoek het belang van adequate bloeddrukregulatie in de gehele populatie, wellicht boven die van het intensief verder verlagen onder hoogrisicopatiënten. ■



Foto: Shutterstock

Saiz LC, et al. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2022;11:CD010315.

Ervaren huisarts interpreteert hartgeruis het best

Willian van Dijk

Hoe goed zijn huisartsen eigenlijk in het beoordelen van hartgeruis? Recent onderzoek geeft hierover uitsluitsel. De onderzoekers testten Noorse en Nederlandse huisartsen en vergeleken de uitkomsten van de test met die van cardiologen en medisch studenten. Huisartsen deden het niet slecht, zo bleek. Vooral ervaring in het beluisteren van hartgeruis was daarbij van belang. De praktische waarde van deze bevinding is echter beperkt.

Artsen verrichten in de praktijk vaak laagdrempelig hartauscultatie, maar het

beoordelen van hartgeruis is een lastig onderdeel van de diagnostiek naar hartafwijkingen. Om een indruk te krijgen van hoe goed artsen hierin zijn, legden onderzoekers de opnamen van 40 hartgeluiden (met 21 souffles) voor aan 8 medisch studenten, 9 cardiologen en 17 huisartsen. Als referentie gebruikten zij het auscultatieoordeel van een vierkoppig expertpanel.

De cardiologen deden het gemiddeld het best (84% juist), gevolgd door de huisartsen (81%) en de studenten (79%). Het geven van de juiste antwoorden was positief gecorreleerd met

Suppletie van vitamine D vermindert fractures niet

Mariëlle van Avendonk

Fracturen gaan gepaard gaan met hoge mortaliteit, hoge morbiditeit en hoge kosten. Daarom wordt vitamine D-suppletie breed aanbevolen om botbreuken te voorkomen. Uit een Amerikaanse RCT blijkt echter dat vitamine D-suppletie bij gezonde 50-plussers het aantal fractures niet vermindert. Evaluatie van het suppletieadvies van de Gezondheidsraad lijkt op zijn plaats.

Vitamine D-suppletie wordt in de algemene bevolking breed aanbevolen, maar of dit daadwerkelijk fractures voorkomt is onzeker.

In de onderzoekspopulatie (n = 25.871) van een Amerikaanse RCT bekeek men het effect van vitamine D op cardiovasculaire events en kanker. De onderzoekers gingen ook het optreden van fractures na. De deelnemers waren mannen ≥ 50 jaar en vrouwen ≥ 55 jaar, zonder voorgeschiedenis van kanker of cardiovasculaire events. De onderzoekers vergeleken vitamine D-suppletie



Foto: Shutterstock

(2000 IU per dag) met een placebo. De 2 groepen hadden vergelijkbare kenmerken (51% vrouw; 71% blank; gemiddelde leeftijd 67 jaar; gemiddeld BMI 28,1). Tijdens de follow-up van mediaan 5,3 jaar kreeg 7,7% een fractuur. Er bleek geen verschil tussen de groepen in het totaal aantal fractures (hazard ratio (HR) 0,98; 95%-BI 0,89 tot 1,08), aantal niet-wervelfractures (HR 0,97; 95%-BI 0,87 tot 1,07) en heupfractures (HR 1,01;

95%-BI 0,70 tot 1,47). Leeftijd, geslacht, etniciteit, BMI en serumconcentratie 25-hydroxyvitamine D hadden hierop geen invloed.

Het onderzoek heeft beperkingen. Slechts 1 vitamine D-dosis werd onderzocht. Daarnaast bevatte de onderzoekspopulatie weinig mensen met vitamine D-deficiëntie, waardoor de effecten voor deze groep niet te bepalen waren.

De Gezondheidsraad is van mening dat de onderbouwing voor vitamine D-suppletie voldoende is voor ouderen vanaf 70 jaar. Suppletie voor vrouwen van 50 tot 70 jaar is 'voor de zekerheid'. Hierop zijn de adviezen voor vitamine D-suppletie gebaseerd. Dit onderzoek verzwakt de onderbouwing voor suppletie bij relatief gezonde 50-plussers met een laag fractuurrisico en een goede botgezondheid. Goed als de Gezondheidsraad haar adviezen nog eens kritisch tegen het licht houdt. ■

LeBoff MS, et al. Supplemental vitamin D and incident fractures in midlife and older adults. N Engl J Med 2022;387:299-309. Gezondheidsraad. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/15.

ervaring (> 5 jaar arts; oddsratio (OR) 2,4; 95%-BI 1,6 tot 3,6) en luidheid van de soufflé (OR 2,2; 95%-BI 1,6 tot 3,0). Cardiologen waren beter dan studenten (OR 2,5; 95%-BI 1,5 tot 4,4), maar huisartsen en studenten verschilden niet van elkaar (OR 1,2; 95%-BI 0,8 tot 1,9). In dit onderzoek werden opnames

van hartgeluiden beoordeeld, wat niet representatief is voor werkelijk ausculteren. En juist dat is lastig, vooral bij obese patiënten. De onderzoekers concluderen dat artsen redelijk goed zijn in het beoordelen van hartgeluiden en dat 'ervaring met de jaren komt', maar het is de vraag wat we aan deze conclusie hebben. Uit ander onderzoek blijkt namelijk dat de voorspellende waarde van hartgeruis in de diagnostiek van hartafwijkingen in de eerste lijn beperkt is (zie de gerelateerde content bij dit bericht op henw.org). Bovendien betrekken we in de praktijk ook andere klinische bevindingen en de context in onze diagnose. ■

Andersen S, et al. Interrater and intrarater agreement on heart murmurs. Scand J Prim Health Care 2022;40:491-7.

'13% van de Nederlandse kinderen van 0 tot 8 jaar heeft een gestoorde slaap, die bij ruim een derde langer dan een jaar aanhoudt.'

Bron: Fang Y, et al. Longitudinal associations between parent, child, family factors and dys-somnias in children from birth to 8 years: The CIKEO study. J Affect Disord 2023;323:496-505.



Foto: Shutterstock

een aios-lid Raad van Advies

Geniet jij elke maand van het lezen en beluisteren van H&W-artikelen? En heb je ideeën over hoe de verschillende uitgaven van H&W nog beter kunnen? Solliciteer dan naar de functie van aios-lid.

We zoeken een aios:

- met affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren en communicatie via moderne media
- met enthousiasme voor de verschillende kanalen van H&W
- met zicht op wat de lezer en luisteraar wil, met name de aios
- met goede contactuele eigenschappen

Je werkzaamheden bestaan uit:

- het samen met de raad adviseren van de hoofdredacteur en redactiecommissie over het inhoudelijke beleid van H&W
- het samen met de raad adviseren van het NHG-bestuur over belangrijke beleidsbesluiten van en over de redactie
- het inbrengen van wensen en ideeën als aios-lid en meebepalen hoe de toekomst van H&W eruit ziet
- het 2 x per jaar bijwonen van de raadsvergadering in Utrecht

Over de Raad van Advies van H&W

De raad vormt een afspiegeling van de doelgroepen van H&W en bestaat uit huisartsen (in opleiding), onderzoekers, specialisten en deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg en wetenschapsjournalistiek. Leden van de Raad van Advies ontvangen een vacatievergoeding.

Wegens het eindigen van de zittingstermijn van 1 van de leden, is de Raad van Advies per direct op zoek naar een **aios huisarts-geneeskunde** als raadslid. Leden van de Raad van Advies hebben een zittingstermijn van maximaal 2 x 3 jaar, die ingaat na officiële benoeming door de Algemene Ledenvergadering. De zittingstermijn van een aios-lid verloopt als de aios officieel huisarts is.

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, de voorzitter/lid van de NHG-Verenigingsraad en de voorzitter/lid van de Raad van Advies van H&W. De benoeming geschiedt op 20 juni 2023 door de Algemene Ledenvergadering, op voordracht van de Raad van Bestuur van het NHG.

Enthousiast geworden? Solliciteer!

Mail voor 28 april 2023 je motivatiebrief voorzien van een curriculum vitae naar redactie@nhg.org. De sollicitatiegesprekken voor aios-lid vinden plaats op 16 en 17 mei 2023.

Meer weten? Stuur een mail naar hoofdredacteur dr. Gijs Baaten: g.baaten@nhg.org.

een redactielid-epidemioloog

Werk jij graag mee aan de inhoud van H&W, dé wetenschappelijke titel voor huisartsen? Solliciteer dan op onze vacature.

We zoeken een gepromoveerde epidemioloog/onderzoeker:

- met een aantal jaren werkervaring, bij voorkeur in de eerste lijn
- met een relevant netwerk
- die analytisch en kritisch is, en proactief werkt
- met ervaring met publiceren van wetenschappelijke literatuur
- die auteurs goed weet te begeleiden en te motiveren
- met een hart voor kwalitatief goede eerstelijnszorg

Je werkzaamheden bestaan uit:

- het lezen en beoordelen van kopij, het werven en begeleiden van auteurs, het schrijven van nieuwsberichten en recensies en het leveren van ideeën over de inhoud van H&W
- het adviseren over en ondersteuning bieden bij onderzoeksmethoden en overige epidemiologische onderzoeksaspecten
- het begeleiden van aiossen bij het publiceren van een CAT
- het 2 x per maand deelnemen aan de redactievergadering, waarvan 1 x fysiek in Utrecht en 1 x digitaal

Je bent gemiddeld 5 à 6 uur per week met deze taken bezig, grotendeels zelfstandig.

Je krijgt:

- een overeenkomst als redactielid in de redactiecommissie (maximaal 5 jaar); beoogde startdatum 1 juli 2023
- een marktconforme vergoeding
- enthousiaste professionals met veel vakinhoudelijke kennis om mee samen te werken
- de mogelijkheid om je werk flexibel af te stemmen met je andere werkzaamheden

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een lid van de redactiecommissie en de voorzitter van de Raad van Advies van H&W. De benoeming geschiedt op 20 juni 2023 door de Algemene Ledenvergadering van het NHG.

Enthousiast geworden? Solliciteer!

Mail voor 28 april 2023 je motivatiebrief voorzien van een curriculum vitae naar redactie@nhg.org. De sollicitatiegesprekken voor redactielid-epidemioloog vinden plaats op 8 en 10 mei 2023.

Meer weten? Stuur een mail naar hoofdredacteur dr. Gijs Baaten: g.baaten@nhg.org.



H&W vertaalt actuele huisartsgeneeskundige wetenschap naar de dagelijkse praktijk in korte en prettig leesbare artikelen. H&W publiceert doorlopend en crossmediaal middels een website (henw.org), wekelijkse digitale nieuwsbrief, maandelijkse podcasts en een maandelijkse printeditie. De professionele bureauredactie bestaat uit 8 vaste medewerkers en vele freelancers. Daarnaast is er een redactiecommissie van voornamelijk (gepromoveerde) huisartsen, die de inhoud bepaalt.

Wat kunnen we leren van ANW-zorg in het buitenland?

Paul Giesen, Marleen Smits, Luca Steeman, Maike Uijen, Elise Veeneman

ANW-zorg levert in Nederland stof tot discussie over bijvoorbeeld de grenzen van spoedzorg, werkdruk, nachtdiensten, waarneemtarieven en de positie van praktijkhouders en waarnemers. Ook over de ketensamenwerking tussen HAP, SEH en ambulancezorg is discussie: wat zijn ieders taken en hoe kan het schaarse personeel optimaal worden ingezet? Het kan geen kwaad om eens buiten de eigen grenzen te kijken en onszelf een ‘Europese spiegel’ voor te houden: hoe staat de ANW-zorg in andere Europese landen ervoor?

Een sterk ontwikkelde 7 × 24-uurs huisartsenzorg biedt de beste garanties dat de zorg doelmatig, veilig en kosteneffectief is.¹⁻⁴ Goed bereikbare en beschikbare 7 × 24-uurs huisartsenzorg en goede continuïteit van zorg hangen samen met minder bezoeken aan de SEH, minder kosten en kortere wachttijden.⁵⁻⁹ Dat is de ideale situatie, maar hoe ziet de werkelijkheid eruit?

In veel Europese landen staat de ANW-zorg onder druk en zijn er problemen met de organisatie. Patiënten zijn sneller dan vroeger geneigd hulp te zoeken buiten kantooruren, ook voor complexe hulpvragen,¹⁰ en bij huisartsen zijn ANW-diensten weinig populair vanwege de hoge frequentie, de gebrekkige organisatie, het personeelstekort en de beperkte financiële middelen.¹¹⁻¹⁴ Deze problemen en belemmeringen spelen ook in Nederland.¹⁵⁻¹⁸ Wij denken dat de Europese landen van elkaar kunnen leren door over de eigen grenzen te kijken, kennis uit te wisselen en in de ‘Europese spiegel’ te kijken.

ORGANISATIE VAN DE ANW-ZORG

Er zijn binnen Europa grote verschillen in de organisatie van de eerstelijns ANW-zorg. In sommige landen doen huisartsen ANW-diensten voor hun eigen praktijkpopulatie of in kleinschalige waarneemgroepen, in andere landen worden die diensten verleend door grootschalige organisaties zoals huisartsenposten of SEH-afdelingen. In 2007 onderscheidde we bij een



Alle Europese landen hebben op het gebied van ANW-huisartsenzorg grotendeels dezelfde problemen en dezelfde behoefte aan verandering.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Er bestaan in Europa grofweg 7 organisatievormen voor eerstelijns ANW-zorg.
- Soms bestaan er meerdere organisatievormen naast elkaar, soms ook mengvormen.
- Er is een Europese tendens naar het opschalen van ANW-zorg tot huisartsenposten.
- Een andere tendens is een sterkere rol voor de eerste lijn en een kleinere rol voor de SEH.
- In veel Europese landen zijn de toekomstwensen vergelijkbaar met die in Nederland ten tijde van de eerste huisartsenposten.

inventariserend onderzoek in 25 Europese landen grofweg 9 organisatievormen, waarvan de waarneemgroep het meest voorkwam maar met een tendens naar grootschaligere huisartsenposten.¹⁹ Een herhaling van dit onderzoek in 2018 en 2020 bevestigde deze tendens: we vonden grofweg 7 organisatievormen, ditmaal met de HAP als meest voorkomende model. Daarbij zagen we een tendens in de richting van een sterke eerste lijn en minder focus op de SEH (zie [infographic]).²⁰⁻²¹ In beide onderzoeken vonden we niet alleen verschillen tussen landen, maar soms ook opvallende regionale verschillen binnen een land. In Slovenië en Engeland bijvoorbeeld bestaan meerdere organisatievormen naast elkaar, zonder dat een ervan duidelijk dominant is. Al deze organisatieverschillen zijn te verklaren door bijvoorbeeld bevolkingsdichtheid en

geografische afstand tot gezondheidszorginstellingen. Maar ze lijken ook te maken hebben met andere factoren, zoals cultuur en traditie, (commerciële) belangen, de organisatiegraad van huisartsen en de (niet altijd duidelijke) rol van huisartsen in de spoedzorg.¹⁹⁻²¹

TRENDS EN TOEKOMSTPLANNEN

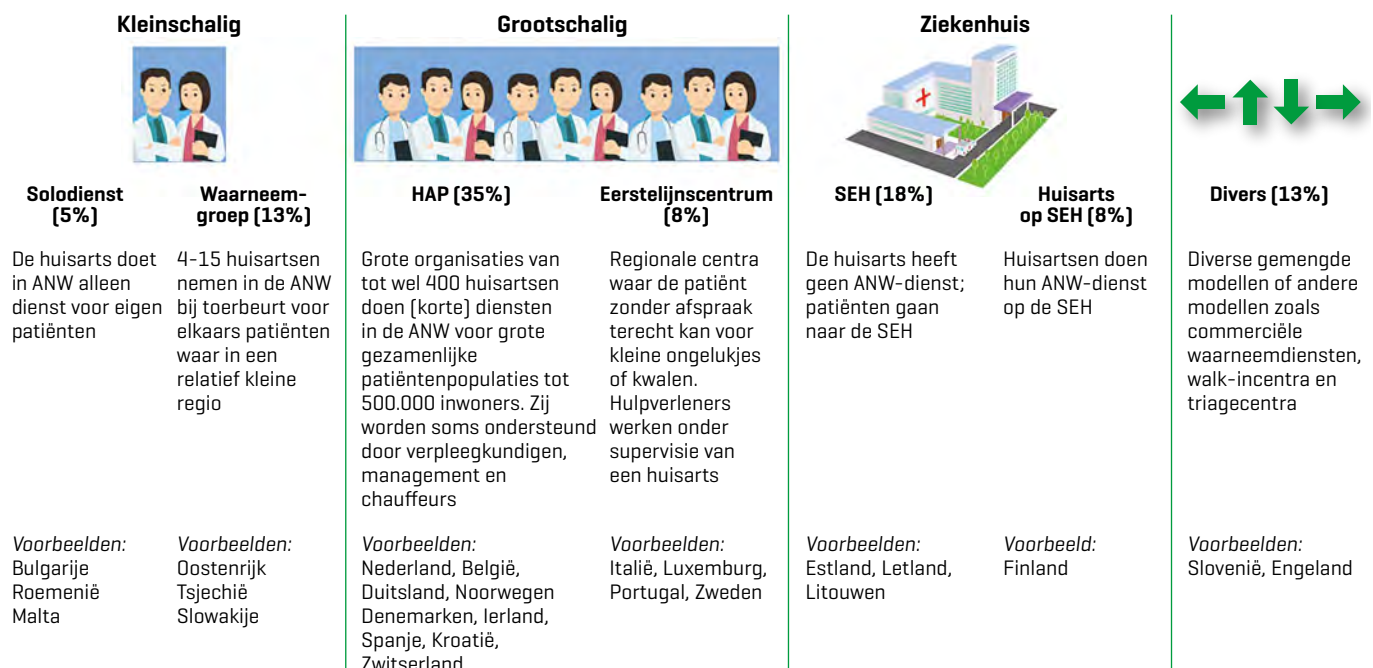
In de afgelopen jaren hebben veel landen hun ANW-zorg aangepast of daar in elk geval plannen voor gemaakt.²¹ Gemeenschappelijke trends in die ontwikkeling zijn:

- centralisatie en schaalvergroting in de richting van het HAP-model;
- eenduidigere landelijke organisatie (minder organisatievormen per land);
- geïntegreerde HAP-SEH-spoedposten;
- meer financiële en personele ondersteuning en taakdelegatie;
- telefonische triagesystemen en training van triagisten;
- uniforme landelijke richtlijnen, scholing;
- sterkere positie van de huisarts in de spoedzorg;
- meer diagnostische mogelijkheden voor de huisarts (bloedonderzoek, röntgen, ecg);
- elektronische patiëntregistratiesystemen (EPD's).

Dezelfde trends zagen we ook in Nederland, tijdens de opbouw van de huisartsenposten.¹¹ Er was in andere Europese landen veel belangstelling voor de eerste Nederlandse posten. Dat leidde in 2009 tot de oprichting van EurOOHnet, een deels informeel en nog steeds groeiend netwerk van huisart-

Infographic

Modellen van ANW-huisartsenzorg in Europa



KADER: DEENSE HUISARTSENPOSTEN

Denemarken en Nederland zijn vergelijkbaar als het gaat om de poortwachtersrol voor de huisarts. De Deense huisartsenposten ontstonden rond 1990 en kenden in de aanloop ernaartoe dezelfde problemen als Nederland en andere Europese landen. We noemen enkele opvallende verschillen met Nederlandse HAPs. Deense huisartsenposten zijn grootschaliger, er zijn regio's met meer dan 1 miljoen inwoners die 2 call-centers en 11 huisartsenposten hebben. Deze HAPs worden door de huisartsen zelf georganiseerd en geleid. Meestal doet de dienstdoende huisarts de telefonische triage zonder triagesysteem. De diensten zijn druk: de contactfrequentie is 500-1000 per jaar [in Nederland 250-1000 per jaar]. In beide landen krijgen de posten relatief veel niet-urgente klachten: in Denemarken wordt ongeveer 60% van alle contacten telefonisch afgehandeld, in Nederland 40%. De Deense huisartsen krijgen per contact betaald, terwijl Nederlandse huisartsen voor ANW-diensten een landelijk vastgesteld uurtarief krijgen.

Onder de Deense huisartsen heerst onvrede over de hoge werkdruk, de impact van nachtdiensten op de praktijk overdag en het lastig kunnen verkopen van de diensten. In sommige Deense regio's zijn momenteel reorganisaties gaande door bijvoorbeeld vooral 's nachts meer paramedici in te zetten of de triage te laten uitvoeren door een verpleegkundige met medisch specialisten als telefoonarts.^{19,25,26,29}

sen en onderzoekers dat ijvert voor kwaliteitsverbetering van de eerstelijns ANW-zorg.²²⁻²³ De EurOOHnet-deelnemers komen jaarlijks bijeen in telkens een ander gastland en presenteren daar de resultaten van onderzoek, ontwikkelingen in andere landen en vergelijkingen tussen landen.²⁴⁻²⁸ Het gastland (er zijn er inmiddels meer dan 10 bezocht) organiseert praktijkbezoeken en laat de sterke en zwakke kanten van het eigen ANW-systeem zien.

De EurOOHnet-bijeenkomsten laten naast een grote diversiteit aan organisatiemodellen ook een groot verschil tussen droom en werkelijkheid zien. De droom is goede en eenduidig georganiseerde ANW-zorg, gebouwd op de volgende pijlers: goed opgeleide triagisten, landelijke richtlijnen, een landelijk EPD, beschikbaarheid van aanvullende diagnostiek en nauwe samenwerking met ambulancezorg en SEH. Wat ook opvalt, is dat er tussen landen met redelijk vergelijkbare culturen zoals Nederland, België en Denemarken, toch nog aanzienlijke verschillen bestaan [kaders].

EUROPESE SPIEGEL

Alle Europese landen hebben op het gebied van ANW-huisartsenzorg grotendeels dezelfde problemen en dezelfde behoefte aan verandering. Ze spiegelen zich aan elkaar en

KADER: VLAAMSE WACHTPOSTEN

De eerstelijns ANW-zorg in Vlaanderen wordt verzorgd door Wachtposten die zijn geïnspireerd door de Nederlandse huisartsenposten. Op dit moment zijn er daarvan ongeveer 40 en hun aantal groeit. Anders dan in Nederland variëren de openingstijden. Sommige Wachtposten zijn alleen geopend in de avonden of op weekend- en feestdagen; op andere momenten kunnen patiënten buiten kantooruren terecht bij hun eigen huisarts, een waarnemend huisarts of de SEH.

Omdat Vlaamse huisartsen geen poortwachtersrol hebben, is er een grote toeloop van zelfverwijzers naar de SEH's [in Nederland worden de meeste zelfverwijzers opgevangen op de huisartsenposten]. De Wachtposten kennen geen telefonische triage met zelfzorgadvies door triagisten; alle patiënten moeten wettelijk door de huisarts face-to-face worden gezien. Terwijl voor de Nederlandse huisartsen een landelijk ANW-uurtarief geldt, worden de Vlaamse huisartsen per contact betaald. Opvallend is verder de lage organisatiegraad en het ontbreken van landelijk geaccepteerde eenduidige afspraken.^{27,28,30}

inspireren elkaar door vergelijkend onderzoek te doen en elkaar te bezoeken. Als we in deze 'Europese spiegel' kijken, zien we dat Nederland met zijn huisartsenposten en de rol van de huisarts in de spoedzorg een sterk ontwikkeld ANW-model heeft dat andere landen inspireert. Maar ook wij moeten onze ANW-zorg blijven innoveren, lering trekkend uit de praktijk in andere Europese landen. ■

LITERATUUR

1. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit* 2012;26 Suppl 1:20-6.
2. Faber MJ, Burgers JS, Westert GP. A sustainable primary care system: lessons from the Netherlands. *J Ambul Care Manage* 2012;35:174-81.
3. Schäfer W, Boerma WG, Van den Berg MJ, De Maeseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, et al. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e104.

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

Giesen P, Smits M, Steeman L, Uijen M, Veeneman E. Wat kunnen we leren van ANW-zorg in het buitenland? *Huisarts Wet* 2023;66(4):13-5. DOI:10.1007/s12445-023-2221-z. Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences [IQ healthcare], Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts np en senior onderzoeker: paul.giesen@radboudumc.nl; dr. M. Smits, senior onderzoeker en projectleider spoedzorgonderzoek; L. Steeman, M. Uijen, E. Veeneman, wetenschappelijke stagiaires geneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

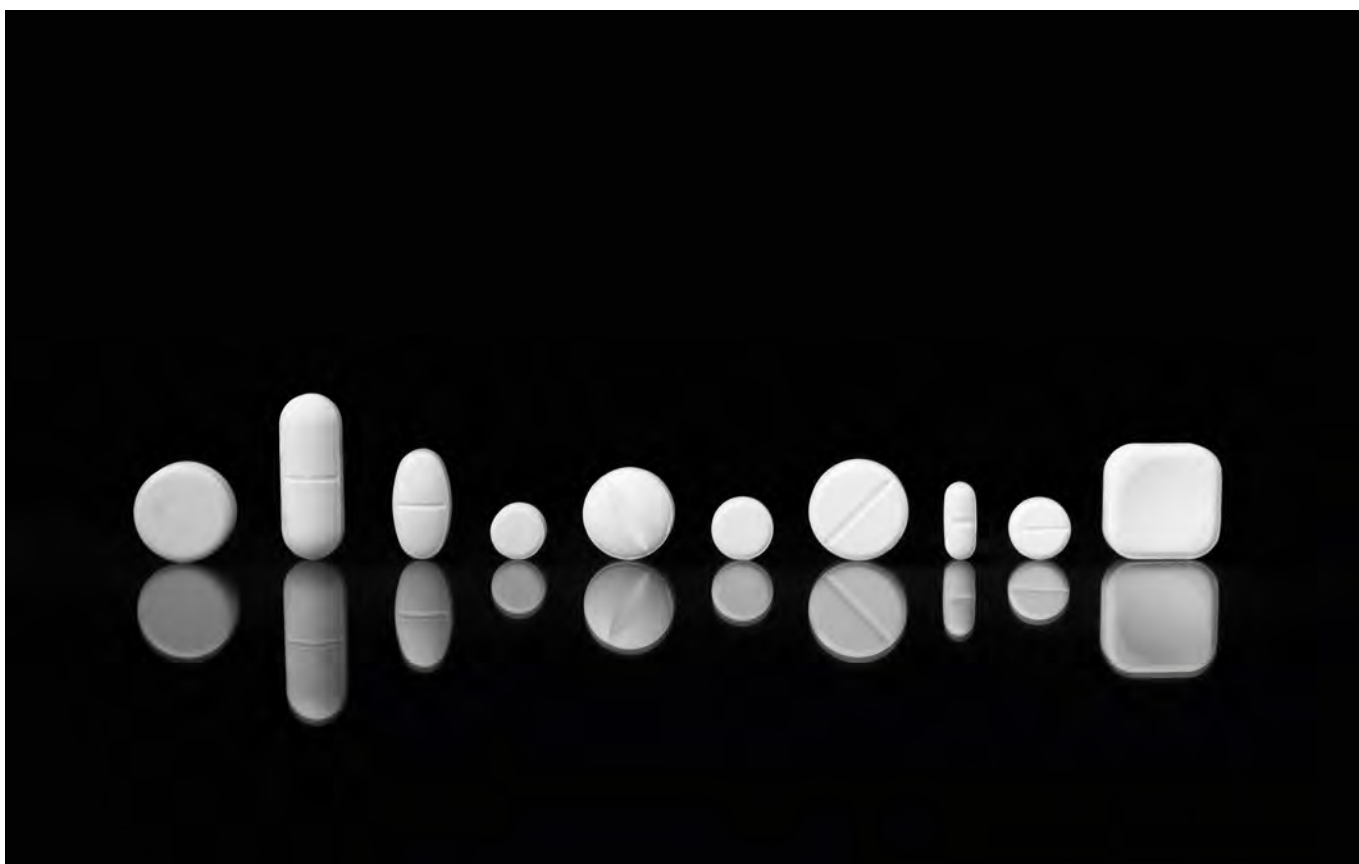
Patiëntveiligheid verbeteren met spiegelinformatie

Cathrien Kager, Willemijn Schäfer, Karin Hek, Marianne Heins, Cordula Wagner, Joke Korevaar

Op het gebied van patiëntveiligheid zijn er flinke verschillen tussen huisartsenpraktijken. Dit onderzoek signaleert een aantal verbeterpunten: 1) consequentere controle op nierschade bij ouderen, meer aandacht voor het gebruik van 2) NSAID's en 3) salicylaten door patiënten met een verminderde creatinineklaring en patiënten met 4) hartfalen, 5) chronisch gebruik van maagzuurremmers tegengaan en 6) voorzichtig zijn met het voorschrijven van benzodiazepinen aan ouderen.

Spiegelinformatie wordt gebruikt om discussie en reflectie op het eigen handelen te faciliteren, en zo de kwaliteit en veiligheid te verbeteren.^{1,2} Voor de huisartsenzorg ontwikkelde het NHG diverse sets van indicatoren, die onder andere betrekking hebben op het medisch hande-

len bij specifieke diagnoses, rationeel voorschrijven en de veiligheid. Veiligheid is zowel voor patiënten als voor huisartsen een belangrijk onderwerp, waarop vaak concrete verbeteringen mogelijk zijn. Brits onderzoek toonde aan dat 5% van de patiënten in de huisartsenpraktijk mogelijk



Zes goed beschikbare indicatoren over medicatieveiligheid zijn een bruikbare bron voor spiegelinformatie.

Foto: Shutterstock

onverantwoorde medicatievoorschriften krijgt.³ Ook een Nederlands onderzoek constateerde dat een groot deel van de vermijdbare ziekenhuisopnames geneesmiddelgerelateerd was.⁴ Naar aanleiding van dit onderzoek brachten de opstellers van het *Eindrapport vervolgonderzoek medicatieveiligheid* een groot aantal indicatoren over veilig voorschrijven in kaart en gaven aan op welke daarvan verbetering mogelijk was.⁵ De betreffende veiligheidsindicatoren overlappen met de prescriptie-indicatoren van het NHG, bijvoorbeeld het meten van de nierfunctie binnen 3 maanden na de start van digoxine of sotalol.⁶ Volgens de rapporteurs hadden naar schatting 21 indicatoren een groot verbeteringspotentieel. Dit waren voornamelijk indicatoren voor de medicatieveiligheid bij bloeddrukverlagende middelen (diuretica en RAS-remmers), psychofarmaca (benzodiazepinen en antidepressiva) en corticosteroiden.

Ons onderzoek had tot doel om op basis van routinezorgdata het verbeterpotentieel voor patiëntveiligheidsindicatoren in huisartsenpraktijken in kaart te brengen, met als hoofdvraag: wat zijn de uitkomsten van Nederlandse huisartsenpraktijken op een selectie van veiligheidsindicatoren?

METHODE

Opzet en deelnemers

Voor dit observationele onderzoek gebruikten we gegevens uit elektronische patiëntendossiers, verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. De gegevens hebben betrekking op 346 huisartsenpraktijken met 1.060.618 ingeschreven patiënten in 2019 en zijn uitgebreid gecontroleerd op correctheid en volledigheid. De patiënten vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking met betrekking tot leeftijd en geslacht.⁷ Het aantal patiënten, praktijken en geanalyseerde jaren verschilt per indicator.

Het onderzoek voldoet aan de *governance code* van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en is goedgekeurd onder nummer NZR-00321.020. Het onderzoek voldoet ook aan de voorwaarden genoemd in artikel 24 van de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (UAVG) voor het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers zonder dat aan iedere patiënt toestemming is gevraagd of toetsing door een medisch-ethische commissie heeft plaatsgevonden.

Veiligheidsindicatoren

We hebben een overzicht gemaakt van de beschikbare indicatorensets van het NHG en deze besproken aan de hand van de volgende inclusiecriteria:

- de indicator heeft betrekking op het onderwerp veiligheid;
- de indicator is mogelijk bruikbaar voor de dagelijkse praktijk;
- de benodigde gegevens zijn te extraheren uit de database van Nivel Zorgregistraties.

Na deze eerste ronde legden wij een lijst van 17 indicatoren voor aan 3 praktiserend huisartsen, tevens huisarts-onderzoeker, om te beoordelen op inhoud en relevantie voor de prak-

tijk. Op basis van hun feedback selecteerden we de 6 meest relevante en haalbare indicatoren met een breed spectrum binnen de huisartsgeneeskundige zorg. Van deze 6 komen er 5 uit de NHG-indicatorensets Prescriptie en Hartfalen.^{6,8} Daaraan voegden we een zesde indicator toe over benzodiazepinegebruik, omdat benzodiazepinen samenhangen met vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames en in de huisartsenpraktijk veel worden voorgeschreven, met name aan ouderen. Deze indicator hebben we ontleend aan een Brits Delphi-onderzoek.⁹⁻¹¹

Voor elke indicator berekenden we per huisartsenpraktijk welk percentage patiënten aan de indicator voldeed, wat de uiterste waarden waren voor de teller en de noemer, het gemiddelde van de noemer en in welk percentiel de uitkomst viel.

RESULTATEN

De [tabel] geeft een gedetailleerde beschrijving van de 6 geselecteerde indicatoren met hun berekening en verantwoording. De [figuur] laat de percentielverdeling zien van indicator 1 (creatinineklaring bij patiënten ≥ 65 jaar)

Creatinineklaring bij patiënten ≥ 65 jaar

De [figuur] toont het percentage patiënten ≥ 65 jaar bij wie tussen 2015 en 2019 minstens eenmaal de creatinineklaring werd bepaald (indicator 1). De gegevens betroffen 196 praktijken met in totaal 135.214 patiënten ≥ 65 jaar (gemiddeld 690; mediaan 547; uitersten 104-3395). Bij 114.397 patiënten (84,6%) had de huisarts de creatinineklaring bepaald. In de praktijk met de laagste score was dat gedaan bij 66,1% van de patiënten en in de praktijk met de hoogste score bij 94,2% (gemiddeld 84,4%; mediaan 84,4%).

NSAID of hooggedoseerd salicylaat bij creatinineklaring < 60 en < 30 ml/min

Per praktijk berekenden we welk percentage van de patiënten een NSAID of hooggedoseerd salicylaat kreeg voorgeschreven bij een creatinineklaring < 60 ml/min (indicator 2) of < 30 ml/min (indicator 3). Hierbij gingen we uit van de klaringswaarden in de eerste helft van 2019 en het medicatiegebruik in de tweede helft van 2019.

De 329 praktijken hadden gemiddeld 95 patiënten met een klaringswaarde < 60 ml/min (mediaan 80; uitersten 7-597). Het percentage met een onwenselijk medicatievoorschrift varieerde van 0 tot 21,8% (gemiddeld 6,8%; mediaan 6,3%). Voor patiënten met klaringswaarden ≤ 30 ml/min lag het percentage met een onwenselijk medicatievoorschrift lager, wat wel te verwachten was. In 294 praktijken (89%) kreeg geen van deze patiënten een NSAID of hooggedoseerd salicylaat voorgeschreven, in de resterende praktijken waren dit 1-3 patiënten.

NSAID bij hartfalen

Het percentage patiënten met gediagnosticeerd hartfalen in de 346 praktijken dat minstens eenmaal een NSAID-voorschrift

Tabel Geselecteerde indicatoren, berekening en verantwoording

Baseline gegevens	Details berekening	Verantwoording (Bron: NHG)
1. % patiënten \geq 65 jaar van wie een creatinineklaring is vastgelegd (gemeten of berekend; MDRD of Cockcroft) in de afgelopen 5 jaar [Figuur]	<p>Teller (A): Patiënten \geq 65 jaar met creatinineklaring in de afgelopen 5 jaar</p> <p>Noemer (B): Patiënten \geq 65 jaar</p> <p>Berekening: $A/B \times 100\%$</p> <p>Overige specificaties: Voor deze indicator hebben we alleen patiënten en praktijken meegenomen met gegevens van minimaal 5 jaar</p>	Een verminderde nierfunctie is een belangrijke risicofactor voor vermijdbare ziekenhuisopnames als gevolg van medicatiegebruik. De nierfunctie neemt vanaf het 40 ^e levensjaar geleidelijk af.
2. % patiënten met een creatinineklaring $<$ 60 ml/min die een NSAID of (hooggedoseerd) salicylaat kregen voorgeschreven het afgelopen jaar	<p>Teller (A): Patiënten met een creatinineklaring $<$ 60 ml/min die het afgelopen jaar een NSAID of (hooggedoseerd) salicylaat kregen voorgeschreven</p> <p>Noemer (B): Patiënten met een creatinineklaring $<$ 60 ml/min</p> <p>Berekening: $A/B \times 100\%$</p> <p>Overige specificaties: We hebben ook mensen met een albumine-creatinineratio (ACR) $>$ 30 meegenomen als hoogrisicogroep</p>	Om het ontstaan van additionele nierschade bij patiënten met een verminderde klaring te voorkomen, wordt aangeraden het gebruik van nefrotoxische medicatie, zoals NSAID's, te voorkomen.
3. % patiënten met een creatinineklaring $<$ 30 ml/min die een NSAID of (hooggedoseerd) salicylaat kregen voorgeschreven in het afgelopen jaar	<p>Teller (A): Patiënten met een creatinineklaring $<$ 30 ml/min die het afgelopen jaar een NSAID of (hooggedoseerd) salicylaat kregen voorgeschreven</p> <p>Noemer (B): Patiënten met een creatinineklaring $<$ 30 ml/min</p> <p>Berekening: $A/B \times 100\%$</p> <p>Overige specificaties: Bij deze striktere berekening hebben we de ACR niet meegenomen</p>	Bij een creatinineklaring $<$ 30 ml/min kunnen NSAID's leiden tot acute nierschade.
4. % patiënten met hartfalen en gebruik van NSAID's in het afgelopen jaar	<p>Teller (A): Patiënten met hartfalen (ICPC K77 op 1-1-2019) en gebruik van NSAID's in het afgelopen jaar</p> <p>Noemer (B): Patiënten met hartfalen (op 1-1-2019)</p> <p>Berekening: $A/B \times 100\%$</p>	Het gebruik van NSAID's wordt ontraden bij patiënten met hartfalen. NSAID's kunnen de werking van diuretica en ACE-remmers verminderen. NSAID's kunnen ongewenste interacties geven met de geneesmiddelen die bij hartfalen worden toegepast.
5. % patiënten met chronisch gebruik van zuurremmende middelen bij alle ingeschreven patiënten aan het einde van de rapportageperiode	<p>Teller (A): Patiënten met chronisch gebruik van zuurremmende middelen bij alle vaste patiënten in 2019</p> <p>Noemer (B): Alle patiënten</p> <p>Berekening: $A/B \times 100\%$</p> <p>Overige specificaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch gebruik is $>$ 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur \geq 6 maanden • We weten alleen het aantal voorschriften en de datum waarop ze zijn voorgeschreven, niet de duur. Daarom doen we een aantal aannames over de duur van een voorschrift bij de berekening van de geneesmiddelenepisodes (de totale duur van elkaar opvolgende voorschriften) <p>Aannames:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij een patiënt met 1 recept gaan we ervan uit dat het maar 15 dagen was • Bij $>$ 120 dagen tussen 2 recepten is er sprake van een nieuwe episode • De duur van het laatste voorschrift bij een geneesmiddelepisode van ten minste 2 voorschriften is 90 dagen 	In de NHG-Standaard Maagklachten wordt aanbevolen bij chronisch gebruik na te gaan of er een indicatie voor chronisch gebruik is. De toenemende kennis over bijwerkingen is extra reden om te stoppen met een PPI als er geen goede indicatie meer is, of om de PPI te vervangen door een H ₂ -antagonist of antacidum (minder nadelen dan een PPI).
6. % patiënten \geq 75 jaar dat een Benzodiazepine gebruikt (langer dan 1 maand)	<p>Teller (A): Patiënten \geq 75 jaar met benzodiazepine $>$ 1 maand</p> <p>Noemer (B): Alle patiënten \geq 75 jaar</p> <p>Berekening: $A/B \times 100\%$</p>	Benzodiazepines geven risico op sufheid, verwardheid, duizeligheid, vallen, tolerantie en afhankelijkheid. Het NHG adviseert slaapmedicatie slechts in uitzonderingsgevallen en alleen kortdurend voor te schrijven. In de standaard worden lagere adviesdoseringen voor ouderen aangegeven.

kreeg (indicator 4), was gemiddeld 8,3% (mediaan 7,3%; uitersten 0-41,2%). Het gemiddelde aantal hartfalenpatiënten per praktijk was 41 (mediaan 34; uitersten 7-668).

Chronisch gebruik van zuurremmende middelen

Het percentage patiënten dat chronisch zuurremmende middelen voorgeschreven kreeg (indicator 5) was gemiddeld 10,8% (mediaan 11,3%, uitersten 0,5-20,7%). De gegevens betroffen 346 praktijken met een gemiddelde praktijkpopulatie van 3065 patiënten (mediaan 2310; uitersten 1153-13.063).

Langer dan een maand benzodiazepinen

Ten slotte keken we naar het percentage patiënten ≥ 75 jaar dat langer dan een maand een benzodiazepine kreeg. Dit percentage was gemiddeld 9,7% (mediaan 9,3%; uitersten 0-24,2%). De gegevens betroffen 335 praktijken met gemiddeld 286 patiënten ≥ 75 jaar (mediaan 247; uitersten 6-1750).

BESCHOUWING

Op de 6 door ons geselecteerde veiligheidsindicatoren vonden we tot 20% variatie tussen de geïncludeerde praktijken. Deze variatie kan van veel factoren afhankelijk zijn (bijvoorbeeld een relatief oude patiëntenpopulatie, of medicatie die door een specialist is voorgeschreven maar op naam van de huisarts wordt berekend). Het NHG adviseert dan ook om per indicator of combinatie van indicatoren te onderzoeken wat de onderliggende oorzaken zijn en te bepalen of en hoe de praktijk daarin verbetering kan aanbrengen met behulp van de spiegelinformatie. Streven naar een uitkomst van 0 of 100% is in het algemeen niet realistisch, een huisarts kan immers bewust van de richtlijn afwijken. Onze uitkomsten moeten daarom in de context van de praktijk geïnterpreteerd worden.¹¹

In goed omschreven patiëntengroepen verhoogt het niet volgen van veiligheidsindicatoren, zoals de door ons geselecteerde, het risico op onbedoelde schade voor de patiënt. In deze situaties zijn goede individuele afweging en gezamenlijke besluitvorming wenselijk.

WAT IS BEKEND?

- Spiegelinformatie kan helpen om veiligheidsindicatoren te verbeteren.

WAT IS NIEUW?

- Op 6 veiligheidsindicatoren vinden we tot 20% variatie tussen praktijken.
- Goede aanknopingspunten voor verbetering zijn de 6 veiligheidsindicatoren:
 1. creatinineklaring bij patiënten ≥ 65 jaar
 2. NSAID of hooggedoseerd salicylaat bij creatinineklaring < 60 ml/min
 3. NSAID of hooggedoseerd salicylaat bij creatinineklaring < 30 ml/min
 4. NSAID bij hartfalen
 5. zuurremmende middelen > 1 maand
 6. benzodiazepinen > 1 maand
- Voor zover variatie op deze indicatoren niet kan worden toegeschreven aan praktijkkenmerken, zijn ze een bruikbare bron van spiegelinformatie.

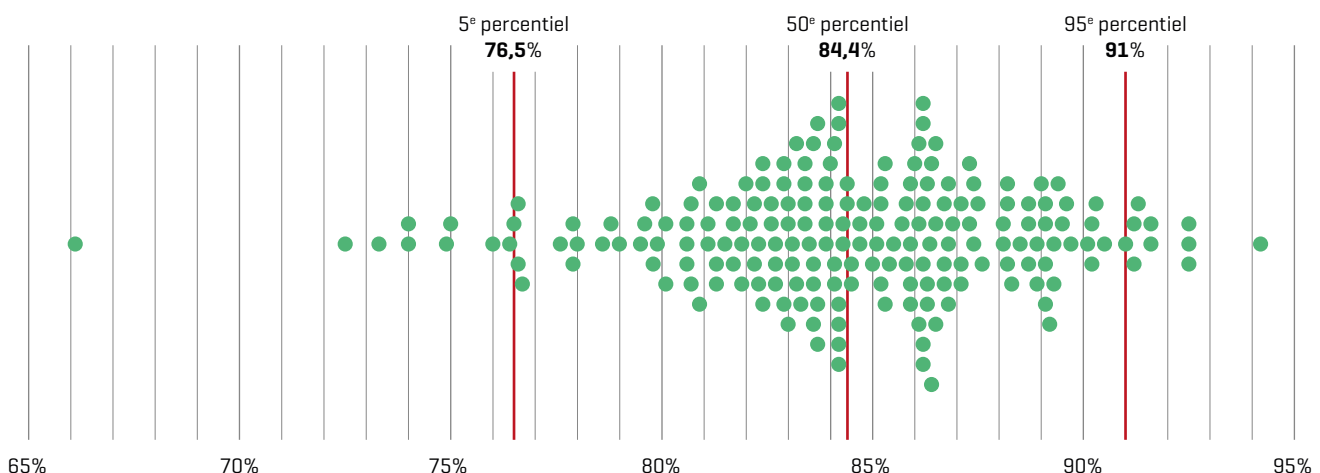
terde, het risico op onbedoelde schade voor de patiënt. In deze situaties zijn goede individuele afweging en gezamenlijke besluitvorming wenselijk.

Sterke punten en beperkingen

Bij de verschillende indicatoren kan een aantal kanttekeningen geplaatst worden. Het percentage bij indicator 1, vastleggen van de creatinineklaring, kan een onderschatting zijn doordat sommige patiënten onder behandeling waren van een medisch specialist en hun nierfunctie dus niet was vastgelegd in het huisartsinformatiesysteem. Een huisarts die aan een derge-

Figuur

Percentage patiënten ≥ 65 jaar bij wie een creatinineklaring is vastgelegd in de afgelopen 5 jaar [elke bol in het diagram vertegenwoordigt een praktijk] [indicator 1]



lijke patiënt bijvoorbeeld antibiotica wil voorschrijven, zou eigenlijk toch toegang moeten hebben tot gegevens over de nierfunctie. Die kunnen in de meest recente specialistenbrief staan (indien beschikbaar), of – in sommige regio's – in de labwaarden van het ziekenhuis. Maar als deze gegevens niet geregistreerd zijn in het huisartsinformatiesysteem, zal de nierfunctie ook op de huisartsenpost niet bekend zijn.

Voor de indicatoren 2-4, rondom onwenselijke NSAID-voorschriften bij een slechte nierfunctie of hartfalen, geldt dat een huisarts in sommige situaties toch zal kiezen voor een NSAID. Voor de indicatoren 5 en 6 zijn we uitgegaan van een aantal aannames over de gebruikelijke duur van een voorschrift voor zuurremmende middelen c.q. benzodiazepinen. Wanneer de duur van een voorschrift echter ongebruikelijk lang of kort was, kan dat hebben geleid tot over- of onderschatting van onze percentages.

Bij indicator 5 telden we patiënten mee die terecht chronische maagzuurremmende medicatie gebruiken (conform de NHG-Behandelrichtlijn Preventie van maagcomplicaties door geneesmiddelgebruik). Onze respondenten gaven dit ook aan. Uit een eerder onderzoek kwam naar voren dat er bij 88% van de gebruikers van chronische maagmedicatie geen indicatie is voor dat gebruik, maar in dit onderzoek werden niet alle gegevens over gerechtvaardigd gebruik meegenomen, dus het percentage kan een over- of onderschatting zijn.¹³

Een laatste kanttekening, die van toepassing is op alle door ons berekende indicatoren, is dat zowel recepten uitgeschreven door huisartsen als recepten uitgeschreven door medisch specialisten zijn meegenomen in onze dataset.

De gebruikte data zijn representatief voor de Nederlandse bevolking.⁷ De individuele praktijkcores zijn zichtbaar, dus praktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties zouden goed kunnen zien waarin zij afwijken van het gemiddelde. Individueel dossieronderzoek kan meer informatie geven over de afwegingen om, tegen het richtlijnadvies in, in een specifieke situatie toch te kiezen voor medicatie.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Onze set van veiligheidsindicatoren bestrijkt verschillende huisartsgeneeskundige onderwerpen. We hebben ze gekozen op basis van relevantie en beschikbaarheid in elektronische patiëntendossiers. Het zijn routinezorgegegevens die geen extra registratie vragen. Dat beperkte ons in het aantal indicatoren, maar geeft de huisarts tegelijkertijd de mogelijkheid om zonder extra inspanning relevante spiegelinformatie te genereren. We denken dat onze indicatoren goed bruikbaar zijn in de huisartsenpraktijk, met uitzondering van NSAID of salicylaat bij creatinineklaring < 30 ml/min, waar het aantal patiënten per praktijk te laag was. Of een praktijk naar aanleiding van die spiegelinformatie maatregelen moet nemen, bijvoorbeeld

dossieronderzoek starten, zal afhangen van allerlei praktijkkenmerken, bijvoorbeeld de leeftijdsopbouw en sociaal-economische status van de patiëntenpopulatie. Onverklaarde variatie in een indicator kan echter aanleiding zijn om er meer aandacht aan te besteden, bijvoorbeeld in de spreekkamer of bij een FTO. Spiegelinformatie is effectiever naarmate het eigen handelen sterker afwijkt van wat andere huisartsen in dezelfde context doen.

De bestaande NHG-indicatoren zijn goed bruikbare bronnen van spiegelinformatie, maar ze kunnen ook op andere manieren de effectiviteit bevorderen. Men kan ze bijvoorbeeld gebruiken om persoonlijke doelen expliciet te maken, om onderling te bespreken (ook schriftelijk) of om te behandelen in een groep (zoals een FTO).^{1,14,15} Groepsgewijs reflecteren op spiegelinformatie kan leiden tot actie, mits het belang en de geloofwaardigheid van de spiegelinformatie voor iedereen vaststaan.¹⁶

CONCLUSIE

Op verschillende indicatoren voor patiëntveiligheid bestaan er flinke verschillen tussen huisartsenpraktijken. Voor zover die verschillen niet gerelateerd zijn aan praktijkkenmerken, doen huisartsen er goed aan te reflecteren op deze indicatoren, bijvoorbeeld in (inter)professionele contacten binnen de eigen praktijk of in een FTO. ■

LITERATUUR

1. Van Groningen JT, Van der Winden D, Slottje P, Van Dijk N, Bont J. Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt? *Huisarts Wet* 2021;64(4):10-5.
2. Van Braak M, Visser M, Holtrop M, Stadius Muller I, Bont J, Van Dijk N. What motivates general practitioners to change practice behaviour? A qualitative study of audit and feedback group sessions in Dutch general practice. *BMJ Open* 2019;9:e025286.
3. Stocks SJ, Kontopantelis E, Akbarov A, Rodgers S, Avery AJ, Ashcroft DM. Examining variations in prescribing safety in UK general practice: cross sectional study using the Clinical Practice Research Datalink. *BMJ* 2015;351:h5501.

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

Kager CC, Schäfer W, Hek K, Heins M, Wagner C, Korevaar JC. Patiëntveiligheid verbeteren met spiegelinformatie. *Huisarts Wet* 2023;66(4):16-20. DOI:10.1007/s12445-023-2218-7. Nivel, Utrecht: C.C.M. Kager, huisarts en huisarts-onderzoeker: c.kager@nivel.nl; dr. W. Schäfer, senior onderzoeker organisatie en kwaliteit van zorg; dr. K. Hek, senior onderzoeker farmaceutische zorg; dr. M. Heins, onderzoeker huisartsenzorg; prof. dr. C. Wagner, projectleider patiëntveiligheid [tevens hoogleraar patiëntveiligheid Amsterdam UMC]; dr. ir J.C. Korevaar, programmaleider huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Obesitas leidt tot knieartrose: tijd voor preventie!

Jos Runhaar, Marieke Landsmeer, Sita Bierma-Zeinstra

In 2040 zal artrose de meest voorkomende chronische aandoening in Nederland zijn. Vergrijzing, overgewicht en obesitas zijn de voornaamste oorzaken, fysieke achteruitgang, hoge zorgkosten, ziekteverzuim en voortijdige uitval van werknemers zijn te vrezen gevolgen. Aangezien artrose ongeneeslijk is, moet preventie het motto zijn. Onderzoek laat zien dat bewegen en afvallen, hoe klein hun effect op het overgewicht ook is, toch kan helpen voorkomen dat knieartrose ontstaat of erger wordt.

Overgewicht en obesitas nemen in Nederland langzamerhand epidemische proporties aan en ook de vergrijzing gaat door.¹ Aangezien beide factoren het ontstaan van artrose bevorderen,

verwacht het RIVM dat artrose in 2040 volksziekte nummer 1 zal zijn. In dat jaar zullen maar liefst 2,3 miljoen Nederlanders artrose hebben en dat is waarschijnlijk een onderschatting, want het RIVM heeft in zijn berekeningen alleen de patiënten meegenomen met ICPC-codes L89 en L90 (coxartrose en gonartrose), en niet de patiënten met ICPC-codes L13 (heup symptomen/klachten) en L15 (knie symptomen/klachten).^{2,3} De kosten van de bijbehorende zorg – vooral gewrichtvervangende operaties – zijn niet specifiek voor Nederland bekend, maar worden wereldwijd geschat op 1-2,5% van het bruto binnenlands product.⁴ De indirecte kosten van bijvoorbeeld ziekteverzuim en vroegtijdige uittreding uit het arbeidsproces zijn waarschijnlijk nog hoger.⁴



Bewegen en afvallen, hoe klein hun effect op het overgewicht ook is, kan helpen voorkomen dat knieartrose ontstaat of erger wordt.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Knieartrose is een maatschappelijk en medisch belangrijke aandoening die het gevolg is van de stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas.
- Niet alleen gewichtsreductie, maar ook gelijkblijvend gewicht heeft een gunstig effect op de ontwikkeling van knieartrose.
- Een leefstijlinterventie bestaande uit sportactiviteiten en een dieetplan had bij vrouwen van middelbare leeftijd zonder knieklachten, maar met overgewicht of obesitas, gunstige effecten op de verergering van structurele knieafwijkingen, ook al was het effect op het gewicht gering.

Knieartrose is de meest beperkende vorm van artrose, geassocieerd met chronische pijn, fysieke beperkingen en vroegtijdig overlijden.^{4,5} Knieartrose wordt bij 25-50% van de patiënten veroorzaakt door overgewicht en obesitas. Bij 31-43% van de mensen die een gewrichtvervangende operaties ondergaan, is obesitas de oorzaak.^{7,8} Omdat artrose niet te genezen is en knieklachten leefstijlveranderingen vaak in de weg staan, is er de laatste jaren meer aandacht voor preventie.⁹⁻¹² PROOF is het eerste en tot nu toe enige gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek naar het effect van een preventieve leefstijlinterventie (gewichtsreductie) op knieartrose.¹³ In dit artikel bespreken we de belangrijkste bevindingen, zoals ze door Marieke Landsmeer zijn gepresenteerd in haar proefschrift.¹⁴

PREVENTIEVE EFFECTEN VAN BEWEGEN EN AFVALLEN

In PROOF werden 407 vrouwen van 50-60 jaar (gemiddelde leeftijd $55,7 \pm 3,2$), zonder knieklachten maar met een BMI ≥ 27 , gerandomiseerd over een interventie- en een controlegroep. De interventiegroep werkte via een bewegprogramma en consultaties bij een diëtist toe naar gewichtsreductie van 5% of 5 kg na 2,5 jaar. De controlegroep kreeg geen interventie. Het ontstaan van knieartrose werd bij alle deelnemers geëvalueerd door bij aanvang en na 2,5 en 6,5 jaar een MRI-scan te maken

en daarop te zoeken naar structurele afwijkingen (beenmerg-laesies, kraakbeendefecten, osteofyten en meniscuspathologie). Deelnemers in de interventiegroep kregen een uitnodiging voor een bewegprogramma bij hen in de buurt. Gedurende 20 weken sportten ze wekelijks 1 uur lang in groepen van 10-15 deelnemers onder begeleiding van een fysiotherapeut. De activiteiten waren divers, licht tot matig intensief en afgestemd op het aanbod in de betreffende wijk: het doel was dat de deelnemers ze na de interventie zouden kunnen voortzetten met gelijkgestemden. Daarnaast stelden de deelnemers uit de interventiegroep onder begeleiding van een diëtist een plan op om geleidelijk, maar blijvend af te vallen. Het streefdoel was een gewichtsreductie van ≥ 5 kg of 5% na 12 maanden.¹³

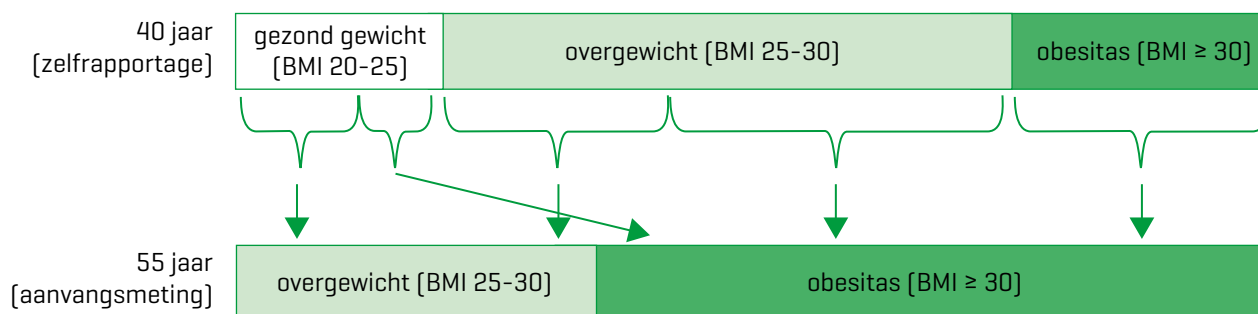
De deelnemers uit de interventiegroep hadden gemiddeld een BMI van 32,2 (uitersten 28,1-36,3) en een buikomvang van 105 cm (uitersten 96-114). Zij vielen gedurende het eerste jaar gemiddeld 0,6 kg af (SD 5 kg; uitersten -18 tot +14) en 19% haalde het streefdoel. De controlegroep had gemiddeld een BMI van 32,5 (uitersten 28-37) en een buikomvang van 106 cm (uitersten 96-116). Deze deelnemers kwamen het eerste jaar gemiddeld 0,6 kg aan (SD 4,9 kg; uitersten -26 tot +17) en 11% haalde het streefdoel. Na 2,5 jaar zagen we geen significante verschillen meer; in beide groepen had 17% van de deelnemers het streefgewicht.¹⁵

Bij controle van de MRI-scans bleek na 2,5 jaar dat bij 13% van de interventiegroep en 21% van de controlegroep verergering van meniscusextrusie (uitpuiling van de meniscus) was opgetreden. Dit verschil was significant (geadjusteerde odds ratio (OR) 0,6; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,4 tot 0,9).^{14,16} Aangezien meniscusextrusie een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van knieartrose,¹⁷ is het goed mogelijk dat de leefstijlinterventie op de lange termijn de incidentie van knieartrose helpt verlagen.

Voor wat betreft het lichaamsgewicht wist de onderzoeker 3 subgroepen te identificeren: bij 260 deelnemers bleef het gewicht de eerste 2,5 jaar na de interventie stabiel, 43 deelnemers werden zwaarder en 44 deelnemers werden lichter ($n = 44$). Uit de MRI-scans van deze 3 groepen bleek dat niet alleen gewichtsafname, maar alleen al gelijkblijvend

Figuur

Ontwikkeling van de BMI in de jaren voor de aanvangsmeting van het PROOF-onderzoek



gewicht een gunstig effect heeft. In beide groepen waren lokale ontstekingen in het vetweefsel en het slijmvlies van de knie bij 7% van de deelnemers erger geworden. Daarentegen had in de groep die zwaarder was geworden 18% van de deelnemers ernstigere ontstekingen (geadjusteerde OR 2,9; 95%-BI 1,4 tot 5,9).^{14,18,19}

LICHAAMSGEWICHT NADER ONDERZOCHT

Het voorkómen van een ongezond gewicht op jongere leeftijd kan gezondheidswinst opleveren. Desgevraagd rapporteerde 20% van de deelnemers aan PROOF dat zij rond hun 40e een gezond gewicht hadden gehad (BMI 20-25), 55% rapporteerde overgewicht (BMI 25-30) en 25% rapporteerde obesitas (BMI \geq 30). Op de MRI-beelden bij aanvang van het onderzoek werden bij 18% van de deelnemers die op 40-jarige leeftijd een gezond gewicht hadden maar op 55-jarige leeftijd of overgewicht of obesitas, afwijkingen gevonden die wezen op artrose.²⁰ Dat percentage was 30% bij degenen die op 40-jarige leeftijd overgewicht hadden en 44% bij degenen die op 40-jarige leeftijd obesitas hadden. Ook was de artrose ernstiger in de groep die op 40- én 55-jarige leeftijd obesitas had: bij 19% waren beide knieën aangedaan versus 6% bij deelnemers die op 40-jarige leeftijd een normaal gewicht hadden en op 55-jarige leeftijd overgewicht.¹⁴

Zijn er dan helemaal geen aanwijzingen dat afvallen een gunstig effect heeft op het ontstaan van knieartrose, en is dat effect alleen radiologisch en niet klinisch waarneembaar? Aanwijzingen zijn er wel degelijk, maar artrose is een langzaam progressieve aandoening en het duurt enige jaren voordat er een waarneembaar effect optreedt. Bij PROOF haalde maar een klein aantal deelnemers het streefdoel, een gewichtsreductie van \geq 5 kg of 5% in de eerste 12 maanden. De groep die dat lukte, was klein (n = 69), maar zij hadden na 6,5 jaar wel veel minder kans op knieartrose dan alle andere deelnemers: de incidentie van klinische artrose was 7 versus 21% (geadjusteerde OR 0,1; 95%-BI 0,0 tot 0,4), de incidentie van radiologische artrose was 6 versus 16% (geadjusteerde OR 0,3; 95%-BI 0,1 tot 0,9).^{14,21,22}

CONCLUSIE

Gezien de maatschappelijke en medische gevolgen van knieartrose is het van belang aandacht te schenken aan mogelijke preventie. De onderzoeken in het kader van PROOF, bij

vrouwen van middelbare leeftijd met overgewicht of obesitas maar zonder knieproblemen, bevestigen dat het niet eenvoudig is om iemands leefstijl te veranderen. Een systematische review vond eerder al dat gedragsinterventies in de eerste lijn na 12 en 24 maanden slechts een kleine, klinisch niet-relevante gewichtsafname teweegbrengen.²³ Uit PROOF blijkt echter ook dat leefstijlinterventies, ook al is het resultaat slechts een beperkte gewichtsreductie (5 kg of 5%) of stabiel gewicht, toch een gunstig effect hebben op de ontwikkeling van knieartrose. Dit zijn belangrijke bevindingen die huisartsen en patiënten kunnen helpen als ze praten over het belang van een gezond(er) gewicht. Het kan patiënten motiveren om toch bewust en actief aan een gezonder lichaamsgewicht te werken. Besef daarbij wel dat er een relatie is tussen de gewichtsafname en het aantal contacten met een zorgverlener.²³ Een duurzame leefstijl aanpassing zal vaak alleen mogelijk zijn bij langdurige en intensieve begeleiding door de zorgverlener. Dat onderkende zou je als huisarts een lokale gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) kunnen overwegen. ■

LITERATUUR

1. Koopman C, Vaartjes I, Blokstra A, Verschuren WM, Visser M, Deeg DJ, et al. Trends in risk factors for coronary heart disease in the Netherlands. *BMC Public Health* 2016;16):835.
2. Trendscenario VTV-2018 identificeert maatschappelijke opgaven voor de toekomst. Bilthoven: RIVM, 2018.
3. Arslan IG, Damen J, De Wilde M, Van den Driest JJ, Bindels PJ, Van der Lei J, et al. Incidence and prevalence of knee osteoarthritis using codified and narrative data from electronic health records: a population-based study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2022;74:937-44.

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

Runhaar J, Landsmeer ML, Bierma-Zeinstra SM. Obesitas leidt tot knieartrose: tijd voor preventie! *Huisarts Wet* 2023;66(4):23-5. DOI:10.1007/s12445-023-2220-0.
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. J. Runhaar, universitair docent: j.runhaar@erasmusmc.nl, prof. dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoogleraar artrose en gerelateerde aandoeningen. Delft: dr. M.L.A. Landsmeer, waarnemend huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift van Marieke Landsmeer [Exploring prevention and prediction of knee osteoarthritis. Rotterdam: Erasmus University, 2021].

De meerwaarde van de CRP-test bij kinderen met appendicitis

Guus Blok, Marjolein Berger, Eelke Nikkels, Johan van der Lei, Gea Holtman

Op basis van alleen het klinische beeld is appendicitis bij kinderen moeilijk te herkennen. Vaak laten huisartsen daarom het C-reactief proteïne (CRP) bepalen, ook al adviseert de NHG-Standaard dit niet te doen. Dit retrospectieve cohortonderzoek laat zien dat die bepaling in bepaalde gevallen toch zinvol kan zijn. De CRP-test kan een appendicitis niet uitsluiten, maar heeft wel toegevoegde waarde bij diagnostische onzekerheid. Als de klinische kans op appendicitis al heel groot of juist heel klein is, voegt de test weinig toe.

Appendicitis is in een vroeg stadium vaak moeilijk te herkennen bij kinderen met acute buikpijn en de voorspellende waarde van individuele klinische kenmerken is beperkt. Voor de huisarts is het dan ook een uitdaging om op basis van alleen anamnese en lichamelijk onderzoek te bepalen welk kind met buikpijn verwezen moet worden. Veel huisartsen doen daarom bij kinderen met acute buikpijn een *point-of-care test* (POCT) op C-reactief proteïne (CRP), ook al beveelt de NHG-Standaard dat niet aan omdat de test geen duidelijke diagnostische waarde heeft. In de tweede lijn wordt het CRP bij een vermoeden van appendicitis wél routinematig bepaald. In die setting heeft de test bij een afkapwaarde van ≥ 10 mg/L een sensitiviteit van 62-85% en een specificiteit van 59-94%.¹

We onderzochten de testkarakteristieken van CRP voor appendicitis bij kinderen in de eerste lijn, en de toegevoegde waarde van CRP boven op anamnese en lichamelijk onderzoek zoals de huisarts die nu al doet.

METHODE

In dit retrospectieve cohortonderzoek includeerden we kinderen van 4-18 jaar die tussen november 2010 en 2016 bij de huisarts kwamen met acute buikpijn (≤ 7 dagen) en bij wie een CRP was bepaald. De gegevens kwamen uit de IPCI-database, waarin gepseudonimiseerde gegevens zijn verzameld van 1,5 miljoen patiënten in 600 huisartsenpraktijken over heel Nederland. In de geïncludeerde

dossiers (uit 368 praktijken) keken we naar de klinische voorspellers van appendicitis die genoemd worden in 7 bekende predictieregels uit de tweede lijn.² Na correctie voor ontbrekende waarden konden we deze voorspellers in ons model uiteindelijk combineren tot 7 klinische kenmerken die bij $> 50\%$ van de kinderen genoteerd stonden: mannelijk geslacht, misselijkheid/braken, temperatuur $\geq 37,3$ °C, abnormale peristaltiek, klachtenduur (< 24 uur, 24-48 uur, > 48 uur), peritoneale irritatie en drukpijn rechteronderbuik. Voor details verwijzen we naar de oorspronkelijke publicatie.

We bepaalden de prevalentie van appendicitis in onze populatie en we berekenden onder andere de sensitiviteit, specificiteit en positief en negatief voorspellende waarde (PPV en NPV) van de CRP-test bij een reeks afkapwaarden van ≥ 6 tot ≥ 100 mg/L (≥ 5 mg/L konden we niet gebruiken, omdat uitslagen ≤ 5 mg/L genoteerd waren als 5 mg/L).

De toegevoegde waarde van de CRP-test bepaalden we via een besliscurveanalyse van 2 logistische regressiemodellen die appendicitis als uitkomst hadden. Het basismodel bevatte de 7 klinische kenmerken, het vergelijkingsmodel bevatte de 7 kenmerken plus de CRP-uitslag. Van beide modellen vergeleken we de *area under the (receiver operating) curve* (AUC).

RESULTATEN

We includeerden 1076 kinderen met acute buikpijn en een CRP-test. Van deze kinderen hadden er 70 appendicitis (prevalentie 6,5%; 13 kinderen hadden een geperfoereerde appendix). De prevalentie van appendicitis was hoger bij jongens (10,2%) dan bij meisjes (3,7%). De kinderen met appendicitis hadden een hoger CRP dan

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Blok CG, Nikkels ED, Van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. Added value of CRP to clinical features when assessing appendicitis in children. Eur J Gen Pract 2022;28:95-101. Publicatie gebeurt met toestemming.

de kinderen zonder appendicitis: mediaan 42 mg/L versus 5 mg/L. De kinderen met een perforatie hadden allemaal een CRP > 20 mg/L.

De [infographic] geeft een overzicht van de testkarakteristieken. Bij een afkapwaarde ≥ 10 mg/L had de CRP-test een sensitiviteit van 87% en een specificiteit van 77%. Bij hogere afkapwaarden daalde de sensitiviteit (percentage terecht-positieven) flink en steeg de specificiteit (percentage terecht-negatieven). De klachtenduur had flinke invloed op de sensitiviteit: deze steeg van 67% bij < 24 uur naar 91% bij 24-48 uur, tot zelfs 100% bij > 48 uur. Dit laatste getal verdient nuancering: het 95%-betrouwbaarheidsinterval bedroeg 89 tot 100% dus ook bij een CRP < 10 mg/L bij klachten > 48 uur is appendicitis niet geheel uitgesloten. Op de specificiteit van de CRP-test had de klachtenduur minder invloed, deze was 77% bij < 24 uur, 73% bij 24-48 uur en 75% bij > 48 uur.

Volgens ons basismodel (dus zonder CRP-test) was de kans op appendicitis 0,2% wanneer alle klinische kenmerken van appendicitis afwezig waren en 70% wanneer alle klinische kenmerken aanwezig waren. Bij een kind zonder klinische kenmerken zou een CRP-waarde van 100 mg/L de kans op appendicitis verhogen van 0,2 tot 1,3%. Andersom zou een CRP-waarde van 0 mg/L bij een kind met alle klinische kenmerken de kans op appendicitis verlagen van 70 tot 41%. De AUC van ons basismodel met 7 klinische kenmerken was 0,82, met de CRP-test erbij steeg dat significant naar 0,88 ($p < 0,001$). De besliscurveanalyse laat zien dat toevoeging van CRP aan het basismodel bij alle verwijdsdrempels netto toegevoegde waarde had.

WAT IS BEKEND?

- Appendicitis bij kinderen met buikpijn is lastig te herkennen; tweedelijns beslisregels gaan uit van grofweg 7 klinische kenmerken plus een CRP-test.
- De NHG-Standaard raadt gebruik van de CRP-test voor de diagnostiek van appendicitis af.
- De diagnostische waarde van de CRP-test bij kinderen met buikpijn en een vermoeden van appendicitis is alleen onderzocht in de tweede lijn, niet in de huisartsenpraktijk.

WAT IS NIEUW?

- Bij twijfel over de diagnose 'appendicitis' kan de CRP-test een zinvolle aanvulling zijn op de klinische kenmerken bij anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Bij een langere klachtenduur maakt een lage CRP-waarde appendicitis onwaarschijnlijker.
- Bij sterke of juist geringe aanwijzingen voor appendicitis heeft een CRP-test geen zin.

BESCHOUWING

Ons retrospectieve cohortonderzoek wijst uit dat een CRP-test in de huisartsenpraktijk, gevoegd bij de klinische kenmerken van appendicitis, toegevoegde waarde heeft bij kinderen met acute buikpijn. Bij een afkappunt ≥ 10 mg/L was de sensitiviteit van de test 87% en de specificiteit 77%. Bij kinderen die al > 48 uur klachten hadden naderde de sensitiviteit zelfs de 100%. Verder hadden alle kinderen met een perforatie een CRP > 20 mg/L.

Sensitiviteit en specificiteit in de eerste lijn

We vonden in de literatuur geen ander onderzoek naar de diagnostische waarde van de CRP-test voor appendicitis in de eerste lijn en de NHG-Standaard adviseert ertegen. Daarom is het opvallend dat we een cohort konden selecteren van kinderen bij wie de huisarts desondanks het CRP had bepaald. De sensitiviteit die wij vonden was aan de hoge kant vergeleken met de tweede lijn (87% versus 62-85%), de specificiteit was vergelijkbaar (77% versus 59-94%).^{1,3,4} De hoge sensitiviteit wanneer de klachten > 48 uur bestaan, past bij eerdere bevindingen in de tweede lijn.⁵ Wanneer de klachten nog maar kort bestaan, moet een laag CRP natuurlijk voorzichtig worden geïnterpreteerd.

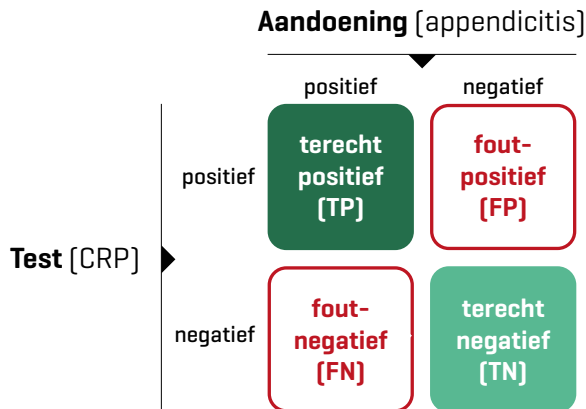


Foto: Shutterstock

Een CRP-test kan bij klinische onzekerheid bij een kind met acute buikpijn toegevoegde waarde hebben in aanvulling op de klinische kenmerken.

Infographic

Testkarakteristieken van CRP voor appendicitis bij kinderen met acute buikpijn.

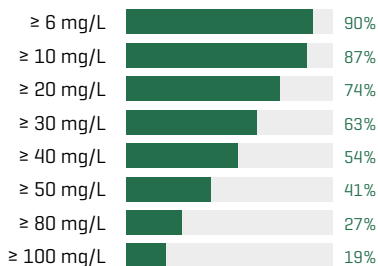


$$\frac{TP}{TP + FN}$$

Sensitiviteit

De kans dat een persoon die de **aandoening heeft** een **positieve testuitslag** heeft

CRP afkapwaarde



Bij een lage afkapwaarde van 10 mg/L zouden 13% van de gevallen gemist zijn. Maar wanneer de klachten al langer dan 48 uur bestonden liep de sensitiviteit op naar 1.00, waardoor bij een CRP < 10 mg/L de kans op een fout-negatieve uitslag erg laag is.

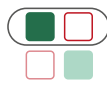
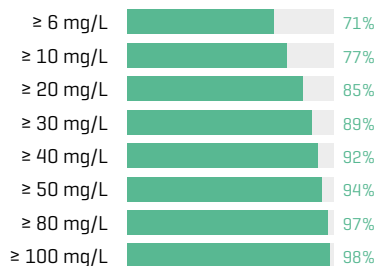


$$\frac{TN}{FP + TN}$$

Specificiteit

De kans dat een persoon die de **aandoening niet heeft** een **negatieve testuitslag** heeft

CRP afkapwaarde

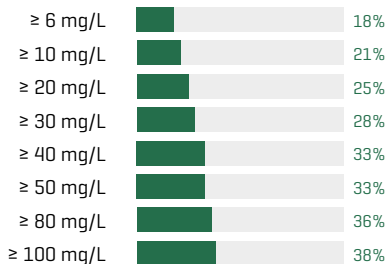


$$\frac{TP}{FP + TP}$$

Positief voorspellende waarde [PPV]

De kans dat een persoon met een **positieve testuitslag** de **aandoening daadwerkelijk heeft**

CRP afkapwaarde

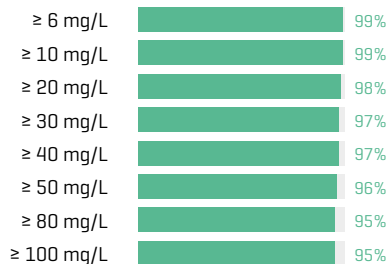


$$\frac{TN}{FN + TN}$$

Negatief voorspellende waarde [NPV]

De kans dat een persoon met een **negatieve testuitslag** de **aandoening inderdaad niet heeft**

CRP afkapwaarde



BESLISCURVEANALYSE

Besliscurveanalyse is een methode om meerdere voorspellingsmodellen te vergelijken, uitgaand van het idee dat terecht-positieve en fout-positieve verwijzingen tegen elkaar opwegen. De ene huisarts zal bijvoorbeeld bereid zijn om 10 kinderen te verwijzen om 1 kind met appendicitis te vinden [verwijsdrempel 0,1], de andere huisarts slechts 5 [verwijsdrempel 0,2]. De besliscurveanalyse geeft aan welk voorspellingsmodel het meeste voordeel oplevert bij verschillende verwijsdrempels.

Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van de CRP-test boven op anamnese en lichamelijk onderzoek is nog niet eerder onderzocht, ook niet in de tweede lijn. Toch wordt de test gebruikt in klinische beslisregels in de tweede lijn, zoals de AIR-score.⁶ Ons onderzoek is het eerste dat laat zien dat de CRP-test ook meerwaarde heeft in de huisartsenpraktijk. De besliscurves wijzen erop dat het toevoegen van CRP voordeel biedt, zowel voor artsen die al bij een relatief lage kans op appendicitis willen verwijzen (om gemiste appendicitis te vermijden) als voor artsen die pas bij een hogere kans willen verwijzen (om onnodige verwijzingen te vermijden).⁷

Beperkingen van het onderzoek

Bij onderzoek in registratiedata kunnen verschillende vormen van bias optreden: informatiebias wanneer de codeurs de uiteindelijke diagnose kennen; verificatiebias wanneer verschillende referentiestandaarden zijn gebruikt.⁸ We hebben dit zoveel mogelijk ondervangen door gestandaardiseerde codeerprocedures en door de diagnoses te laten controleren door een panel van deskundigen.

Een andere beperking is het grote aantal ontbrekende waarden in de registratie. Dit hebben we gedeeltelijk ondervangen met multiële imputatie, maar we konden slechts 7 van de 15 klinische voorspellers van appendicitis in ons model opnemen. Het is niet uit te sluiten dat ons model met meer klinische voorspellers erin beter zou zijn geworden, en dat de toegevoegde waarde van CRP dus lager zou zijn geweest. Een laatste beperking is dat het vaak moeilijk is om de juiste populatie te selecteren. Dat hebben we ondervangen door naast een geautomatiseerde zoekstrategie ook de vrije tekst van de consulten te lezen. In ons cohort had 6,5% van de kinderen appendicitis, terwijl we eerder, in een vergelijkbaar cohort maar zonder CRP-test, 5,1% hadden gevonden.⁹ Onze resultaten zijn dus vooral generaliseerbaar naar kinderen met een licht verhoogde kans op appendicitis, bij wie de huisarts onzeker is over de diagnose en daarom een CRP-test overweegt.

Klinische toepasbaarheid

Wanneer de huisarts een kind met acute buikpijn ziet en onzeker is over de diagnose, kan een CRP-test toegevoegde waarde hebben in aanvulling op de klinische kenmerken. De CRP-test heeft alleen meerwaarde bij klinische onzekerheid: wanneer het vermoeden van appendicitis al heel sterk of juist heel gering is, voegt de test weinig toe. Bij geen enkele afkapwaarde van de test is een appendicitis helemaal veilig uit te sluiten. Bij een CRP < 10 mg/L wordt 13% van de kinderen met appendicitis gemist, al worden kinderen met geperforeerde appendicitis wel allemaal herkend. Aan de andere kant wordt ook bij een CRP ≥ 80 mg/L nog 3% van alle kinderen zonder appendicitis verwezen.

Een klinische beslisregel helpt mogelijk om te bepalen of een CRP-test al dan niet geïndiceerd is. In een impactonderzoek zal vervolgens moeten blijken of zo'n beslisregel daadwerkelijk de diagnostiek van de huisarts bij kinderen met acute buikpijn verbetert. ■

LITERATUUR

1. Shogilev D, Duus N, Odom S, Shapiro N. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *West J Emerg Med* 2014;15:859-71.
2. Craig S, Dalton S. Diagnosing appendicitis: What works, what does not and where to go from here? *J Paediatr Child Health* 2016;52:168-73
3. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004;91:28-37.
4. Yu CW, Juan LI, Wu MH, Shen CJ, Wu JY, Lee CC. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of procalcitonin, C-reactive protein and white blood cell count for suspected acute appendicitis. *Br J Surg* 2013;100:322-9.
5. Wu HP, Lin CY, Chang CF, Chang YJ, Huang CY. Predictive value of C-reactive protein at different cutoff levels in acute appendicitis. *Am J Emerg Med* 2005;23:449-53.
6. Andersson M, Andersson RE. The appendicitis inflammatory response score: A tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. *World J Surg* 2008;32:1843-49.
7. Vickers AJ, Elkin EB. Decision curve analysis: A novel method for evaluating prediction models. *Med Decis Making* 2006;26:565-74.
8. Oostenbrink R, Moons KG, Bleeker SE, Moll HA, Grobbee DE. Diagnostic research on routine care data: Prospects and problems. *J Clin Epidemiol* 2003;56:501-6.
9. Blok GC, Veenstra LM, Van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. Appendicitis in children with acute abdominal pain in primary care, a retrospective cohort study. *Fam Pract* 2021;38:758-65.

Blok CG, Nikkels ED, Van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. De meerwaarde van de CRP-test bij kinderen met appendicitis. *Huisarts Wet* 2023;66(4):26-9. DOI:10.1007/s12445-023-2214-y. UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: C.G.H. Blok, huisarts in Harlingen: cghblok@outlook.com; prof. dr. M.Y. Berger, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; E.D. Nikkels, arts; dr. G.A. Holtman, klinisch epidemioloog. Erasmus MC, Rotterdam: prof. dr. J. van der Lei, hoogleraar medische informatica. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Effectief rookstopprogramma in Almere

Iris Kramer, Niels de Voer, Esther Croes, Maartje Ramaekers, Michael Brouwer

Huisartsen kennen de gevaren van roken, maar geven in de spreekkamer nog lang niet altijd een stoppen-met-rokenadvies. Daarbij komt dat de resultaten van stoppen-met-rokenbegeleiding soms tegenvallen. In 2019 zijn 14 huisartsenpraktijken in Almere begonnen met een intensief rookstopprogramma en behaalden daarmee stoppercentages tot 40% na 12 maanden. Innovatieve aspecten zijn de actieve voorbereiding, de sterke focus op het verslavingsaspect, de multidisciplinaire aanpak en de nazorg tot 1 jaar. Dit succes benadrukt het belang van consequente stoppen-met-rokenadviezen, zodat nog meer patiënten instromen.

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland.¹ In 2021 rookte 20,6% van de volwassenen. Minder dan een derde van hen had een serieuze stoppoging ondernomen die langer dan 24 uur duurde.² De huisartsenpraktijk is een laagdrempelige setting om roken bespreekbaar te maken, want 70% van de Nederlanders bezoekt jaarlijks de huisarts. Bovendien adviseert de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken elke roker een stopadvies te geven.³ Toch geven huisartsen, hoe goed ze de gevaren ook kennen, niet vaak een stoppen-met-rokenadvies.⁴ Tijdgebrek, gebrek aan training en gebrek aan motivatie bij patiënten zijn veelgenoemde drempels.⁵⁻⁷ Uit onderzoek blijkt echter dat een kort rookstopadvies de kans dat de patiënt daadwerkelijk stopt bijna verdubbelt.⁸

In 2019 hebben Zorggroep Almere en andere Almeerse huisartsenpraktijken een intensief rookstopprogramma opgezet waar alle patiënten eenvoudig naar verwezen kunnen worden. Het programma, dat gemodelleerd is naar de in 2009 opgerichte rookstoppoli van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, streeft naar laagdrempelige stoppen-met-rokenzorg in alle Almeerse huisartsenpraktijken en naar een hoger slagingspercentage dan het landelijke cijfer van ongeveer 20%.^{3,9}

EEN ROOKSTOPPROGRAMMA IN ALMERE

Een onderscheidend kenmerk van het Almeerse rookstopprogramma is de stapsgewijze aanpak door een multidisciplinair team (huisarts, POH-s en POH-ggz), die zich specifiek richt op het verslavingsaspect van roken en vervolgens een jaar lang nazorg aanbiedt in het kader van terugvalpreventie [kader]. Een belangrijke voorwaarde is dat de patiënt aantoonbaar



Een stapsgewijze aanpak door een multidisciplinair team helpt bij stoppen met roken.

Foto: Shutterstock

gemotiveerd is om te stoppen. Patiënten moeten bereid zijn actief mee te werken: ze moeten (delen van) een boek lezen of beluisteren en een uitgebreid stoppenstappenplan invullen.¹⁰ Doel van deze voorbereiding is dat deelnemers zich bewust worden van hun redenen om te roken en van de motieven en methoden om te stoppen.

Resultatenonderzoek

In januari 2019 begonnen 14 huisartsenpraktijken, met een gezamenlijke patiëntenpopulatie van circa 150.000 patiënten, het rookstopprogramma aan te bieden en in juni 2022 waren er 683 patiënten ingestroomd. Hun gemiddelde leeftijd was 52 jaar (uitersten 18-86), 52% was vrouw en van 555 deelnemers (81%) waren follow-upgegevens beschikbaar. Van de

1 Stopadvies

De rookstopzorg begint met een stopadvies van de huisarts, POH of andere zorgverlener. Patiënten die overwogen te stoppen met roken kunnen doorverwezen worden naar het rookstopprogramma.

2 Motivatiebepaling en/of verhogen van motivatie

De huisarts of POH-s beoordeelt de motivatie van de patiënt en zet indien nodig motiverende gespreksvoering in. Deelnemers moeten intrinsiek gemotiveerd zijn, niet alleen gestuurd op wens van een naaste. Daarnaast moeten patiënten bereid zijn om zelf actief mee te werken [zie stap 3].

3 Voorbereiding

Voordat de begeleiding bij het stoppen met roken wordt gestart, wordt de deelnemers gevraagd om thuis [delen van] het boek *Nederland stopt! Met roken* te lezen en een uitgebreid stoppenstappenplan in te vullen [figuur]. Het boek kan kosteloos worden geleend en is ook in luisterversie beschikbaar.¹⁰

4 Individuele begeleiding bij het stoppen met roken

Deelnemers krijgen individuele begeleiding van de POH-s uit de eigen huisartsenpraktijk. Deze werkt pro-

tocollair volgens de STIMEDIC-methode.³ De POH-s en de deelnemer bespreken de voorbereiding en bepalen een stopdatum. De contacten zijn gedeeltelijk face-to-face en gedeeltelijk telefonisch. Bij hardnekkige verslaving of psychische comorbiditeit wordt de deelnemer doorverwezen naar een POH-ggz die geschoold is in tabaksverslaving. De deelnemer krijgt medicatie conform de adviezen in de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken.³

5 Nazorg (terugvalpreventie)

Na de stopdatum krijgt de deelnemer 1 jaar lang individuele nazorg van de POH-s, met als doel terugvalpreventie. Voor terugvalpreventie kunnen deelnemers ook terecht in groepsbijeenkomsten onder leiding van een POH-ggz met ervaring in groepswork en kennis over verslaving. Er zijn 8 bijeenkomsten van 1,5 uur, met als thema's inzicht in verslaving, motivatie, valkuilen, gedachten, omgaan met trek en sociale druk, volhouden, en het terugvalpreventieplan. Deelnemers kunnen op elk moment instromen.

6 Afsluiting van het begeleidingstraject

Het begeleidingstraject wordt 1 jaar na de stopdatum afgesloten. Zowel tussentijds als 1 jaar na de stopdatum wordt de rookstatus [gebaseerd op zelfrapportage] geregistreerd in het huisartsinformatiesysteem.

Figuur

Voorbeeld van een stoppenstappenplan

Vul in wat voor jou van toepassing is:	
Als ik een keer zondig, ben ik nog steeds goed bezig	ja / nee
Ik weet van mezelf dat ik het kan op een schaal van 0 tot 10	cijfer:
Wat kan ik doen om dat zelfvertrouwen te verhogen:	
Wat kan iemand anders doen om mijn zelfvertrouwen te verhogen:	
Ik wil stoppen met roken	
Mijn motivatie om te stoppen op een schaal van 0 tot 10 is:	ja / nee cijfer:
Wat kan ik doen om mijn motivatie te verhogen:	
Wat kan iemand anders doen om mijn motivatie te verhogen:	
Ik heb al best wat bereikt in mijn leven	ja / nee
Ook al is het soms moeilijk, ik kan het	ja / nee
Het zou best eens mee kunnen vallen om te stoppen	ja / nee

De sigaret die ik het moeilijkst kan missen:	
de eerste sigaret van de dag	ja / nee
de laatste sigaret van de dag	ja / nee
de sigaret na het eten	ja / nee
de sigaret tijdens het werk	ja / nee
	ja / nee
	ja / nee
Ik rook vooral:	
op mijn werk	ja / nee
tijdens ontspanning	ja / nee
als ik gestrest ben	ja / nee
als ik me moet concentreren	ja / nee
als ik blij ben	ja / nee
als ik moe ben	ja / nee
<i>Kun je dan niet beter gaan slapen? Door de nicotine blijf je langer wakker dan goed is voor je lichaam</i>	
als ik somber ben	ja / nee
als ik boos ben	ja / nee
als ik verdrietig ben	ja / nee
als ik autorijd	ja / nee
onbewust	ja / nee
	ja / nee
Bedenk bij alle keren dat je met JA antwoordt: wat ga ik daaraan doen?	

389 deelnemers die minstens 12 maanden gevolgd waren, was na 12 maanden 40% gestopt. Van de 52 deelnemers die 6-12 maanden gevolgd waren, was 38% gestopt.

Van een aantal patiënten waren geen follow-upgegevens beschikbaar, bijvoorbeeld door verhuizing of onbereikbaarheid bij nacontrole. Omdat dit tot vertekening van de resultaten zou kunnen leiden, hebben we 2 sensitiviteitsanalyses uitgevoerd. In de eerste analyse keken we naar de resultaten in 1 gezondheidscentrum waar de follow-up 95% was, dus bijna compleet (n = 92). Dit centrum had een stoppercentage van 40% na 12 maanden. In de tweede analyse codeerden we alle patiënten die *lost to follow-up* waren als roker, ervan uitgaande dat ze niet gestopt waren. In deze analyse was 30% na 12 maanden gestopt. Het stoppercentage ligt dus vermoedelijk tussen de 30 en 40%.

BESCHOUWING

Voorwaarden voor succes

Het Almeerse rookstopprogramma heeft zeer goede resultaten geboekt, met een bijna dubbel zo hoog stoppercentage (30-40%) als bij de gebruikelijke behandeling (circa 20%).³ Dit succes kan deels verklaard worden door de voorselectie van gemotiveerde patiënten en de actieve voorbereiding, waardoor de begeleiding meer effect heeft. Een tweede succesfactor is de multidisciplinaire benadering die intensief inspeelt op het verslavingsaspect van roken, in nauwe samenwerking tussen de huisarts (instroom en intake), de POH-s (stoppen-met-rokenbegeleiding) en de POH-ggz (specialistische begeleiding en groepsbijeenkomsten). De POH-ggz begeleidde 62% van de deelnemers. Een derde succesfactor is dat elk gezondheidscentrum rookstopbegeleiding aanbiedt, zodat de patiënt de rookstopzorg dichtbij en in een vertrouwde omgeving ontvangt. Een vierde succesfactor is de langdurige nazorg met het oog op terugvalpreventie. Immers, terugval is het grootste risico na een stoppoging.

Voorwaarden voor implementatie

Een belangrijke voorwaarde voor het implementeren van rookstopzorg is de beschikbaarheid en bereikbaarheid van toegeruste zorgprofessionals. In Almere staan alle rookstopcoaches geregistreerd in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken en organiseert Zorggroep Almere interne (na)scholingen en bijeenkomsten. Een enthousiaste, toegewijde projectgroep draagt het rookstopprogramma en vanuit Zorggroep Almere zijn kaderarts- en projectleidersuren beschikbaar. In de experimentele fase heeft Zorggroep Almere de ontwikkelkosten voor eigen rekening genomen. Nu de effectiviteit is aangetoond, gaat de zorggroep met de zorgverzekeraar in gesprek over een kostendekkend tarief.

Belemmerende factoren

Het bereik van het Almeerse rookstopprogramma is, met nu 683 patiënten, nog niet bijzonder groot. Het zou helpen als huisartsen, POH's, ziekenhuisprofessionals en het sociaal wijkteam er een gewoonte van maakten stopadviezen te geven,

zoals dat onderzocht wordt in nascholingen en in de gratis geaccrediteerde nascholing van het Trimbos-instituut.¹¹ Niet iedere huisartsenpraktijk heeft echter alle rokers goed in beeld. Het is daarom van belang van iedere roker de rookstatus goed te registreren.

Een andere belemmering is dat deelnemers gevraagd wordt een boek te lezen of te beluisteren en een stoppenstappenplan in te vullen. Dat maakt het programma minder geschikt voor laaggeletterden. Daarom wordt in Almere nu gewerkt aan het vereenvoudigen van het programma.

Nazorg via groepsbijeenkomsten heeft het grote voordeel dat deelnemers elkaar kunnen steunen en ervaringen kunnen uitwisselen, maar de inclusie was een uitdaging. Deelnemers konden zelf kiezen voor individuele of groepsgewijze nazorg, en de groepsbegeleiding startte begin 2019 met ongeveer 15 deelnemers. Tussen maart 2020 en juni 2022 was er vanwege COVID-19 echter nauwelijks sprake van groepsbegeleiding. Momenteel worden de groepen langzaam weer opgestart.

TRANSMURALE SAMENWERKING

Het eerstelijns rookstopprogramma is inmiddels opgewaardeerd tot een regionaal transmuraal zorgprogramma. Eind 2021 heeft het Flevoziekenhuis rookstopcoaches opgeleid die de zorg coördineren tussen de eerste en tweede lijn. Patiënten met wie in het ziekenhuis rookstopzorg is overeengekomen en die gemotiveerd zijn, worden middels een warme overdracht verwezen naar het eerstelijns rookstopprogramma. Ongeveer 80% van de in aanmerking komende patiënten volgt dit traject, de overige 20% volgt hetzelfde rookstopprogramma in het ziekenhuis. Die laatste groep komt al wekelijks in het ziekenhuis of is er opgenomen, en dan is het patiëntvriendelijker om de begeleiding daar te starten. Zorggroep Almere heeft de overige Almeerse huisartsenpraktijken (circa 70.000 patiënten) scholing voor het zorgprogramma aangeboden, zodat het regionale transmurale rookstopprogramma voor alle inwoners beschikbaar is.

CONCLUSIE

Het rookstopprogramma van de gezondheidscentra in Almere heeft resultaten behaald die beter zijn dan de standaard stoppen-met-rokenbegeleiding, met stoppercentages tot 40% na 12 maanden. Dit rookstopprogramma is een goed voorbeeld voor eerstelijns zorgverleners die effectieve stoppen-met-rokenzorg willen opzetten. Het blijft van belang om zoveel mogelijk rokers te bereiken. Daarom zouden alle zorgverleners consequent een stoppen-met-rokenadvies moeten geven aan alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. ■

LITERATUUR

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

Kramer I, De Voer ND, Croes EA, Ramaekers M, Brouwer MG. Multidisciplinair intensief rookstopprogramma in huisartsenpraktijken Almere blijkt effectief. Huisarts Wet 2023;66(4):30-32. DOI:10.1007/s12445-023-2211-1. De volledige affiliatie staat bij dit artikel op henw.org.

Fatale sepsis als gevolg van een hondenbeet

Karlijn Rutten, Feike Loots, Roderick Venekamp, Peggy Godschalk, Laura van Haften

Vroegtijdige herkenning van sepsis in de eerste lijn vormt een uitdaging, maar is cruciaal om morbiditeit en complicaties te voorkomen. Een zeldzame oorzaak van sepsis is een infectie met *Capnocytophaga canimorsus* als gevolg van een hondenbeet. Vooral immuungecompromitteerde patiënten lopen hierbij een verhoogd risico. De huisarts speelt een belangrijke rol bij het profylactisch behandelen en vroegtijdig insturen van deze patiëntengroep. Het uitvragen van diercontact kan richting geven bij een onbegrepen acuut ziektebeeld.

Sepsis is een ernstige complicatie van een infectie, met orgaanfunctie en uiteindelijk orgaanfalen tot gevolg. Het is cruciaal om sepsis te herkennen, omdat vroeger verwijzing en behandeling de prognose gunstig kunnen beïnvloeden.^{1,2} Omdat het eerste contact vaak via de huisarts verloopt, speelt deze een sleutelrol.³ Voor een juiste antibioticakeuze en het starten van een eventuele aanvullende behandeling moet de focus van de sepsis worden achterhaald. In zeldzame gevallen is een dierenbeet de oorzaak van de sepsis.

INFECTIE NA EEN HONDENBEET

Volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde vinden naar schatting 150.000 hondenbeten per jaar plaats, waarvoor in ongeveer 30.000 gevallen medische hulp nodig is en jaarlijks gemiddeld 1 persoon overlijdt.⁴ In ons gezondheidscentrum zagen we in korte tijd 4 patiënten met deze infectie, die overleden of ernstige restschade overhielden. Een hondenbeet veroorzaakt doorgaans polybacteriële infecties. Bij een bijtverwonding moet de huisarts zich vergewissen

CASUS: MAN MET EEN HONDENBEET

Een 64-jarige man met reumatoïde artritis, waarvoor hij adalimumab en leflunomide gebruikt, krijgt bezoek van zijn huisarts thuis vanwege koorts en verwardheid. De huisarts treft een zieke man aan en meet de volgende waarden: saturatie 77%, bloeddruk 87/57 mmHg en pols 140/minuut. Bij navraag blijkt hij 2 dagen eerder gebeten te zijn door een hond. De huisarts laat onmiddellijk een ambulance komen. De patiënt komt ongeveer 1 uur na het eerste telefonische contact met de huisarts op de SEH aan. Ondanks optimale therapie overlijdt hij diezelfde dag aan een fulminante septische shock met multi-orgaanfalen. Post mortem wordt de diagnose *Capnocytophaga canimorsus*-sepsis gesteld.

KADER RISICOFACTOREN VOOR EEN GEOMPLICEERD BELOOP NA EEN HONDENBEET⁵

- Gebruik van afweeronderdrukkende medicatie:
 - glucocorticoïden: dagelijks prednisolon > 20 mg of equivalent hiervan gedurende > 2 weken
 - methotrexaat
 - TNF-alfablokkers [bijvoorbeeld infliximab, adalimumab, eternacept]
 - alkyliserende middelen [bijvoorbeeld cyclofosfamide, melfalan]
 - chemotherapeutica
 - transplantatiegerelateerde middelen [bijvoorbeeld cyclosporine, tacrolimus, sirolimus]
 - overige immunosuppressiva [bijvoorbeeld azathioprine]
- Status na splenectomie en functionele asplenie
- Actieve hematologische of oncologische maligniteit
- Status na orgaantransplantatie

van de lokalisatie van de verwonding en de tetanusvaccinatie-status, en nagaan of de patiënt immuungecompromitteerd is om in te schatten of er een verhoogd risico is op een gecompliceerd beloop [**kader**]. De patiënt uit de casus is immuungecompromitteerd door gebruik van adalimumab (een TNF-alfablokker) en leflunomide (DMARD, een *disease modifying antirheumaticum*).

De NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijt-wonden adviseert profylactisch antibiotica na een mensen- of kattenbeet, diepe prikbeten en kneusbijt-wonden, en bij een bijtwond aan de hand/pols, been/voet, het gelaat of de genitalia. Antibioticaprofylaxe is altijd geïndiceerd na een bijtwond bij patiënten met risicofactoren voor een gecompliceerd beloop. De eerste keuze is amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 500/125 mg gedurende 5 dagen. Bij penicillineovergevoeligheid luidt het advies doxycycline 1 dd 100 mg (eerste dag 200 mg) gedurende 5 dagen.⁵

Op het moment van voorschrijven van immunosuppressiva en bij patiënten zonder functionele milt dient de behandelend arts voorlichting te geven over het verhoogde infectierisico, het gebruik van antibioticaprofylaxe en het belang van tijdig



Expliciet vragen naar recent diercontact kan nuttige informatie opleveren bij een onbegrepen acuut ziektebeeld.

Foto: Shutterstock

contact bij het ontwikkelen van koorts of andere klachten. Omdat de huisarts na een bijtewond het eerste aanspreekpunt is, krijgt de patiënt bovendien het advies om deze per brief of telefonisch op de hoogte te brengen. In het patiëntendossier kan de huisarts opnemen dat een patiënt immuungecompromiteerd is en/of na een bijtewond profylactisch antibiotica nodig heeft. Ook dienen doktersassistenten op dit gebied scholing te krijgen, omdat de triage via hen verloopt. De patiënt uit de casus heeft direct na de hondenbeet geen medische hulp gezocht.

CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS-INFECTIE

De patiënt in de casus bleek als gevolg van een hondenbeet een *Capnocytophaga canimorsus*-infectie te hebben. Dat is een weinig voorkomende, maar zeer ernstige oorzaak van een sepsis. *C. canimorsus*-infectie werd in 1976 voor het eerst beschreven.⁶ De bacteriën komen als commensaal voor in de hondenbek, met een incidentie van 19%, en worden ook bij katten gevonden.⁷ Daarnaast zijn gevallen bekend waarbij transmissie plaatsvond via een krabwond of andere vormen van contact.^{8,9} Sepsis kan ook zonder lokale ontstekingsverschijnselen ontstaan. Bij een onbegrepen sepsis na diercontact dient dus met deze diagnose rekening gehouden te worden. Een onderzoek uit 2010 toonde een jaarlijkse incidentie van 0,67 infecties als gevolg van een *C. canimorsus*-infectie per miljoen in Nederland. Dit lijkt echter een onderschatting; het is immers geen meldingsplichtige ziekte en de diagnose kan gemakkelijk worden gemist.¹⁰

Een infectie met *C. canimorsus* kan snel onttaarden in een fulminante sepsis, waarbij ernstige diffuse intravasale stolling

met huidafwijkingen van extremiteiten in het oog springen.⁹ De mortaliteit is met 25% hoger dan bij normale sepsis.¹¹ De bacterie is goed gevoelig voor B-lactam-antibiotica, zoals amoxicilline/clavulaanzuur, en ook voor doxycycline en clindamycine.¹¹ Profylactische behandeling met amoxicilline/clavulaanzuur na een hondenbeet bij risicopatiënten is dus ook voor dit type bacterie een adequate keuze. Vroeg starten is van levensbelang.

HERKENNING VAN SEPSIS

Bij een vermoeden op sepsis moet de patiënt onmiddellijk per ambulance naar het ziekenhuis worden gestuurd. Het herkennen van een beginnende sepsis in de eerste lijn is lastig en handvatten ontbreken. Bij de patiënt in de casus weken de vitale parameters sterk af, waardoor er geen twijfel bestond. In een eerdere fase zijn de symptomen echter subtieler en vaak moeilijk te onderscheiden van minder ernstige aandoeningen.

De scoresystemen die in de ziekenhuissetting worden gebruikt om de ernst van de sepsis te voorspellen, zoals de quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), zijn niet gevalideerd in de huisartsensetting. Onlangs hebben Nederlandse onderzoekers een scoremodel voor huisartsen ontwikkeld dat de kans op sepsis kan voorspellen bij acuut zieke volwassenen. De meegewogen factoren zijn leeftijd, temperatuur, bloeddruk pols, saturatie en verandering in bewustzijn.¹² Verder onderzoek is echter nodig om vast te stellen of dit scoremodel effectief kan worden gebruikt bij de beslissing om een patiënt met vermoeden van sepsis te verwijzen.

CONCLUSIE

Bij sepsis is vroeger herkenning en verwijzing door de huisarts van levensbelang. We beschreven een patiënt die overleed aan een fulminante sepsis als gevolg van een oppervlakkige bijtverwonding door een hond. De verwekker, *C. canimorsus*, is een goed behandelbare bacterie die voorkomt in menige hondenbek. Patiënten met immunosuppressiva of (functionele) asplenie dienen na een bijt-wond, ongeacht het type, profylactisch te worden behandeld met antibiotica. ■

LITERATUUR

1. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friederich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. *N Eng J Med* 2017;376:2235-44.
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Med* 2017;43:304-77.
3. Loots FJ, Smits M, Van Steensel C, Giesen P, Hopstaken RM, et al. Management of sepsis in out-of-hours primary care: a retrospective study of patients admitted to the intensive care unit. *BMJ Open* 2018;8:e022832.

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



Blader naar pagina 48 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

DE KERN

- Vroegtijdige herkenning van sepsis in de eerste lijn is cruciaal, omdat snelle verwijzing en behandeling de mortaliteit en blijvende schade verminderen.
- Een zeldzame maar vaak fatale oorzaak van sepsis is een infectie met de bacterie *Capnocytophaga canimorsus* als gevolg van een hondenbeet, vaak zonder lokale ontstekingsverschijnselen van de bijt-wond.
- Expliciet vragen naar recent diercontact kan nuttige informatie opleveren in geval van een onbegrepen acuut ziektebeeld, in het bijzonder bij een immuungecompromitteerde patiënt.
- Antibioticaprofylaxe is volgens de behandelrichtlijn van het NHG bij alle immuungecompromitteerde patiënten geïndiceerd na een bijt-wond.

Rutten KHG, Loots FJ, Venekamp RP, Godschalk PCR, Van Haaften L. Fatale sepsis als gevolg van een hondenbeet. *Huisarts Wet* 2023;66(4):33-5. DOI:10.1007/s12445-023-2206-y. Meander Medisch Centrum Amersfoort, afdeling Interne geneeskunde, Amersfoort: K.H.G. Rutten, aios interne geneeskunde, khg.rutten@meandermc.nl. Afdeling Medische Microbiologie en Medische Immunologie: dr. P.C.R. Godschalk, arts-microbioloog. Afdeling Intensive Care: L. van Haaften, internist-intensivist. Julius Centrum UMC Utrecht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Utrecht: dr. F.J. Loots, arts-epidemioloog; dr. R.P. Venekamp, associate professor. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Uw diagnose 'Bultje op de buik'

André Moyakine

Een 50-jarige man komt op uw spreekuur met een bultje hoog op de buik, dat verder geen klachten geeft. Het zit er al jaren en lijkt niet te veranderen, maar de patiënt krijgt er soms wel opmerkingen over. Hij wil graag weten wat het is en of het kwaad kan. Hij is gezond en gebruikt geen medicijnen. De familieanamnese levert geen bijzonderheden op.

Wat is uw diagnose?

1. Dermatofibroom
2. Derde accessoire tepel
3. Naevus naevocellularis
4. Fibroma pendulans

➤ Het antwoord leest u op pagina 41 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Bultje op de buik'.

Figuur 1

Een bultje op de buik



Subcutane atrofie na triamcinolonacetonide-injecties

Hajar Aharouay, Florence van Hunsel, Eugène van Puijenbroek

Een relatief eenvoudige medische verrichting kan voor de patiënt zeer vervelende en ontsierende gevolgen hebben. Bij toediening van glucocorticoïd-triamcinolonacetonide kan subcutane atrofie optreden, een lokale bijwerking in de vorm van een zichtbare 'deuk' op de injectieplaats. We gaan in op de meldingen die Bijwerkingencentrum Lareb over dit cosmetische effect in de loop der jaren heeft ontvangen en bespreken de rol van de injectietechniek en -plaats.

CASUS EEN DEUKJE IN DE HEUP

Een 57-jarige vrouw kreeg voor het trochantair pijnsyndroom (gemeld als bursitis) een injectie met triamcinolonacetonide 40 mg/ml in haar heup toegediend door haar huisarts. Vier maanden later viel het de patiënte op dat ze een 'deukje' had ter hoogte van de injectieplaats [figuur]. Tien maanden later heeft deze plek een omvang die mevrouw omschrijft als 'een halve sinaasappel'. In de loop van het jaar is de omvang hiervan afgenomen. Details over de toegepaste injectietechniek ontbreken.

Huisartsen gebruiken geregeld triamcinolonacetonide bij een breed scala aan aandoeningen waarbij plaatselijke niet-infectieuze ontstekingsverschijnselen een rol spelen, bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen, zoals een tenniselleboog, jicht, artrose, en ook bij onder andere het carpaletunnelsyndroom, verschillende vormen van tenosynovitis en reumatoïde artritis. Dit glucocorticoïd wordt voor een lokaal anti-inflammatoir effect geïnjecteerd in een gewricht, de slijmbeurs of een peesschede, of bij de aanhechting van de pees. Voor een algemeen anti-inflammatoir effect krijgt de patiënt triamcinolonacetonide intramusculair. Afhankelijk van de toepassing wordt een van de beschikbare sterktes gebruikt: 10 mg/ml of 40 mg/ml.

Triamcinolonacetonide is een synthetisch glucocorticoïd en als injectie sinds 1966 in Nederland op de markt.^{1,2} Het kan per injectie worden ingezet als lokale behandeling bij articulaire en peri-articulaire aandoeningen, zoals synovitis op basis van artrose en reumatoïde artritis. Intralaesionaal wordt het gebruikt bij huidaandoeningen, zoals keloïd en gelokaliseerde hypertrofische, geïnfilterde laesies van lichen planus.

Na intra-articulaire of andere vormen van lokale toediening van triamcinolonacetonide treedt langzaam volledige systemi-

Figuur

Subcutane atrofie ter hoogte van het dijbeen op de plaats van de injectie



sche absorptie op. Zo is na ongeveer 6 dagen meer dan 80% en 90% van een intra-articulaire injectie van respectievelijk 40 mg en 10 mg triamcinolonacetonide geabsorbeerd.^{1,2}

BIJWERKINGEN

Glucocorticoïdinjecties kunnen zowel systemische als lokale bijwerkingen geven. Bekende systemische bijwerkingen van triamcinolonacetonide zijn onder andere bijnierschorsinsufficiëntie door remming van de hypothalamus-hypofyse-bijnier (HPA)-as via een negatief feedbackmechanisme, infecties, effecten op de glucoseregulering bij diabetici en erythema faciale.¹⁻³ Bij langdurig gebruik van corticosteroiden kan ook een atrofie van de huid zelf optreden, waarbij de huid dunner kan worden, en teleangiëctasieën en een perkamentachtige

DE KERN

- Subcutane atrofie is een relatief onbekende bijwerking na injecties met triamcinolonacetonide.
- Subcutane atrofie ontwikkelt zich meestal 1 tot 4 maanden na de injectie.
- Een goede injectietechniek voorkomt mogelijk het aantal gevallen.

huid kunnen ontstaan. De atrofie die we hier bespreken betreft echter een dieper liggende atrofie van de subcutis na injectie, die ook bij een enkele toediening kan ontstaan.

Voorbeelden van lokale bijwerkingen zijn hypopigmentatie, subcutane atrofie en irritatie op de injectieplaats. De injectietechniek kan hierbij een rol spelen. Bij intra-articulaire injectie dient te worden vermeden dat het gewrichtskapsel te sterk opzwelt en er steroïd achterblijft bij het terugtrekken van de naald.^{1,2,4-6} Subcutane atrofie hangt waarschijnlijk samen met lekkage van het steroïd in het subcutane weefsel, wat waarschijnlijker is bij injecties in kleine gewrichten, waaromheen het subcutane weefsel dunner is dan bij grotere gewrichten.^{3-4,7-10} Bij intradermale toediening wordt verder gewaarschuwd voor het in te spuiten volume. Dat dient te worden beperkt tot 1,0 mg (0,1 ml) per injectieplaats, omdat grotere volumina een grotere kans op subcutane atrofie geven.¹ Bij intradermale toediening wordt alleen de sterkte van 10 mg/ml triamcinolonacetonide gebruikt.

Voor de juiste injectietechnieken verwijzen we naar de geldende protocollen van het NHG.¹¹⁻¹⁴

SUBCUTANE ATROFIE

Subcutane atrofie komt voor bij gebruik van diverse corticosteroïden die per injectie worden toegediend.^{5-8,15-19} We zien het vaker bij preparaten die meer lipofiel zijn.⁷ Daarom is het aan te raden steroïden met een hoge lipofiliteit, zoals triamcinolonacetonide en methylprednisolonacetaat, bij voorkeur te injecteren in gewrichten en dieper gelegen structuren, zoals de knie, elleboog en schouder.^{6,20} Triamcinolonacetonide heeft een grotere kristalgrootte dan methylprednisolonacetaat, en is op triamcinolonhexacetonide na het minst wateroplosbare injecteerbare corticosteroïd.^{9,20} Deze eigenschappen maken dat triamcinolonacetonide langer op de injectieplek blijft en daarmee ook een groter risico op subcutane atrofie en andere cutane bijwerkingen met zich meebrengt. Steroïden met een wateroplosbaarheid, zoals betamethason-natrium en dexamethason, worden bij voorkeur geïnjecteerd in zachte weefsels, zoals de peesschede en carpale tunnel.^{6,20}

Subcutane atrofie ontwikkelt zich meestal 1 tot 4 maanden na de injectie.^{3,4} Vaak zijn deze klachten reversibel binnen een jaar na ontstaan, maar dit is niet altijd het geval. Soms is een behandeling door een plastisch chirurg nodig.^{8,10,15} De atrofie wordt veroorzaakt door een afname in het aantal en de grootte van adipocyten, samen met een verminderde collageenproductie, die de oorzaak

is van het dunner worden van de dermis en epidermis.

De NHG-Standaard Schouderklachten vermeldt dat de geschatte kans op bijwerkingen van een corticosteroïdinjectie klein is.²¹ Uit onderzoeken blijkt dat subcutane atrofie bij intra-articulaire injectie bij minder dan 1-8% van de patiënten optreedt.^{3,4,7,9,20}

Tussen 28 september 1993 en 10 februari 2022 ontving Bijwerkingencentrum Lareb 37 meldingen van subcutane atrofie op de injectieplaats bij triamcinolonacetonide. Dit aantal is geen afspiegeling van de werkelijke incidentie, omdat niet alle bijwerkingen bij het Lareb gemeld zullen worden. De meldingen geven wel inzicht in de duur van de klachten, behandeling en gevolgen voor de patiënt. In de meeste gevallen weten we niet welke injectietechniek is gebruikt en of er juist is geïnjecteerd. Opmerkelijk is dat alle meldingen vrouwelijke patiënten betreffen. Ook in casusbeschrijvingen in de literatuur is dit vrouwelijk overwicht terug te vinden.^{5,6,10,15,16,18,19} Een verklaring hiervoor ontbreekt echter.

COSMETISCHE IMPACT

Subcutane atrofie is een relatief onbekende bijwerking die in de dagelijkse praktijk relevant is voor de huisarts. Voor zover wij weten vermelden alleen de NHG-Standaarden Schouderklachten en Epicondylitis deze bijwerking.^{21,22}

Wanneer patiënten toelichten waarom de subcutane atrofie voor hen belastend was, gaat het in bijna alle gevallen om de cosmetische impact die deze heeft. Verschillende patiënten vermelden dat ze geïnformeerd hadden willen worden over deze mogelijke bijwerking. Omdat de patiëntenbijsluiter, in tegenstelling tot de officiële productinformatie, subcutane atrofie niet vermeldt, is het des te belangrijker dat de huisarts dit risico bespreekt. Dan kan de patiënt deze informatie meewegen in de keuze voor een behandeling. Bij daadwerkelijk optreden van subcutane atrofie is het goed om de patiënt over het waarschijnlijke beloop te vertellen.

Het risico op subcutane atrofie kan worden geminimaliseerd door een deskundige injectietechniek en door de keuze van het meest passende preparaat en verdunning. Deze hangen af van de indicatie en plaats. Voor de injectietechniek verwijzen we naar de geldende NHG-protocollen, zoals het protocol voor injectie bij het trochantair pijnsyndroom en de werkbeschrijving voor intra-articulaire injectie van de schouder. Bij intra-articulaire injectie dient lekkage langs het naaldspoor vermeden te worden. ■

LITERATUUR

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

Aharouay H, Van Hunsel FPAM, Van Puijenbroek EP. Subcutane atrofie na triamcinolonacetonide-injecties. Huisarts Wet 2023;66(4):36-7. DOI: 10.1007/s12445-023-2213-z.
Bijwerkingencentrum Lareb, 's-Hertogenbosch: H. Aharouay, apotheker, h.aharouay@lareb.nl; dr. F.P.A.M. van Hunsel, apotheker-epidemioloog; prof. dr. E.P. van Puijenbroek, huisarts n.p., klinisch farmacoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus 'Op de bank slapen'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 59-jarige man staat al om 7:30 uur voor de deur van de praktijk met een jampotje vol urine. Hij vertelt de doktersassistente dat hij 's nachts zo veel plast. Zijn baas had hem op een mogelijke blaasontsteking geattendeerd. De doktersassistente vindt dat hij er slecht uitziet en maakt een praatje met hem terwijl ze de urine nakijkt.

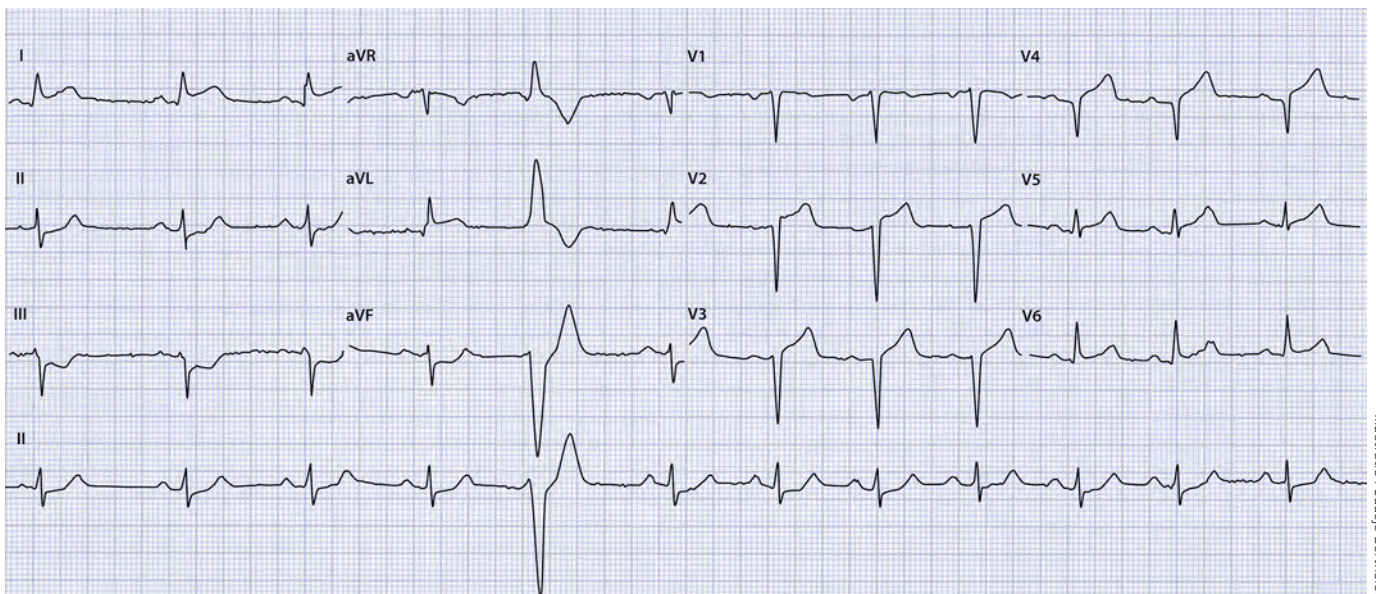
Voorgeschiedenis: CVRM, matig verhoogd risico. Depressie met vitale kenmerken. Zorgmijdend – hij liep eerder 4 weken door met een appendicitis voordat hij hulp zocht, waarop appendectomie volgde.

Medicatie: Simvastatine 1 dd 40 mg, amlodipine 1 dd 5 mg, venlafaxine 1 dd 75 mg.

Anamnese: De patiënt slaapt sinds 2 weken op de bank, omdat hij te weinig lucht krijgt bij het traplopen. Ook wanneer hij plat ligt, heeft hij last (orthopneu). Hij moet veel meer plassen in de nacht dan anders (5 keer, normaal 1 keer). De afgelopen nacht had hij nog meer klachten: om 4:00 uur werd hij wakker met braakneigingen en een akelig knellend

gevoel in zijn bovenbuik. Hij had dat de laatste dagen eerder gehad, maar alleen bij inspanning. Zo'n nacht wil hij nooit meer meemaken en hij voelt zich nog steeds belabberd. De man rookt een pakje sigaretten per dag en gebruikt verder geen middelen. Hij woont alleen. Hij werkt op de sociale werkplaats en is dat tot gisteren blijven doen. De doktersassistente laat hem in de behandelkamer op de onderzoeksbank plaatsnemen en roept meteen de huisarts erbij.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 128/78 mmHg, puls 64/min, regulair. Saturatie 93%. Hart: normale tonen, geen soufflé. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis met inspiratoir crepiteren beiderzijds basaal. Enkels: pitting oedeem tot de knieën. De urine bevat vrij veel eiwit, maar geen tekenen van een blaasontsteking. De huisarts maakt een ecg en wil vervolgens bloedonderzoek doen in verband met mogelijk hartfalen.



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 46 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Op de bank slapen.'

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.

Antwoord Uw Diagnose

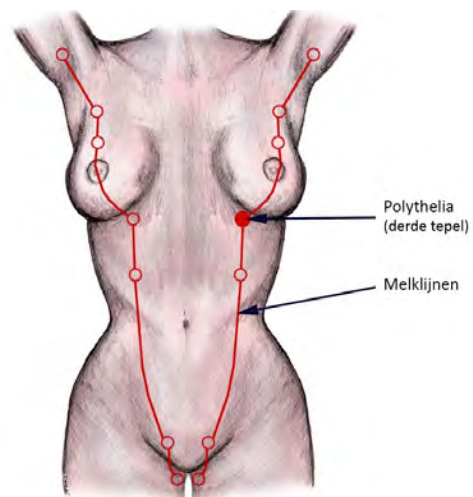
‘Bultje op de buik’

Er is hier sprake van een derde (accessoire) tepel. ‘Polythelia’ en ‘polymastia’ zijn de termen die in de literatuur vaak gebruikt worden bij mensen die meer dan 2 tepels respectievelijk borsten hebben. In de algemene populatie komt dit relatief vaak voor, namelijk bij 1-6% van de mensen, vaker bij vrouwen dan bij mannen. Klinisch heeft een accessoiretepel geen betekenis. In de praktijk worden deze tepels niet altijd als zodanig herkend, waardoor er waarschijnlijk sprake is van onderrapportage.

Om de juiste diagnose te kunnen stellen, is de lokalisatie heel belangrijk. Accessoiretepels ontstaan uitsluitend op het traject van de zogenaamde melklijnen [figuur]. Deze beginnen axillair en eindigen inguinaal. Het grootste gedeelte van deze melklijnen verdwijnt, maar een klein gedeelte kan resterend. Een accessoire tepel komt zowel zonder als met onderliggend mammaweefsel voor. Bij vrouwen en meisjes kan het borstweefsel reageren op de hormonale fluctuaties van de menstruatiecyclus. De kans dat er in een accessoireborst een mammacarcinoom ontstaat, is net zo groot als die bij normale borsten. Hoe verder een accessoiretepel ontwikkeld is, des te makkelijker het is om deze van andere diagnoses te onderscheiden. Zo zien we bij deze patiënt niet alleen een huidkleurige papel, maar ook een bruinrode macula/vlakke verhevenheid perifeer (zoals bij een echte tepel). Dit is niet het geval bij een dermatofibroom en een fibroma pendulans (wel bij een samengestelde naevus). Tevens ontbreekt het zogenaamde *dimpling sign*, wat we bij de dermatofibromen wel zien (bij het knijpen in de laesie ontstaat er een kuiltje). Bij deze patiënt ziet u ook een haar uit de papel groeien, wat niet ongebruikelijk is voor een tepel, maar wel voor een dermatofibroom of fibroma pendu-

Figuur

Ligging van de embryonale melklijnen waaruit accessoiretepels en -borsten kunnen ontstaan, ook bij mannen



lans. Tot slot is het onderscheid met een naevus naevocellularis het makkelijkst te maken met een dermatoscoop. Bij een derde tepel ontbreken er namelijk melanocytair kenmerken. Met dank aan

LITERATUUR

1. Mamilla supplementaria (accessoire tepel). Beschikbaar via: <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/mtxt/Mamilla-Supplementaria.htm>. Geraadpleegd op 10 januari 2023.
2. Burdick AE, Thomas KA, Welsh E, Powell J, Elgart GW. Axillary polymastia. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:1154-6.

Wat is het beleid bij extra vingers of tenen?

Willemijn van den Hout, Just Eekhof

Er zijn veel vormen van polydactylie: van een stompvormig aanhangsel zonder bot tot een hele extra vinger of teen. De congenitale afwijking valt al bij de geboorte op en kan geïsoleerd voorkomen, maar kan ook onderdeel zijn van een erfelijk syndroom. Erfelijkheidsadvies is geïndiceerd bij complexe vormen van polydactylie, bij bijkomende congenitale afwijkingen en bij een negatieve familieanamnese.

De embryonale ontwikkeling van de extremiteiten is een complex proces dat begint vanaf week 4-8 na de conceptie.¹ In dat proces kunnen extra vingers of tenen ontstaan, variërend van een stompvormig aanhangsel zonder bot tot een gedeeltelijk of geheel duplicaat. Bij polydactylie ontstaat dus niet simpelweg een dubbele digitus, maar een combinatie van hypoplastische structuren en abnormaal gevormde gewrichten, pezen en ligamenten. De termen 'splitsing' of 'bifurcatie' omschrijven dat beter dan 'duplicatie'.^{2,3}

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Polydactylie heeft vele vormen, die in 4 grote groepen kunnen worden onderverdeeld; ook gecombineerde vormen komen voor:

- preaxiale polydactylie: een extra duim of hallux (radiale zijde)
- postaxiale polydactylie: een extra pink of kleine teen (ulnaire zijde)
- centrale polydactylie: extra digitus II, III of IV
- ulnadimelie: spiegelhand

Preaxiale polydactylie

In de literatuur worden diverse classificatiesystemen besproken om de verschillende fenotypen van preaxiale polydactylie logisch in te delen. De 2 meest gebruikte systemen in Nederland zijn de wasselclassificatie en de complexere rotterdamclassificatie.

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.

Postaxiale polydactylie

De classificatie van Temtamy en McKusick onderscheidt 2 typen binnen deze groep. Bij type A heeft de patiënt een gedeeltelijk of volledig ontwikkelde extra pink of kleine teen. Bij type B is dit een rudimentair stompje zonder bot.^{3,4}

Centrale polydactylie

Bij centrale polydactylie is in de meeste gevallen digitus IV betrokken, soms digitus III en zelden digitus II. Centrale polydactylie is in 90% van de gevallen geassocieerd met syndactylie (synpolydactylie).¹

Ulnadimelie

Bij spiegelhand is het ulnaire deel van de onderarm gedupliceerd en gespiegeld aanwezig, terwijl radius en duim ontbreken. Klinisch is de beweeglijkheid van pols en elleboog beperkt. Een mogelijk bijkomende afwijking is fibuladimelie, ofwel spiegelvoet. Dit is een gespiegelde duplicatie van de fibula en de buitenste tenen, waarbij tibia, hallux en tweede teen ontbreken.^{1,2,5}

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Met een adequate anamnese en lichamelijk onderzoek is het stellen van de diagnose 'polydactylie' op zichzelf geen probleem. Polydactylie kan geïsoleerd voorkomen, maar ook geassocieerd zijn met syndromen zoals het pateausyndroom (trisomie 13), het downsyndroom, fanconianemie en het ellis-creveldsyndroom.⁶ Andere afwijkingen die bij deze syndromen kunnen voorkomen, zijn hartafwijkingen, nierafwijkingen (hoefijzernieren), groeiachterstand, verstandelijke beperking, dysmorphe gelaatskenmerken, anusatresie, ziekte van Hirschsprung, afwijkingen van het zenuwstelsel (epilepsie) en niet-ingedaalde testikels. Bij een zuigeling met polydactylie is het dus belangrijk om alert te zijn op andere congenitale afwijkingen. Daarbij is het van belang om te weten dat postaxiale polydactylie type B (rudimentair stompje aan de pink of kleine teen) meestal onschuldig is, maar dat andere vormen van polydactylie consequenties hebben voor het beleid (genetisch onderzoek) en dat daarbij dus verwijzing nodig is. Alle genoemde vormen kunnen zowel familiair als sporadisch voorkomen en zowel onderdeel zijn van een syndroom als van een geïsoleerde afwijking.

Figuur 1

Rechervoet met een extra teentje



Figuur 2

Linkervoet met aanhangend stuk weefsel [waar soms wel, soms geen botjes in zitten]



Figuur 3

Postaxiale polydactylie: extra vinger aan de pinkzijde



EPIDEMIOLOGIE

Polydactylie komt in het algemeen vaker voor aan de handen dan aan de voeten en is vaker een geïsoleerde aandoening dan onderdeel van een syndroom.³ De prevalentie wordt geschat op 0,3 tot 2,3 per 1000 levendgeborenen, bij mannen tweemaal zo hoog als bij vrouwen. De incidentie van preaxiale polydactylie (extra duim) wordt geschat op 0,08 tot 0,23 per 1000 levendgeborenen per jaar.⁷ Centrale polydactylie en postaxiale polydactylie type A komen zelden voor.⁴ Ulnadimelie is zeer zeldzaam en meestal unilateraal; in de literatuur zijn minder dan 100 patiënten beschreven.^{1,5}

De meest voorkomende vorm van polydactylie is postaxiale polydactylie type B. Dit type komt bij een Afrikaanse migratieachtergrond bijna tienmaal zo vaak voor als bij mensen met een Europese achtergrond: de incidenties zijn ongeveer 6,6 versus 0,77 per 1000 levendgeborenen. Bij 75% van de patiënten is de afwijking bilateraal en 85% heeft een positieve familieanamnese. Postaxiale polydactylie type B is meestal een geïsoleerde afwijking die autosomaal-dominant overerft met verminderde penetrantie.^{1,2}

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Ouders komen met hun kind op het spreekuur omdat na de geboorte is opgevallen dat het kind een extra vinger of teen heeft.

ANAMNESE

Vraag naar:

- het voorkomen van polydactylie in de familie
- het voorkomen van syndromen in de familie
- consanguïniteit van de ouders
- andere congenitale afwijkingen bij het kind (hartafwijkingen, nierafwijkingen, anusatresie, ziekte van Hirschsprung)
- andere aandoeningen bij het kind die kunnen duiden op het bestaan van een syndroom (epileptische aanvallen, doofheid, mentale retardatie, ontwikkelingsachterstand, gedragsproblemen)

ONDERZOEK

De extra vinger of teen valt vaak direct op bij de geboorte. Bij het lichamelijk onderzoek kan er sprake zijn van een stompvormig aanhangsel zonder bot, dan wel van een gedeeltelijk of volledig ontwikkelde extra vinger of teen.

De extra vinger of teen heeft vaak een normale sensibiliteit, maar functioneert slecht en kan de functie van andere normale vingers of tenen belemmeren. Ook geeft hij hinder bij het dragen van (hand)schoenen en kan hij cosmetisch storend zijn.⁸

Inspecteer beide handen en voeten, want bij dezelfde patiënt kunnen meerdere vormen van polydactylie voorkomen. Let daarbij op syndactylie, brachydactylie, clinodactylie, oligodactylie, hypoplastische nagels en een dwars doorlopende handlijn.

Let bij het algemeen lichamelijk onderzoek op andere conge-

nitale afwijkingen of dysmorphe kenmerken, bijvoorbeeld de grootte van het hoofd en dysmorphe gelaatskenmerken (schisis, scheefstand van de ogen), want bij polydactylie kan sprake zijn van verschillende syndromen. Meet lengte en gewicht om te achterhalen of er sprake is van een groeiachterstand, ausculteer het hart om een soufflé uit te sluiten, inspecteer de anus op malformaties en palpeer de testikels om te kijken of deze zijn ingedaald. Ga tot slot na of er nog andere dysmorphe kenmerken zijn.

BELEID

Geruststelling

Stel ouders gerust als het kind een rudimentaire stomp aan de pink of kleine teen heeft, er geen andere congenitale afwijkingen zijn en de familieanamnese positief is (de afwijking komt vaker voor in de familie). Het is dan een onschuldige afwijking die vooral bij personen met een donkere huidskleur voorkomt (bij 75% van de patiënten aan beide handen of voeten).

Erfelijkheidsadvisering

Alle andere typen polydactylie zijn een indicatie voor verwijzing naar een klinisch geneticus. Ook polydactylie type B met bijkomende congenitale afwijkingen of een negatieve familieanamnese is een indicatie voor verwijzing naar een klinisch geneticus voor verdere diagnostiek.

Opereren of afbinden?

Vroeger was het gebruikelijk om een rudimentaire stomp direct post partum af te binden, meestal door een huisarts of verloskundige. Na gemiddeld 10 dagen trad necrose op, waarna de extra digitus afviel. Tegenwoordig wordt polydactylie echter niet meer in de eerste lijn behandeld, maar wordt het kind verwezen naar de plastisch kinderchirurg.

Bij complexe postaxiale polydactylie heeft chirurgische resectie de voorkeur; bij een rudimentaire stomp is zowel afbinden als opereren een optie.^{5,9}

Voor preaxiale polydactylie zijn verschillende operatietechnieken beschreven. Bij de meeste patiënten wordt een van beide duimen gereceerd en de andere gereconstrueerd. Meestal is de ulnaire duim beter ontwikkeld en wordt de radiale duim gereceerd. Soms is een complexere operatie nodig.^{7,10} Veel patiënten bereiken postoperatief een goede handfunctie. Bij ongeveer 15% is een tweede ingreep nodig ter correctie van gewrichtsinstabiliteit of scheefstand.¹⁰

WAT IS AANGETOOND?

We vonden 1 systematische review (10 onderzoeken) over het verschil tussen afbinden en chirurgische excisie bij postaxiale polydactylie met een rudimentaire stomp.⁹ Bij de geïncludeerde onderzoeken waren slechts 2 vergelijkende onderzoeken met kleine aantallen; de overige waren patiëntenseries. Daarom zijn de conclusies eenduidig. Er waren 2 patiëntenseries naar het afbinden van de extremiteiten. In 1 serie resulteerde het afbinden bij 43% in een blijvend aanhangsel en in de andere serie bleef bij 6,9% een pijnlijk

DE KERN

- Polydactylie heeft een complexe pathogenese en veel uitingvormen; de afwijking valt meestal direct na de geboorte op.
- Een stompvormig aanhangsel aan de pink of kleine teen komt met name vaak voor bij mensen met een Afrikaanse migratieachtergrond; de afwijking is meestal onschuldig.
- Stel de ouders gerust als het kind aan pink of kleine teen een rudimentaire stompje zonder bot heeft, de familieanamnese positief is en het kind geen bijkomende congenitale afwijkingen heeft.
- Verwijs altijd naar een klinisch geneticus bij complexe vormen van polydactylie, bij bijkomende congenitale afwijkingen en bij een negatieve familieanamnese.
- Verwijs het kind rond de leeftijd van 6-12 maanden naar een plastisch kinderchirurg voor een operatie.

aanhangsel bestaan waarvoor een tweede ingreep nodig was. Er waren 6 patiëntenseries naar chirurgische excisie en in 5 daarvan verliep de operatie zonder complicaties. Het grootste geïncludeerde onderzoek was een cohortonderzoek met 148 patiënten. Hierin traden na afbinden complicaties op bij 23,5%, versus 3% na chirurgische resectie. Complicaties waren onder andere neurinoomvorming, blijvend aanhangsel en infecties.

WANNEER VERWIJZEN?

Geadviseerd wordt het kind rond de leeftijd van 6-12 maanden te verwijzen naar een plastisch kinderchirurg. De ingreep vindt idealiter plaats voor de ontwikkeling van de fijne motoriek. De exacte timing is arbitrair en afhankelijk van het type polydactylie en de hinder die het kind ondervindt. Bij de meeste kinderen vindt een operatie plaats op de leeftijd van 1 jaar, bij complexe vormen van polydactylie wordt soms langer gewacht om de handfunctie preoperatief beter te kunnen beoordelen.^{1,2,10}

Bij alle kinderen met complexe polydactylie, met een bijkomende congenitale afwijking of met een negatieve familieanamnese is verwijzing naar een klinisch geneticus geïndiceerd voor erfelijkheidsadvisering en voor diagnostiek van een mogelijk syndroom.

Postoperatief kan verwijzing naar een gespecialiseerde ergotherapeut nuttig zijn om de handfunctie te beoordelen en een zo goed mogelijk gebruik van de hand te stimuleren. Bij oudere kinderen kan aanvullende fysiotherapie met gerichte oefeningen zinvol zijn.⁸

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Er bestaan geen zinvolle preventieve adviezen voor polydactylie. ■

LITERATUUR

1. Guo B, Lee SK, Paksima N. Polydactyly: a review. Bull Hosp Jt Dis 2013;71:17-23.
2. Faust KC, Kimbrough T, Oakes JE, Edmunds JO, Faust DC. Polydactyly of the hand. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2015;44:E127-34.
3. Malik S. Polydactyly: phenotypes, genetics and classification. Clin Genet 2014;85:203-12.

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

Van den Hout W, Eekhof JA. Wat is het beleid bij extra vingers of tenen? Huisarts Wet 2023;66(4):42-5. DOI:10.1007/s12445-023-2217-8.

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde, Leiden: Willemijn van den Hout, huisarts in opleiding; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddo-cent: j.a.h.eekhof@lumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W nu ook te volgen via social media

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

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



Antwoord ecg-casus 'Op de bank slapen'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie en regelmaat* | In de 10 seconden hartactiviteit van het ecg zijn er van links naar rechts 12 complexen te zien, de frequentie is 72/min. Er is een geleidelijk verkortend RR-interval, wat past bij het effect van de ademhaling. Er is 1 afwijkende slag. Het ritme is dus voornamelijk regelmatig.
2. *As* | De meest positieve afleidingen zijn afleiding I (horizontaal) en avL (wijst naar linkerschouder (-30 graden)). De meest iso-elektrische as is afleiding II (die verloopt onder een hoek van +60 graden, een as loodrecht daarop past dus eveneens bij -30 graden). Omdat II niet netto negatief is, is de as niet naar links gedraaid, maar ligt deze nog op de acceptabele grens van -30 graden. De as is dus horizontaal.
3. *P-top* | Normaal. Overal binnen normale proporties en positief (behalve in V1 en aVR, wat normaal is).
4. *PQ-tijd* | Normaal. Eén blokje breed (dat is 5 mm ofwel 200 ms).
5. *Q* | In V4 is de R-verdwenen en is er dus een QS-complex. Dat is pathologisch. Ook in V2-3 is er veel negatieve activiteit door te geringe R-progressie, maar er is hier nog een kleine r zichtbaar. Dus is er in V2-3 geen QS-patroon, maar een rS-patroon.
6. *QRS* | Eén keer een brede extra slag: VES. Verder slanke QRS-complexen met normale voltages. De R-progressie over de voorwand wijkt sterk af van V2 tot V4 door ernstig R-verlies.
7. *ST-segment* | 1-2 mm ST-elevatie in de voorwand en lateraal (I, avL, V2-6). Met reciproke ST-depressies in de onderwand (II, III en avF).

8. *T-top* | T-topinversie V2-4.
 9. *QT-tijd* | Normaal. 10 mm (= 400 ms) en minder dan de helft van de cyclusduur.
 10. *Ritme* | Sinusritme.
- + *Conclusie* | Beeld van acuut lateraal infarct (ST-elevaties in I, avL, V5-6 met reciproke depressies in de onderwand) en ouder anteroseptaal infarct met R-verlies V2-4.

2. HET VERDERE BELEID

De huisarts regelt met spoed ambulancevervoer. De patiënt krijgt een oplaaddosis ascal en in het ziekenhuis volgt een hartkatheterisatie met stentplaatsing in de circumflexarterie. In de LAD is ook een significante stenose te zien, maar hier is stenting niet mogelijk. In een later stadium volgt hier bypasschirurgie. De resterende linkerventriek-ejectiefractie is 38%, waarmee er sprake is van hartfalen met verminderde ejectiefractie (HFrEF). De patiënt wordt begeleid op de hartfalenpoli en krijgt hartrevalidatie. Ter secundaire preventie schrijft de arts plaatjesremming en ACE-remming voor, naast de statine die hij al had. Verder krijgt hij een lisdiureticum en na enkele weken – als de situatie stabiel is – ook een bètablokker. Waarschijnlijk heeft hij in de periode vlak voordat hij op de bank ging slapen ongemerkt een septaal infarct gehad door plaqueruptuur of -erosie in de LAD. Dat verklaart het klinische beeld van hartfalen met dyspneu d'effort, orthopneu en nycturie. De nacht voordat hij naar de praktijk kwam is waarschijnlijk het infarct in de circumflexarterie ontstaan, met prominente ST-elevaties in I, avL, V5-6.

Knelpunten in de Nederlandse huisartsenzorg in 2021

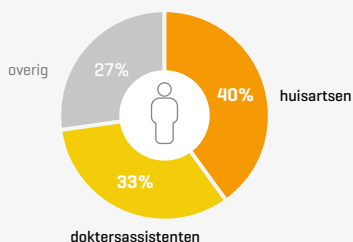
PRAKTIJSAMENSTELLING

In een huisartsenpraktijk werken gemiddeld

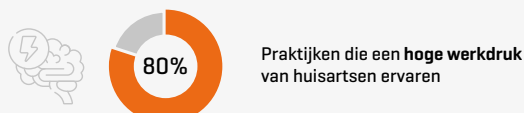
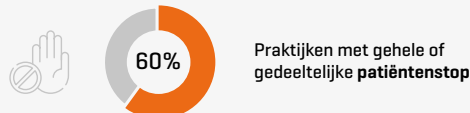
11,7 PERSONEN



232,2 UREN PER WEEK

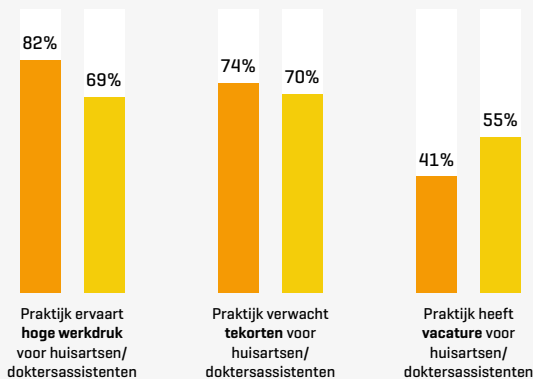


PRAKTIJKONTWIKKELINGEN

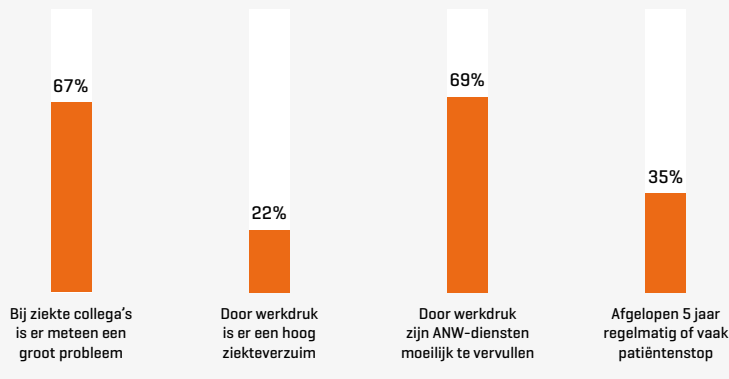


ERVAREN KNELPUNTEN

voor huisartsen voor doktersassistenten



praktijken



REGIONALE SPREIDING KNELPUNTEN

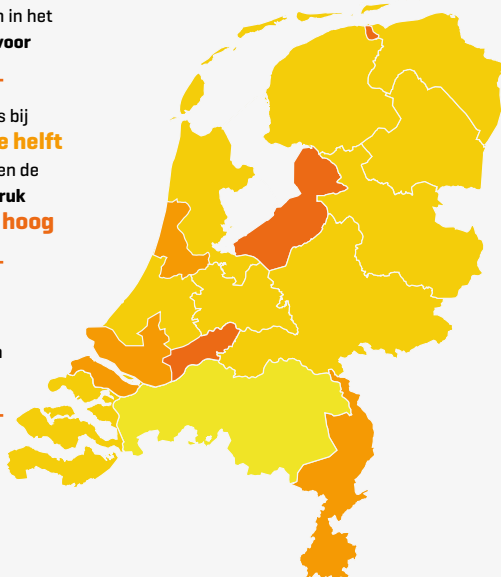
Knelpunten

rond de functie van huisarts komen in het **hele land veel voor**

In alle regio's is bij **meer dan de helft** van de praktijken de **ervaren werkdruk** van huisartsen **hoog**

en wordt er een **tekort** aan huisartsen verwacht

Aantal ervaren knelpunten
1 2 3 4 5 of 6



VERWACHTING



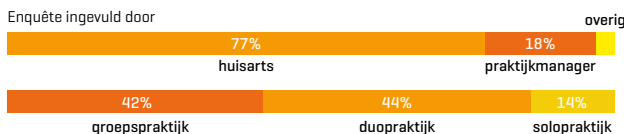
Werkdruk voor praktijken komende jaren **onverminderd hoog** en bij het **merendeel** van de praktijken zal er sprake zijn van een [tijdelijke] **patiëntenstop**



Regionale samenwerking kan **bijdragen** aan een **oplossing** voor het **arbeidsmarktprobleem**

Het onderzoek

In oktober en november 2021 zijn in totaal 3914 praktijken aangeschreven.



Deze visualisatie is een beknopte samenvatting van het Nivel-rapport 'De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021'. Batenburg R, De Geit E, Flinterman L, Keuper J, Van Schaijk A, Vis E. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel, 2022.

Sepsis door dierenbeet

1. Voor sommige bijtonden is antibiotische profylaxe geïndiceerd. Wat is volgens de NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtonden hiervoor de eerste keus?¹

- Amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 500/125 mg gedurende 3 dagen
- Amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 500/125 mg gedurende 5 dagen
- Flucloxacilline 4 dd/500 mg gedurende 3 dagen
- Flucloxacilline 4 dd/500 mg gedurende 5 dagen

2. Is dit ook voor profylaxe van infectie met *Capnocytophaga canimorsus* een adequate keuze?²

- Ja, de bacterie is hiervoor gevoelig
- Nee, de bacterie is hiervoor niet gevoelig

3. Langdurig (> 2 weken) prednisongebruik kan een risicofactor zijn voor een gecompliceerd beloop na een hondenbeet. Vanaf welke dosering geldt dit?^{1,2}

- Meer dan 5 mg
- Meer dan 10 mg
- Meer dan 20 mg

4. Het infectierisico van een bijtong hangt onder meer af van het type wond. Welke soort bijtong geeft het hoogste risico op infecties?¹

- Kneusbijtonden, zoals door een paard
- Scheurbijtonden, zoals door een hond
- Prikbijtonden, zoals door een kat

5. Welk advies ten aanzien van reiniging van een bijtong geeft u?¹

- Spoelen met kraanwater, verwijderen van débris
- Spoelen met kraanwater, verwijderen van débris en reinigen met desinfectans



Foto: Shutterstock

6. De beslissing of een patiënt met koorts moet worden verwezen naar de SEH is onder meer gebaseerd op metingen van de huisarts. Uit eerder onderzoek op de HAP bleek dat huisartsen niet altijd een complete set aan vitale parameters noteren in het dossier (bloeddruk, polsfrequentie, ademprequentie, temperatuur en bewustzijn). Bij hoeveel patiënten in dit onderzoek werden wel alle parameters genoteerd?³

- Ongeveer 1 op de 10
- Ongeveer 1 op de 5
- Ongeveer 1 op de 3
- Ongeveer 1 op de 2

7. Welke parameter werd het minst vaak genoteerd?³

- Ademprequentie
- Bewustzijn
- Bloeddruk
- Polsfrequentie

8. Sophie, 9 jaar, is in haar bovenarm gebeten door haar pony. De huisarts ziet ter plekke een hematoom, de huid is oppervlakkig beschadigd.

Sophie kan de arm nog goed gebruiken. Zij is gezond en volledig gevaccineerd. Is antibioticaprofylaxe op dit moment geïndiceerd?¹

- Ja, vanwege de locatie (bovenarm)
- Ja, vanwege het type dier (pony)
- Ja, vanwege het type wond (kneusbijtong)
- Nee

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

LITERATUUR

- Wichers IM, Bouma M. NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtonden. Utrecht: NHG, 2017. Richtlijnen. nhg.org.
- Rutten KHG, et al. Fatale sepsis als gevolg van een hondenbeet. Huisarts Wet 2023;66[4]:33-5. <https://www.henw.org>.
- Latten GHP, et al. Koorts op de HAP: vitals, beslisregels en niet-pluisgevoel. Huisarts Wet 2022;65[8]:21-5. <https://www.henw.org>.

ANTWOORDEN

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

Nieuw onderzoek naar arbeidsparticipatie en kanker

Amber Daniëlle Zegers

Voor veel (ex-)kankerpatiënten is het financieel noodzakelijk om te werken. Daarnaast vormt een baan voor hen een sociale verbinder en bevordert gevoelens van normaliteit, identiteit en zingeving. Werkgerelateerde ondersteuning is voor deze patiënten dus van belang. STEPS is een nieuw onderzoek naar arbeidsparticipatiebegeleiding, die vroegtijdig vanuit de ziekenhuissetting wordt aangeboden.

Jaarlijks krijgen ongeveer 124.000 mensen de diagnose kanker, van wie 40-50% in de werkzame leeftijd. Mensen met (een verleden met) kanker hebben meer kans op baanverlies en werkloosheid dan de gezonde bevolking.^{1,2} Arbeidsparticipatiebegeleiding kan helpen, maar is in verschillende vormen nog onvoldoende effectief gebleken.³

Toch wordt in de zorg weinig gesproken over werk.⁴ Artsen, verpleegkundig specialisten en paramedici weten vaak nog niet goed welke rol ze binnen het arbeidsparticipatieproces van (ex-)kankerpatiënten kunnen spelen. Ook beperkingen in beschikbare tijd en binnen hun functie en samenwerkingsmogelijkheden kunnen een belemmering vormen. Hoewel er uiteenlopende mogelijkheden voor werkgerelateerde ondersteuning bestaan, blijken deze moeilijk vindbaar en weinig op elkaar afgestemd.

In SusTained Employability of cancer Patients and their partnerS (STEPS) wordt de (kosten)effectiviteit van een nieuw arbeidsparticipatieprogramma onderzocht, door deze te vergelijken met de standaard(na)zorg. Lessen uit eerdere interventies komen in STEPS samen. Zo krijgen patiënten vroegtijdig (variërend van 3 tot 18 maanden na de diagnose) en proactief werkgerelateerde ondersteuning aangeboden vanuit de ziekenhuissetting. Hun oncoloog of verpleegkundig specialist benadert ze voor deelname, waarna ze gedurende 6 maanden ondersteuning krijgen van klinische en eerstelijnsgerotherapeuten, in samenwerking met re-integratieconsulenten en de bedrijfsarts. Het STEPS-programma wordt voor elke deelnemer continu gepersonaliseerd. (Ex-)kankerpatiënten die deelnemen aan het onderzoek worden ingeloot in het STEPS-programma (n = 118) of de standaardnazorggroep (n = 118).

De primaire uitkomstmaat is het aantal gewerkte uren. Secundaire uitkomstmaten zijn onder andere zelfgerapporteerd werkvermogen en kwaliteit van leven. Parallel aan dit onderzoek loopt een vragenlijstonderzoek naar de gezondheids- en werkgerelateerde ervaringen van 267 partners van mensen met (een verleden met) kanker. (Ex-)kankerpatiënten en partners kunnen samen of los van elkaar meedoen aan het onderzoek. De werving voor beide onderzoeken loopt tot medio 2023. De eerste resultaten worden vanaf april 2024 verwacht. ■



Werkgerelateerde ondersteuning is belangrijk voor [ex-]kankerpatiënten, maar deze is vaak niet effectief.

Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. De Wind A, Tamminga SJ, Bony CAG, Diether M, Ludwig M, Velthuis MJ, et al. Loss of paid employment up to 4 years after colorectal cancer diagnosis – a nationwide register-based study with a population-based reference group. *Cancers (Basel)* 2021;13:2868.
2. De Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, Van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009;301:753-62.
3. De Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD007569.

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

Zegers AD. Nieuw onderzoek naar arbeidsparticipatie en kanker. *Huisarts Wet* 2023;66[4]:51. DOI:10.1007/s12445-023-2189-8. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Public and Occupational Health: A.D. Zegers, PhD-kandidaat, a.zegers@amsterdamumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Werkt oxybutynine tegen opvliegers?

Grietje Lier, Dika Luijendijk

Sommige vrouwen met overgangsklachten vragen om niet-hormonale medicamenteuze behandeling. We onderzochten welk effect oxybutynine heeft op opvliegers, nachtrust, kwaliteit van leven en bijwerkingen bij gezonde vrouwen. Uit 2 trials met een hoog risico op bias blijkt dat oxybutynine een effectieve en veilige optie kan zijn.

Een 52-jarige vrouw komt op het spreekuur vanwege frequente opvliegers die haar nachtrust ernstig verstoren. Ze hoorde van een kennis dat oxybutynine kan helpen. Is dat ook zo? In de pathofysiologie van opvliegers zijn behalve hormonen ook neurotransmitters betrokken, waaronder acetylcholine. Oxybutynine zou vanwege de anticholinerge werking effectief kunnen zijn bij opvliegers. Toch noemen de NHG-Standaard De overgang en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dit middel niet als behandelingsoptie. Het is ook niet voor opvliegers geregistreerd.

ZOEKSTRATEGIE

Op 29 september 2022 zochten we in PubMed naar literatuur met de volgende zoekstrategie: 'oxybutynin or cholinergic antagonist' and 'hot-flashes or vasomotor-symptoms or hyperhidrosis or menopause or climacteric', in alle velden en als Mesh-terms. Dit leverde 379 hits op. Er waren 25 placebo-

controleerde trials, waarvan die van Simon et al. en Leon-Ferre et al. de vraagstelling betroffen.^{1,2} Van de 104 reviews ging er 1 over medicatie voor overgangsklachten.³ Deze meldde 1 van de reeds gevonden trials.¹ De overige hits waren ongeschikt, voornamelijk omdat ze andere indicaties of medicijnen betroffen. In de Cochrane Library zochten we vervolgens in 'Title, Abstract, Keywords' met 'oxybutynin hot-flashes'. Deze zoekstrategie leverde 8 hits op; 6 betroffen al eerder gevonden trials en 2 een andere indicatie of ander vergelijkingsmiddel.

BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKEN

Simon et al. beschrijven een gerandomiseerde, dubbelgeblindeerde trial in 16 onderzoekscentra en gynaecologieklinieken in de Verenigde Staten.¹ Via advertenties wierven de onderzoekers 148 vrouwen van 40 tot 65 jaar met 7 of meer matig ernstige opvliegers per dag. Exclusiecriteria waren gebruik van anticholinergische of hormonale medicijnen, ovariëctomie en een psychiatrische aandoening. De deelnemers kregen gedurende 12 weken eenmaal daags oxybutynine 15 mg met vertraagde afgifte of een placebo. Ze hielden de frequentie en ernst van de opvliegers bij in een dagboek. Ook rapporteerden ze maandelijks hun slaapkwaliteit. Tijdens de follow-upbezoeken werd naar bijwerkingen gevraagd. Het effect op opvliegers berekenden de onderzoekers met een covariantieanalyse. De trial liet een afname zien van matig ernstige opvliegers in



Bij ernstige opvliegers kunt u oxybutynine in een lage dosis overwegen, maar het middel is voor deze klacht niet geregistreerd. Foto: Shutterstock

het voordeel van oxybutynine versus placebo. Dit gold voor de ernst ervan (-1,0 op een schaal van 0-3 bij een gemiddelde van 2,6 bij aanvang; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -1,3 tot -0,7) en het aantal (-4,8 per dag bij een gemiddelde van 11,3 bij aanvang; 95%-BI -6,4 tot -3,2). De slaapkwaliteit verbeterde enigszins.

DROGE MOND

De effecten waren al na een week zichtbaar. Bijna de helft van de vrouwen had last van een droge mond als gevolg van oxybutynine (risicoverschil 47%; 95%-BI 33 tot 58%). Ook traden vaker dyspepsie (11%), diarree (10%) en blaasontsteking (7%) op. De uitval vanwege bijwerkingen was hoger in de oxybutyninegroep (risicoverschil 9%; 95%-BI 0,1% tot 9,4%).

Leon-Ferre et al. voerden een gerandomiseerde dubbelblinde trial uit in 10 tweede- of derdelijnscentra in de Verenigde Staten. Ze rekruteerden 150 vrouwen van gemiddeld 57 jaar met 28 of meer opvliegers per week gedurende minimaal een maand. Ongeveer twee derde van hen had borstkanker gehad. Exclusiecriteria waren behandeling met chemotherapie en een anticholinergicum, en eerder gebruik van oxybutynine. De vrouwen kregen gedurende 6 weken dagelijks 2 x 2,5 ml oxybutynine, 2 x 5 ml oxybutynine (beide 1 mg/ml), 2 x 2,5 ml placebo of 2 x 5 ml placebo. Ze hielden de ernst en frequentie van de opvliegers bij in een dagboek. Ze registreerden ook slaap, kwaliteit van leven en bijwerkingen. De auteurs analyseerden de opvliegerscore (ernst x frequentie) met een *repeated-measures mixed model*.

Leon-Ferre et al. rapporteren voor beide oxybutyninegroepen een vermindering van opvliegers vergeleken met een placebo. Voor de 2 x 2,5 mg-groep was dat 4,9 op de opvliegerscore (bij een aanvangsgemiddelde van 17,6; 95%-BI 0,8 tot 9,0), en voor 2 x 5 mg daags was het 11,2 (bij een aanvangsgemiddelde van 19,6; 95%-BI 5,1 tot 17,3). Ook wat betreft slaap en kwaliteit van leven ervoeren de deelnemers een verbetering in het voordeel van oxybutynine. Wel hadden volgens clinicaltrials.gov meer vrouwen bijwerkingen door oxybutynine 2 x 2,5 mg 9% (95%-BI -8% tot 25%) en door oxybutynine 2 x 5 mg 23% (95%-BI 4% tot 40%).⁵ Een droge mond en urineretentie kwamen het meest voor.

KRITISCHE BEOORDELING

Beoordeling vond plaats met de Cochrane risk of bias tool. In de trial van Simon et al. bepaalde een toevalsgenerator de allocatievolgorde, maar het is onduidelijk of deze volgorde voor de rekruteerders geheim werd gehouden. Bij aanvang van de trial had de oxybutyninegroep vaker en ernstiger klachten dan de placebogroep. Hiervoor corrigeerden de onderzoekers wel in de analyse. Ondanks blinding met een placebo kunnen veelvoorkomende specifieke bijwerkingen de meting van de (subjectieve) uitkomsten hebben beïnvloed. De totale uitval was hoog (18%) en hoger in de oxybutynine- dan in de placebogroep (23% respectievelijk 13%). Voor ontbrekende waarden gebruikten de onderzoekers een biasgevoelige methode. De producent van oxybutynine sponsorde de trial en 1

van de auteurs had voor dit bedrijf gewerkt. De trial werd pas enkele jaren na afronding op clinicaltrials.gov geregistreerd. We kunnen concluderen dat het risico op bias hoog is. In de trial van Leon-Ferre et al. beperkt de inclusie van een relatief groot aantal vrouwen dat tamoxifen gebruikte de generaliseerbaarheid van de resultaten naar een eerstelijns populatie. De werving via advertenties vergroot die juist weer. Bias door verschillen tussen de groepen op baseline kan niet uitgesloten worden vanwege de (restrictieve) dynamische allocatiemethode, de vermelding van baselinekenmerken voor slechts 113 vrouwen en correctie voor slechts een deel van de gemelde verschillen in de analyses. Bij 15% van de deelnemers ontbraken data en clinicaltrials.gov vermeldt dat 25% de trial niet voltooidde. Een intention-to-treatanalyse werd slechts gedaan als sensitiviteitsanalyse. Volgens het artikel financierde de (onafhankelijke) Breast Cancer Research Foundation de trial, maar volgens clinicaltrials.gov ging het om het ACCRU, een onderzoeksnetwerk voor industriegeponsorde trials. Ook bij deze trial is het risico op bias dus hoog.

CONCLUSIE

Twee trials suggereren dat oxybutynine een klinisch relevante vermindering van opvliegers geeft, en een kleine verbetering van de nachtrust en kwaliteit van leven. Bijwerkingen traden vaak op, maar waren niet ernstig. Zowel de effecten op opvliegers als die op bijwerkingen waren onzeker voor de laagst geteste dosering (2 x 2,5 mg per dag) en het grootst voor de hoogste dosering (15 mg XR per dag). Ondanks het beperkte aantal trials, die bovendien een hoog risico op bias hebben, valt een (off-label) behandeling met oxybutynine in een lage dosis te overwegen bij ernstige opvliegers, gezien de effectgrootte, milde bijwerkingen en het gebrek aan niet-hormonale alternatieven. ■

LITERATUUR

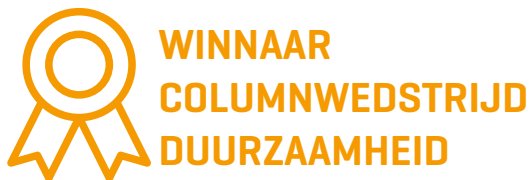
1. Simon JA, Gaines T, LaGuardia KD; Extended-Release Oxybutynin Therapy for VMS Study Group. Extended-release oxybutynin therapy for vasomotor symptoms in women: a randomized clinical trial. *Menopause* 2016;23:1214-21.
2. Leon-Ferre RA, Novotny PJ, Wolfe EG, Faubion SS, Ruddy KJ, Flora D, et al. Oxybutynin vs placebo for hot flashes in women with or without breast cancer: a randomized, double-blind clinical trial (ACCRU SC-1603). *JNCI Cancer Spectr* 2020;4:pkz088.
3. Guttuso T Jr. Effective and clinically meaningful non-hormonal hot flash therapies. *Maturitas* 2012;72:6-12.

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

Lier G, Luijendijk HJ. Werkt oxybutynine tegen opvliegers? *Huisarts Wet* 2023;66(4):52-3. DOI:10.1007/s12445-023-2190-2. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: G. Lier, huisarts in opleiding; dr. H.J. Luijendijk, senior onderzoeker, h.j.luijendijk@umcg.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Buiten is beter



Daar zit ze, heel trots, iets meer dan een meter boven de grond. Haar witte, broze haren wapperen in de wind, weerkaatsen het zonlicht dat schittert tussen het groen. Haar beentjes bungelen onder haar kromme romp. Stevig klampt ze zich vast aan een dikke, knoestige tak. Ze giechelt als een meisje, waardoor haar rimpels dieper worden. Ze heeft het gehaald! Helemaal op eigen kracht is ze in deze boom geklommen. Een jaar geleden verscheen ze met haar dochter op mijn spreekuur. Al maanden was ze haar huis niet uit geweest. Ze voelde zich verdrietig en leeg, miste haar geliefde, at nauwelijks en bewoog al helemaal niet. Haar dochter vroeg me: 'Kunt u wat antidepressiva voorschrijven?' Ik antwoordde: 'Dat zou ik kunnen doen, maar die medicijnen werken niet tegen eenzaamheid.' Ik vroeg haar waar ze vroeger blij van werd. Ze vertelde over wandelingen met haar geliefde in het bos en hoe ze elke maand een duik in de zee had genomen. Ik schoof haar een receptpapiertje toe: 'Durft u dit aan?'. Het duurde even tot ze begreep wat ik op het papiertje had gekrabbeld. Met een voorzichtige glimlach las zij de woorden hardop voor: 'Boomklimmen Voor Bejaarden'. Zachtjes knikte ze met haar hoofd een ja.

Waar was ik gebleven? Oh ja: de herhaalrecepten. Ik tuur naar het computerscherm:

Wat zijn het er veel! Ik fantaseer nog even verder.

Hoeveel recepten zouden kunnen vervallen

wanneer ik daadwerkelijk 'Natuur Op Recept' zou voorschrijven en patiënten mee naar buiten zou nemen om ze opnieuw te verbinden met de natuur?

Morgen mag ik zelf naar buiten. Met mijn mede natuurgidsen in opleiding gaan we op slootjesexpeditie, ons verwonderen over de waterdieren. Ik heb er zin in. Dit is zo goed voor mijn eigen gezondheid: een zelfgeschreven recept dat herhaald mag worden. ■



Tasje de Koning, huisarts en docent huisartsopleiding

Tasje de Koning wint met deze bijdrage de columnwedstrijd over het thema duurzaamheid. Namens de H&W-redactie van harte gefeliciteerd!

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. Mariëlle van Avendonk [adjunct-hoofdredacteur, huisarts n.p.], 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], Justus Raap [marketing], Susan Umans, Steven de Kock, dr. Peter Lucassen, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder en Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 506 55 00, redactie@nhg.org.

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Beeld: 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

H&W verschijnt 11 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

Programma OPEN is gestopt

SUCCESSVOLLE START ONLINE INZAGE



Foto: Unsplash

inzage, maar zien wel de voordelen. Bijvoorbeeld beter leesbare verslaglegging; dat biedt ook voordelen voor het praktijkpersoneel. Online inzage zorgt (nog) niet voor een lagere werkdruk. Dat komt mogelijk omdat de invoer van een andere werkwijze tijd kost. Huisartsen die langer ervaring hebben met online inzage, rapporteren meer voordelen dan degenen die er net mee zijn gestart.

Patiënten zijn tevreden over online inzage en zien een aantal voordelen. Zo wordt bijvoorbeeld het contact met de huisarts en/of praktijkondersteuner persoonlijker, en voelt men zich minder ongerust. Een systeem waarbij alle gegevens op 1 plek staan, heeft de voorkeur boven verschillende portalen. Patiënten zijn enthousiast en bereid om praktijken hiermee te helpen, bijvoorbeeld als vrijwilliger.

Belangrijk aandachtspunt blijven de mensen die minder goed kunnen lezen, schrijven of met computers omgaan: zij ervaren iets minder voordelen van online inzage.

Wat kunt u verwachten van het NHG?

Op onze vernieuwde website staat een overzichtspagina over online inzage (nhg.org/thema/online-inzage). Hier vindt u onder andere de [Richtlijn Online inzage](#). Daarnaast werken wij aan een [Praktijkhandleiding online inzage](#), waarvan deel 1 nog dit jaar op nhg.org komt. Daarin staat relevante en praktische informatie rondom online inzage, zodat u dat zinvol in het zorgproces kunt (blijven) inzetten. Hierbij hebben we uw medewerking nodig. Hoe? Dat hoort u nog.

Na 4 jaar is het programma OPEN gestopt. InEen, het NHG en de LHV startten OPEN om huisartsen te helpen bij het veilig online delen van het medische dossier aan hun patiënt. Tot 31 maart 2023 heeft het programma-team de regionale coalities ondersteund. Nu is het tijd voor de koepelorganisaties om het stokje over te nemen.

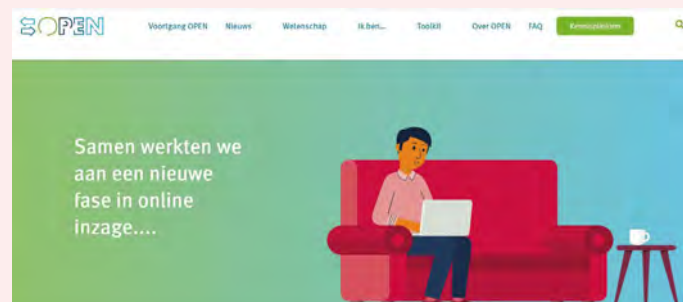
Wat heeft OPEN gerealiseerd?

OPEN ondersteunde huisartsen en huisartsenorganisaties om online inzage voor patiënten mogelijk te maken, via een patiëntenportaal of een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Ook zorgde OPEN voor landelijke afstemming van de ICT-aanpassingen in de huisartsinformatiesystemen (HIS'en). Een belangrijk uitgangspunt was dat OPEN de huisarts via regionale coalities ondersteunde, zodat het programma goed zou aansluiten bij regionale wensen en behoeften.

In Nederland is 97% van de huisartsenpraktijken aangesloten bij een van de regionale coalities. Inmiddels gebruiken maar liefst 2,7 miljoen Nederlanders van 16 jaar of ouder een portaal van de huisarts om hun huisartsgegevens in te zien. Nagenoeg alle huisartsenpraktijken staan op de Zorgaanbiederslijst van MedMij. Daarmee staan voor al deze praktijken de technische seinen op groen.

Effecten van online inzage

Drie onderzoeksinstituten deden onderzoek naar de effecten van online inzage in het dossier op de huisartsenzorg. Enkele conclusies: zorgverleners in huisartsenpraktijken moeten wennen aan online





...ondersteunt patiënt en arts voor, tijdens en na het consult.

Bezoeken in 2022

80 miljoen

15%
meer dan
in 2021



Per maand
6,6 miljoen



Per dag
217.902



Gemiddelde
bezoeksduur
1 min 33

Gebruikersonderzoek

70% was bekend met Thuisarts.nl
voor het bezoeken van de site

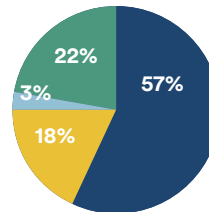


47% is
volledig geholpen
met de informatie
op Thuisarts.nl

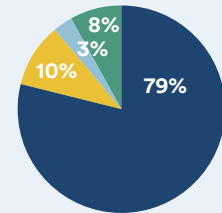
67% had nog geen
contact gehad
met een zorgverlener

Informatieaanbod en gebruik

Welke onderwerpen
bieden we aan?



Welke onderwerpen
bezoeken de gebruikers?



- Eerstelijnszorg
- Tweedelijnszorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Overige & gecombineerde eerste- en tweedelijnszorg



Highlights



Thuisarts.nl centrale
vindplaats van keuzekaarten
voor de eerste- en
tweedelijnszorg



Voor het eerst
informatie van
Thuisarts.nl
geïntegreerd in
een ziekenhuis-
website: OLVG



8 integraties binnen
bestaande platformen
in het zorglandschap

Content



Nieuw of geactualiseerd in 2022

28 nieuwsberichten

46 Onderwerpen
waarvan 8 eerstelijnszorg
en 38 tweedelijnszorg

286 Situaties

waarvan 147 eerstelijnszorg
122 tweedelijnszorg
en 17 GGZ

30 video's

6 keuzehulpen

De consultkaarten en keuzetabellen zijn omgezet naar
52 Keuzekaarten

5 meest bezochte
onderwerpen



- 1 Corona
- 2 Maagklachten
- 3 Blaasontsteking
- 4 Knieklachten
- 5 Keelpijn



RUIM AANBOD NHG E-LEARNINGS

Stel zelf uw nascholingsprogramma samen

Merkt u dat uw kennis over bepaalde onderwerpen in de geneeskunde niet meer geheel up-to-date is? Wilt u deze lacunes aanpakken? Kijk dan eens naar het ruime aanbod van NHG E-learnings.

De e-learnings van het NHG zijn sinds vorig jaar anders opgezet. In plaats van een programma met vaste onderwerpen stelt u zelf uw programma samen uit meer dan 60 verschillende e-learnings. Natuurlijk zitten hier e-learnings over herziene en nieuwe NHG-Standaarden bij, maar ook over 'oudere' standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en niet richtlijnggebonden onderwerpen die nuttig zijn in de huisartsenpraktijk. De e-learnings duren 1 tot 2 uur. Met dit diverse palet van onderwerpen van de huisartsenpraktijk van alledag is er altijd een e-learning die aansluit bij uw behoefte.

Kies uw nascholing uit ruim 60 verschillende NHG E-learnings.

In 2023 verschijnen onder andere de volgende nieuwe onderwerpen: problematisch alcoholgebruik, fractuurpreventie, voedingsovergevoeligheid, CVRM, acuut hoesten en spoedcasuïstiek palliatieve zorg.

Geen limiet accreditatiepunten

Tot 2023 gold dat u binnen uw abonnement NHG E-learnings maximaal 20 accreditatiepunten per jaar kon behalen. Vanaf dit jaar geldt er geen limiet meer. U kunt uw jaarabonnement dus optimaal gebruiken.

Innovaties voor 2023

In het najaar van 2022 vroegen we onze gebruikers naar hun ervaringen en verwachtingen. Dit onderzoek leverde ons veel bruikbare informatie op, waarmee we aan de slag zijn gegaan.

We werken aan de volgende vernieuwingen:

- ▶ **Kortere e-learnings**
De meeste NHG E-learnings duren ongeveer 2 uur. Dit jaar maken we ook kortere e-learnings van 30 of 60 minuten.
- ▶ **Geaccrediteerde podcasts**
We zijn een pilot gestart om te zien of er voldoende draagvlak is voor e-learnings in de vorm van geaccrediteerde podcasts.
- ▶ **Ook tablet- en mobielvriendelijk**
De NHG E-learnings zijn geoptimaliseerd voor gebruik op desktop en laptop. In de toekomst kunnen korte e-learnings ook op tablet en mobiel gemaakt worden.
- ▶ **Nieuw design NHG-Leeromgeving**
Er komt een nieuw design van de NHG-Leeromgeving met een betere navigatie tussen de verschillende onderdelen.

Kies voor een jaarabonnement met korting

Wilt u uw kennis up-to-date houden met kwalitatief hoogwaardige nascholing? Kies dan voor een voordelig jaarabonnement op NHG E-learnings. NHG-leden betalen € 235,- en niet-leden € 373,-. Daarmee krijgt u:

- ▶ Toegang tot alle beschikbare e-learnings
- ▶ Betrouwbare en onafhankelijke nascholing
- ▶ Geen maximum op het aantal te behalen accreditatiepunten
- ▶ 37% korting als NHG-lid

Een losse e-learning van 2 accreditatiepunten kost € 37,- voor NHG-leden en € 63,- voor niet-leden.

Sluit nu uw abonnement NHG E-learnings af



Scan de QR-code of ga naar nhg.org/nascholing-huisartsen.

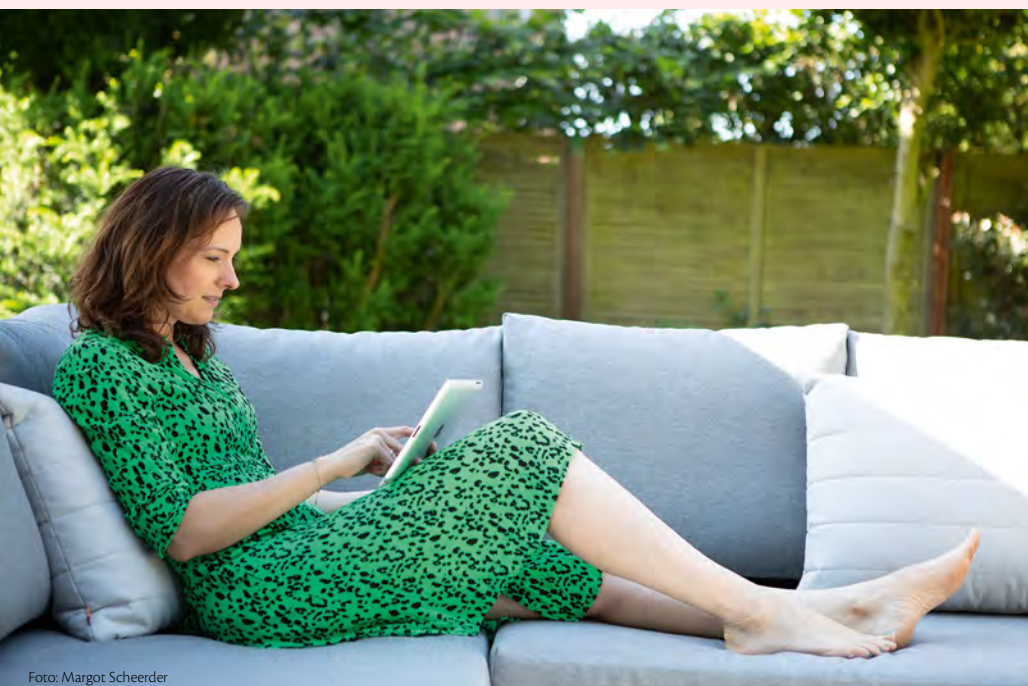


Foto: Margot Scheerder

Nieuw meerjarenbeleidsplan NHG!

Wat zeggen onze leden?

Het nieuwe NHG-meerjarenbeleidsplan voor de periode 2023-2027 is bijna gereed. Mede dankzij uw waardevolle bijdragen is het plan aangescherpt en verbeterd. Ruim 2000 NHG-leden deelden hun verwachtingen over het wetenschappelijk fundament, de kwalitatief hoogstaande vakuitoefening en de rol van de vereniging. In december 2022 konden alle 13.862 NHG-leden het digitale onderzoek invullen. 16% maakte hier gebruik van, een mooi percentage dat vergelijkbaar is met eerdere ledenraadplegingen.

→ Belangrijkste uitdagingen in het werk



→ Rol NHG bij uitvoerbaarheid huisartsenvak

Welke trends en ontwikkelingen in het huisartsenvak ziet u waar het NHG een rol in moet spelen?

- Uitvoerbaarheid van het huisartsenvak
- Digitale huisartsenzorg
- Verminderen van werkdruk
- Anders



→ Kwalitatief hoogstaande vakuitoefening



Top 5 van wat heeft u morgen nodig van het NHC


1. Verder ontwikkelen van Thuisarts.nl
2. Hulpmiddelen ter ondersteuning van uw praktijkuitvoering
3. NHG-Formularium in alle HIS'sen
4. Objectieve kwaliteitsnormen voor praktijkuitvoering en op ICT-gebied
5. Nascholing (e-learnings)

Top 5 van wat u over 5 jaar nodig heeft van het NHG

1. State-of-the-art vakinhoudelijke uitrusting die naadloos aansluit bij de praktijk
2. Aanjager van vernieuwing van het huisartsenvak
3. Actieve lobbyist naar overheid om voorlichtingscampagnes te intensiveren
4. Speelt een zichtbare rol in relevante maatschappelijke discussies
5. Stevige opstelling ten aanzien van maatschappelijke ontwikkelingen

→ Wetenschappelijk fundament

Twee derde van u noemt het vergemakkelijken van de uitvoerbaarheid van de richtlijnen als prioriteit voor het NHG om op te pakken. Het gaat dan om:

 **Korte termijn**
- Bieden van actuele richtlijnen

 **Langere termijn**
- Aanjagen van innovatie in de huisartsenzorg

Het vervolg

Op het moment van uitbrengen van H&W 4, april 2023, is de ontwikkeling van het meerjarenbeleidsplan in een laatste fase. De besluitvorming vindt plaats tijdens de **Algemene Ledenvergadering op 22 juni 2023**. Via e-mail en op NHC.org informeren wij u over de vervolgstappen.

