

Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid

Late gevolgen van radiotherapie
na borstkanker

Taalgebruik tijdens het SOLK-consult

Welke praktijk- en patiëntkenmerken
beïnvloeden persoonlijke continuïteit?

De balans vinden

Net als ik de drukte van het ochtendspreekuur te boven ben, lees ik met welke patiënt ik mijn middag begin: 'Heeft weer klachten van draaierigheid'. Een zucht ontsnapt me. Geen gemakkelijke klacht. Ik zie dat ze afgelopen jaren een aantal keren bij de kno-arts is geweest. Conclusie: 'Vestibulaire oorzaak. Ménière niet uitgesloten. Retour huisarts'. Als ze mij uiteindelijk met tranen in haar ogen vertelt dat ze niet meer auto durft te rijden of op pad durft te gaan, heb ik met haar te doen en ga ik er eens goed voor zitten. Mijn uitleg dat deze klachten waarschijnlijk nog regelmatig gaan terugkomen brengt haar verder uit balans. 'Is daar dan niets aan te doen?'

Draaiduizeligheid is een lastig probleem waarmee veel, vooral oudere, mensen regelmatig te maken krijgen. De klachten zijn invaliderend. Patiënten gaan bepaalde zaken vermijden, worden onzeker, komen geregeld terug op het spreekuur en hopen dat er een oplossing voorhanden is.

Huisartsen, en naar ik meen ook vaak kno-artsen, schrijven nog frequent beta-histine voor. Bij gebrek aan beter? In dit nummer beschrijven Ngo et al. dat in 2021 meer dan 60.000 Nederlanders betahistine slikten, hoewel er geen bewijs is voor het effect. Maar wat dan? Een epleymanoeuvre proberen en als dat geen zin heeft: jammer maar helaas?

Vestibulaire revalidatie is blijkbaar het codewoord, schrijven de onderzoekers. Zelfs maanden na de behandeling hebben patiënten met chronische duizeligheid minder last van draaiduizeligheid. De NHG-werkgroep Duizeligheid sluit zich hierbij aan en adviseert patiënten met langdurige draaiduizeligheidsklachten te verwijzen voor vestibulaire revalidatie. Maar wat te doen als mensen hiervoor geen aanvullende verzekering hebben of als er in de buurt geen fysio met dit aandachtsgebied is? Hebben de fysiotherapeuten hier wel capaciteit voor?

Ngo et al. bieden een op fysiotherapie gebaseerd alternatief: Vertigo Training. Dit betreft een online zelfhulpmethode, waarbij de patiënt 2 keer per dag gedurende 10 minuten, gewoon thuis, oefeningen kan doen. Ngo et al. willen deze methode landelijk uitrollen met een implementatieonderzoek en een mediacampagne. Hopelijk brengt dat mijn patiënt en mij een minder tollend hoofd. En wat meer balans in het spreekuur. ■

Annemarije Kruijs, redactielid




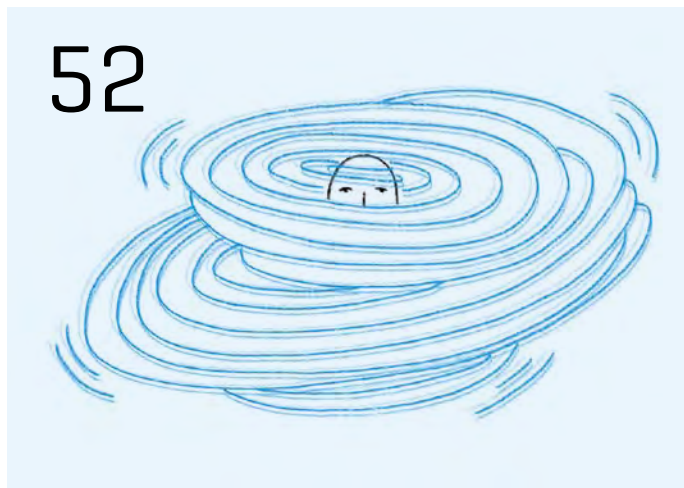


Wetenschap

- 10** **Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid**
Duizeligheid heeft een grote psychosociale impact op de patiënt en het is daarom belangrijk deze adequaat te behandelen. De auteurs beschrijven de huidige literatuur over vestibulaire revalidatie en bieden een stappenplan voor behandeling.
- 15** **Welke kenmerken van praktijk en patiënt beïnvloeden persoonlijke continuïteit?**
Het aantal huisartsen dat werkzaam is binnen 1 praktijk, het percentage waarneemcontacten en de duur van inschrijving van een patiënt. Deze en andere factoren hebben invloed op de persoonlijke continuïteit.
- 21** **Meer aandacht voor het persoonlijke verhaal**
 Onlangs verscheen de nieuwe visie 'Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek'. Dit opiniestuk sluit daarop aan met een praktische leidraad voor in de spreekkamer.
- 23** **Late gevolgen van radiotherapie na borstkanker**
De late gevolgen van borstkanker zijn soms onduidelijk. De klachten zijn divers en lang niet altijd fysiek. Bovendien is het verband met borstkanker vaak niet direct zichtbaar. Hoe kunnen huisartsen deze patiënten het best begeleiden?
- 28** **Taalgebruik tijdens het SOLK-consult**
Patiënten met SOLK communiceren op vergelijkbare wijze als andere patiënten en hebben dezelfde verwachtingen over de communicatie van de huisarts. Er bestaat geen 'typische SOLK-taal'.

Praktijk

- 31** **Voorkeurshouding van het hoofd bij zuigelingen**
Kleine kwaal over schedelvervorming (plagiocefalie) bij baby's. De belangrijkste oorzaak is te veel in dezelfde houding liggen, waardoor een milde afplatting ontstaat. Het natuurlijke beloop is gunstig.
- 34** **Uw diagnose 'Een bijzonder litteken'**
- 37** **Kennistoets 'Late gevolgen van radiotherapie na borstkanker'**
- 38** **Een onverwachte diagnose bij een brakende patiënte**
Bij braken denk je al snel aan gastro-intestinale oorzaken. Bij de patiënte in deze casus werd het symptoom braken echter veroorzaakt door een hersentumor rechts frontaal. De begeleidende klachten waren traagheid en initiatiefverlies.
- 43** **Gynaecologische echografie door de huisarts**
Verslag van een project waarin huisartsen voor transvaginale echo's konden verwijzen naar een kaderhuisarts in de regio. Dit leidde tot meer verwijzingen en een grotere tevredenheid.
- 45** **'Duurzaamheid is geen innovatie, maar corebusiness'**
 Interview met huisarts Dennis Pot, praktijkhouder van de eerste CO₂-neutrale praktijk. 'Het is kortzichtig om te zeggen dat huisartsen het te druk hebben voor verduurzaming.'



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Informeer ouders beter over afwijkende hielprikuitslag
- Onverklaarbare lichamelijke klachten door borstimplantaten onderschat
- Minder beroertes bij duursporters op leeftijd
- Laxantiavoorschriften bij opiaten
- Effectieve interventies tegen MRSA bij impetigo
- Lichaamsbeweging helpt tegen symptomen van Parkinson

49 Boek 'Ouderengeneeskunde in al haar facetten'

50 Nieuw onderzoek online behandeling bij duizeligheid

De eerstelijnszorg voor patiënten met chronische duizeligheid kan verbeteren door een gratis online zelfhulpmethode.

51 Nieuw onderzoek naar blefaritis

Hoe zijn de ervaringen van huisartsen en patiënten met de behandelopties ooglidrandhygiëne en topicale antibiotica bij blefaritis?

51 Nieuw onderzoek naar menstruatieverhalen

Onderzoekers willen via ervaringsverhalen menstruatieproblemen bespreekbaar maken, vrouwen (h)erkenning, informatie en steun geven en hen aanzetten om zo nodig hulp te zoeken.

NHG

52 Aanvullende aanbeveling NHG-Standaard Duizeligheid

In de NHG-Standaard Duizeligheid is een aanbeveling toegevoegd over het zelfstandig uitvoeren van vestibulaire revalidatie bij aanhoudende perifere draaiduizeligheid.

53 Slim registreren van chronische pijn in het HIS

In het HIS is nu makkelijker onderscheid te maken tussen acute en chronische pijn met de nieuwe ICPC-code voor chronische pijn A01.01.

55 Vernieuwde EKC-basisopleiding

55 Algemene Ledenvergadering op 22 juni 2023

56 Wetenschap als houvast

Maak kennis met Gideon den Ouden, lid van de Verenigingsraad van het NHG.

57 Reinigen oortrechters

58 Vaardigheden opfrissen met de NHG-Instructiefilms



www.henw.org

- (On)eigenlijk gebruik HAP in kaart gebracht
- Niet opereren heupfractuur bij kwetsbare ouderen is valide optie
- NTS versus klinische beslisregels bij pijn op de borst



H&W-podcast

- Over de artikelen met een podcastlogo is een podcast gemaakt. Beluister deze via je favoriete podcastapp. In samenwerking met NHG E-learnings is een pilot gestart: kijk op pagina 18.

Informeer ouders beter over een afwijkende hielprikuitslag

Silvan Licher

Ongeveer 20 keer per jaar geven Nederlandse huisartsen een afwijkende hielprikuitslag door aan ouders of verzorgers die wijst op fenylketonurie (PKU). Uit navraag onder de ouders/verzorgers van kinderen met PKU blijkt dat huisartsen een afwijkende uitslag het best kunnen doorgeven tijdens een huisbezoek, waarbij zij voldoende kennis over PKU moeten hebben. Deze lessen gelden mogelijk ook voor andere hielprikuitslagen.

Fenylketonurie (PKU) is een zeldzame, erfelijke afwijking die voorkomt bij 1 op de 18.000 pasgeborenen. Huisartsen worden geacht de ouders/verzorgers spoedig na de uitslag te informeren en te verwijzen voor verdere diagnostiek en eventuele behandeling met fenylalanine-vrije diëten. Een Nederlands onderzoek geeft huisartsen handvatten vanuit een ouderlijk perspectief om op gepaste wijze te communiceren over deze uitslag en het te verwachten beleid.

Vertegenwoordigers van de Nederlandse PKU Vereniging stuurden al haar 439 leden een vragenlijst over hun ervaringen met het contact met de huisarts na een afwijkende hielprikuitslag. In totaal vulden 113 (26%) ouders/verzorgers de vragenlijst in. Van hen gaf 40% aan dat zij tevreden waren over de communicatie van de huisarts. Het leeuwendeel was geïnformeerd door hun eigen huisarts (70%), gevolgd door een vervanger (13%) of een andere zorgverlener (12%). Bijna de helft (49%) gaf aan dat de huisarts op visite kwam om de uitslag te geven; in 37% van de gevallen gebeurde dat telefonisch. Tevreden ouders/verzorgers weten hun positieve ervaring aan het huisbezoek van de huisarts (64%), terwijl degenen die ontevreden waren wezen op de beperkte kennis van de huisarts over PKU (72%).

Beperkingen van het onderzoek zijn de selectieve populatie en de beperkte



response. Er was ook kans op 'recall bias', met een interval tussen de boodschap van de huisarts en de respons op dit onderzoek, die opliep tot 40 jaar. Ondanks deze beperkingen is de boodschap dat huisartsen hun rol in de hielprikscreening kunnen verbeteren door met voldoende

kennis het gesprek aan te gaan, bij voorkeur tijdens een huisbezoek. ■

Haitjema S, et al. Communication of an abnormal metabolic new-born screening result in the Netherlands: the parental perspective. Nutrients 2022;14:3961.

Onverklaarbare lichamelijke klachten door borstimplantaten onderschat?

Pieter Raps

Er is nog veel onbekend over het bestaan van breast implant illness (BII) bij siliconen borstimplantaten. Uit een Nederlands onderzoek blijkt BII in ongeveer 4% van de gevallen de reden voor revisiechirurgie en dat is veel minder dan revisie door lokale complicaties. Toch is het raadzaam de diagnose BII te overwegen als een vrouw met borstimplantaten aanhoudende lichamelijke klachten heeft.

Ondanks de aandacht voor (vermeende) systemische bijwerkingen van siliconen borstimplantaten in de media blijft onduidelijk hoe vaak BII aanlei-

ding is voor chirurgische verwijdering of vervanging. Aan de hand van data uit de Dutch Breast Implant Registry (DBIR) verrichtten onderzoekers een deels retrospectief en deels prospectief cohortonderzoek onder volwassen vrouwen met borstimplantaten. In het retrospectieve cohort ondergingen 8806 vrouwen een heroperatie. Bij 4,2% van de cosmetische borstimplantaten en 2,7% van de reconstructieve implantaten was BII de reden voor een heroperatie. Vaker waren lokale klachten de reden voor heroperatie: kapselvorming (37,9%), borstpijn (24,2%) en implantaatruptuur (22,5%). Dit beeld is

Minder beroertes bij duursporters op leeftijd

Wieneke Vlastra

Het was al bekend dat boezemfibrilleren vaker voorkomt bij oudere mannen die fanatiek aan duursport doen dan bij hun leeftijdsgenoten die dat niet doen. Uit een Noors patiënt-controleonderzoek blijkt nu dat zij desondanks minder vaak een beroerte krijgen.

Duursporters hebben op oudere leeftijd een verhoogd risico op boezemfibrilleren, omdat het cardiale bloedvolume is verhoogd tijdens het vele trainen. Boezemfibrilleren is geassocieerd met een hoger risico op een beroerte. Aan de andere kant beschermt beweging juist tegen het krijgen van hart- en vaatziekten. Dat roept de vraag op: wat is eigenlijk het risico van duursport op het krijgen van een beroerte?

In het Tromsø-onderzoek bekeek men dit risico. De onderzoekers vergeleken 505 mannelijke duursporters met 867 mannen uit de controlegroep. Het onderzoek betrof oudere duursporters (gemiddelde leeftijd 68 jaar), die regelmatig deelna-



Foto: Shutterstock

men aan langlaufwedstrijden op de lange afstand. De controlegroep was representatief voor een algemene, stadse, witte, Noord-Europese populatie (gemiddelde leeftijd 70 jaar).

Bij aanvang van het onderzoek hadden de duursporters minder risicofactoren op hart- en vaatziekten dan de mannen uit de controlegroep. Desondanks hadden zij

tijdens de onderzoeksperiode van 10 jaar een hogere kans op boezemfibrilleren dan de mannen uit de controlegroep (prevalentie 28,5% versus 17,8%; RR 1,89; 95%-BI 1,49 tot 2,37). Duursporters kregen echter minder vaak een beroerte dan de mannen uit controlegroep (5,4% versus 9,7%; RR 0,60; 95%-BI 0,37 tot 0,95).

Binnen deze onderzoekspopulatie hadden duursporters zonder boezemfibrilleren het laagste risico op een beroerte. Vergeleken met hen hadden mannen uit de controlegroep met boezemfibrilleren de hoogste kans op een beroerte (RR 3,87; 95%-BI 1,98 tot 7,57), gevolgd door duursporters met boezemfibrilleren (RR 2,38; 95%-BI 1,08 tot 5,24).

Waarschijnlijk zijn de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar naar Nederlandse mannen op oudere leeftijd die een groot deel van hun leven regelmatig aan duursport (zoals hardlopen of wielrennen) hebben gedaan. Huisartsen en POH's kunnen deze duursporters uitleggen dat hun kans op boezemfibrilleren is verhoogd, en dat de kans op een beroerte kleiner is dan bij niet-duursportende mannen. ■

Johansen KR, et al. Risk of atrial fibrillation and stroke among older men exposed to prolonged endurance sport practice: a 10-year follow-up. The Birkebeiner Ageing Study and the Tromsø Study. Open Heart 2022;9:e002154.

ook te zien in het prospectieve cohort van 28.808 vrouwen, van wie 1436 vrouwen een heroperatie ondergingen: 4,7% van de cosmetische implantaatrevisies en 0,7% van de reconstructieve implantaatrevisies door BII. Gemiddeld waren de vrouwen 51 jaar, maar bij cosmetische chirurgie waren ze opvallend jonger (32,3 jaar).

Het onderzoek laat een mogelijke onderschatting van het voor-



Foto: Shutterstock

komen van BII zien, mede door de onduidelijke definitie. Bovendien wordt niet iedere vrouw met BII verwezen of geopereerd.

Er is veel media-aandacht voor BII, maar vooral lokale complicaties blijken de reden voor revisiechirurgie bij siliconen borstimplantaten. Hoewel de pathofysiologie nog onduidelijk is, kan het toch raadzaam zijn de diagnose BII te overwegen bij aanhoudende lichamelijke klachten van vrouwen met siliconen borstimplantaten. ■

Lieffering AS, et al. Prevalence of local postoperative complications and breast implant illness in women with breast implants. JAMA Netw Open 2022;5:e2236519.

Laxantiavoorschriften bij opiaten

Lisanne Stolwijk

Schrijft u een patiënt sterkwerkende opioïden voor? Voeg dan ook direct een laxans toe, zo luidt het advies van de NHG-Standaard Obstipatie. Toch gebeurt dat in de praktijk vaak niet. Bij slechts 54% van de patiënten schrijven huisartsen bij opiaten ook direct laxantia voor. Dat blijkt uit onderzoek van het Nivel. Of we de patiënt hiermee benadelen, blijft echter ongewis.

Het Nivel onderzocht hoe het staat met het gelijktijdig voorschrijven van laxantia en opiaten. Daarbij werd gebruikgemaakt van de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn in 197 huisartsenpraktijken in de periode 2013-2014. Het Nivel benaderde 444 huisartsenpraktijken en 211 daarvan vulden de vragenlijsten in. De onderzoekers keken naar het voorschrijven van laxantia 90 dagen voor tot 15 dagen na prescriptie van opioïden.

Bij slechts 54% van de patiënten (range tussen praktijken 18 tot 88%) werden laxantia voor het eerst samen met opiaten voorgeschreven. Huisartsen noemden diverse redenen om dat niet te doen.

Deze redenen waren: patiënten hadden al laxeremiddelen in huis (59%), patiënten wilden het niet (44%) of er was een contra-indicatie (bijvoorbeeld diarree) voor laxantia (38%). Andere verklaringen waren dat patiënten laxantia als zelfzorgmedicatie wilden kopen (12%) of opiaten gebruikten in een zeer lage dosis (10%). De opiaten werden gemiddeld bij 38 patiënten per praktijk (range 8 tot 220) voorgeschreven. Vrijwel alle huisartsen (99%) kennen de aanbeveling om laxantia voor te schrijven bij sterkwerkende opiaten en ze zijn het daarmee ook eens (89%).

De onderzoekers geven aan dat er ruimte is voor verbetering, gezien de brede range tussen de praktijken in het volgen van het advies van de NHG-Standaard. Het is belangrijk om het gebruik van laxantia en het risico op obstipatie bij opiaatgebruik met patiënten te bespreken. Daarnaast kan ook een lage dosering opioïden obstipatie geven. In dit onderzoek is echter

niet gekeken naar het optreden van obstipatie door of na het gebruik van opiaten, zonder een nieuw voorschrift voor laxantia.

Het advies in de NHG-Standaard Obstipatie is gebaseerd op onderzoek waarin obstipatie optrad bij 41% van de patiënten die een sterkwerkend opioïd gebruikten versus 11% in de placebogroep. In dit onderzoek blijft onduidelijk hoeveel patiënten geobstipeerd zijn geraakt door het niet volgen van de richtlijn en bij hoeveel patiënten het voorschrift wel is besproken, maar in gezamenlijk overleg met de patiënt is besloten ervan af te zien. ■



Hek K, et al. Adherence to coprescribing of laxatives with opioids and associated characteristics in general practices in the Netherlands. BMC Primary Care 2022;23:312.

Effectieve interventies tegen MRSA bij impetigo

Silvan Licher

De meticilline-resistente bacterie *Staphylococcus aureus* (MRSA) duikt steeds vaker op in de eerste lijn. Aan de hand van een recente uitbraak in de huisartsenpraktijk adviseren Nederlandse onderzoekers om veranderingen in antibiotica-uitgiftes te monitoren. Op die manier zijn dergelijke uitbraken tijdig in te dammen.

Mede dankzij het gerichte voorschrijfbeleid van antibiotica is de prevalentie van MRSA-infecties in Nederland laag (< 1%). Toch was er in juli 2019 een MRSA-uitbraak bij impetigo in Nederland, dit keer buiten het ziekenhuis. Via het MRSA-monitoringsysteem van het RIVM kon de onderzoeksgroep patiënten natrekken die waren geïn-

fecteerd tussen juni 2018 en januari 2020. De onderzoekers stuurden een vragenlijst naar 5 huisartsenpraktijken in het centrum van de uitbraak in Oost-Nederland en naar 11 praktijken in aanpalende controleregio's. De respons was respectievelijk 40% en 73%. Zij brachten daarmee de symptomen, diagnostiek en behandeling van geïnfecteerde patiënten in kaart, en vulden deze gegevens aan met prescriptiedata van regionale apotheken.

Er bleken 57 patiënten geïnfecteerd met MRSA (56% man). De uitbraak piekte tussen juli en september 2019 met 89% van de infecties en ging vooral rond onder kinderen met impetigo (82%; mediane leeftijd 5 jaar). De infecties waren doorgaans mild: 49 patiënten ontwikkel-

Lichaamsbeweging helpt tegen symptomen van Parkinson

Lukas Koet

De meeste typen lichaamsbeweging kunnen symptomen van Parkinson verminderen. Er is geen specifiek type beweging dat effectiever is dan andere. Dat is de conclusie van een recente netwerkmeta-analyse over lichaamsbeweging en sport bij Parkinson.

Het was al bekend dat beweging symptomen van Parkinson kan verminderen, maar het is onbekend welk type beweging het meest effectief is. De auteurs van een cochrane review includeerden daarom 85 onderzoeken (n = 5192) waarin patiënten met de ziekte van Parkinson werden behandeld met lichaamsbeweging of sport. Vervolgens voerden zij een netwerkmeta-analyse uit.

Een netwerkmeta-analyse is een techniek waarbij meerdere interventies in 1 analyse worden geëvalueerd, ook wanneer deze nooit direct met elkaar zijn vergeleken. De



Foto: Shutterstock

interventies werden gecategoriseerd in type lichamelijke beweging. De onderzoekers vergeleken het effect van deze interventies op 3 uitkomsten: ernst van motorische symptomen, kwaliteit van leven en veiligheid. Zij gaven de uitkomsten weer in gestandaardiseerd gemiddeld effect (SMD): klein effect 0,2 tot < 0,3; matig effect 0,3 tot < 0,8 en groot effect > 0,8.

Danstherapie, aquatraining, balans-evenwicht-training en multidomeintraining (interventie die uit verschillende typen oefeningen bestaat) bleken de motorische symptomen het meest te verminderen (SMD -0,77 tot -0,52). Aquatraining verbeterde de kwaliteit van het leven het sterkst (SMD -0,85). De effecten van de andere typen lichaamsbewegingen konden niet op een betrouwbare manier worden vastgesteld. Hoewel de onderzoekers geen duidelijke voorkeur hebben voor een bepaald type lichaamsbeweging, lijkt aquatherapie het meest effect te hebben.

Een kanttekening hierbij is dat de metingen werden gedaan tijdens of tot 6 weken na beëindiging van de interventies. Daarom is het onduidelijk hoelang de interventies effectief blijven, zeker indien deze niet worden doorgezet.

In de NHG-Standaard Ziekte van Parkinson komt de rol van bewegen niet ter sprake. Lichaamsbeweging speelt echter een belangrijke rol, zo blijkt uit dit onderzoek. Het is dus belangrijk om patiënten met Parkinson te motiveren lichamelijk actief te blijven. Het ParkinsonFonds heeft een folder over de voordelen van bewegen, waarin per type activiteit mogelijke voordelen worden besproken. ■

Ernst M, et al. Physical exercise for people with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;1:CD013856.

den huidlaesies. Slechts 1 patiënt werd opgenomen in het ziekenhuis vanwege gegeneraliseerde impetigo bullosa. In de uitbraakregio reageerden 50-75% van de patiënten niet op fusidinezuur of orale antibiotica, vergeleken met 25-50% in de controleregio's. Mupirocine bood een uitweg bij fusidinezuurresistentie in de uitbraakregio, maar bleek ook

vaker te worden voorgeschreven in de aanpalende regio's dan voor de uitbraak. De samenwerking tussen huisartsen, GGD, apothekers en microbiologen damde de MRSA-uitbraak efficiënt binnen 3 maanden in. Het onderzoek leert ons

ook 2 lessen. Ten eerste: zet laagdrempelig microbiologisch onderzoek in als de behandeling van impetigo niet aanslaat. Ten tweede: monitor samen met de apotheker op veranderingen in antibiotica-uitgiftes – met name onder kinderen – als vroege indicatie voor uitbraken van MRSA. ■

Vendrik KEW, et al. An unusual outbreak in the Netherlands: community onset impetigo caused by a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* with additional resistance to fusidic acid, June 2018 to January 2020. *Euro Surveill* 2022;27:2200245.



Foto: Shutterstock

Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid

Hà Ngo, Otto Maarsingh, Marco Blanker, Pauline Slottje, Jettie Bont, Vincent van Vugt

Huisartsen ervaren chronische duizeligheid vaak als een lastig probleem. De klacht kent veel verschillende oorzaken en er is geen effectieve medicamenteuze behandeling voorhanden. De NHG-Standaard Duizeligheid raadt behandeling met betahistine dan ook af. Toch schrijven huisartsen dit middel nog geregeld voor. Vestibulaire revalidatie, een bewezen effectieve oefentherapie, zetten ze daarentegen zelden in. In deze beschouwing beschrijven we de huidige literatuur over vestibulaire revalidatie en dragen we een stappenplan aan voor de behandeling van chronische duizeligheid.

houden.⁴ Doordat er geen eenduidige definitie voor chronische duizeligheid is, varieert de prevalentie in onderzoeken onder volwassenen van 1,4% tot 4,8%.^{5,6} Een voorbeeld van chronische duizeligheid is neuritis vestibularis met aanhoudende klachten, waar 30%-40% van de patiënten met deze aandoening mee te maken krijgt.⁷ Ook patiënten met restklachten na benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD) hebben langdurig last van duizeligheid. Hoewel de epleymanoeuvre een zeer effectieve behandeling is bij BPPD, houdt een deel van de patiënten last van instabiliteit, terwijl de eerder aanwezige positieafhankelijke duizeligheid verdwijnt.⁸

Ongeveer 15-35% van de volwassenen krijgt ooit in het leven last van duizeligheid.¹ De kans op duizeligheid neemt toe met de leeftijd en een aanzienlijk deel van de patiënten met duizeligheid houdt langdurig klachten.² Volgens de internationale classificatie voor vestibulaire aandoeningen omvat een dergelijke chronische duizeligheid, ofwel het chronisch vestibulair syndroom, alle diagnoses die aanhoudende klachten van duizeligheid geven.³ Tot op heden is er geen duidelijke definitie of afgebakende tijdseenheid vastgesteld voor chronische duizeligheid. In de literatuur wordt zowel langer dan 1 maand, als langer dan 3 maanden gehanteerd. Wij adviseren om een duur van langer dan 1 maand aan te

DE IMPACT VAN DUIZELIGHEID

Duizeligheid heeft een grote psychosociale impact op de patiënt. Zo voelen 4 op de 5 patiënten zich ernstig beperkt, onder andere doordat ze hun dagelijkse bezigheden niet kunnen uitvoeren.⁶ Bij patiënten van 65 jaar en ouder blijkt bijna 50% zich na 10 jaar nog steeds beperkt te voelen door de duizeligheid.⁹ Daarbij gaat duizeligheid vaak gepaard met klachten van angst en depressie. Patiënten met chronische duizeligheid kunnen in een vicieuze cirkel terechtkomen, waarbij vermijding leidt tot verergering van de klachten.¹⁰ Naast een persoonlijke impact heeft duizeligheid ook maatschappelijke gevolgen. Een systematische review uit 2019, die 16 onderzoeken includeerde, liet zien dat chronische duizeligheidsklachten onder meer leiden tot ziekteverzuim en hoge zorgkosten als gevolg van herhaaldelijke consulten.¹¹ Het is dus belangrijk patiënten met duizeligheidsklachten adequaat te behandelen, al helemaal als die chronisch zijn.

MOGELIJKE OORZAKEN VAN (CHRONISCHE) DUIZELIGHEID

Het evenwichtssysteem bestaat uit verschillende onderdelen. Het centrale zenuwstelsel ontvangt signalen vanuit de evenwichtsorganen, het visuele systeem en het proprioceptieve systeem.¹² Wanneer 1 van deze signalen verstoord raakt, bijvoorbeeld door verlies van proprioceptie door perifere neuropathie, kan duizeligheid ontstaan. Chronische duizeligheid kan zich ontwikkelen na een eerder doorgemaakt vestibulair probleem. De gedachte hierbij is dat vestibulaire compensatie, een proces waarbij het centrale zenuwstelsel zich aanpast aan de vestibulaire schade, niet volledig optreedt.^{13,14} Zo kunnen angst- en depressieklachten het



Illustratie: Anna June

proces van vestibulaire compensatie in de weg zitten, bijvoorbeeld doordat patiënten activiteiten vermijden die de duizeligheid uitlokken. Het exacte mechanisme is echter tot op heden niet bekend.¹³ Waarschijnlijk ligt er veelal een multifactoriële oorzaak aan ten grondslag.

Er zijn verschillende factoren die kunnen bijdragen aan onvolledige vestibulaire compensatie:

- leeftijd;
- visusproblemen;
- neurologische aandoeningen, zoals migraine of perifere neuropathie;
- cardiovasculaire aandoeningen;
- beperkingen in het maken van hoofdbewegingen;
- verminderde mobiliteit;
- psychosociale problematiek;
- medicatie, bijvoorbeeld vertigomiddelen en benzodiazepines.

Figuur 1

Vertigo Training

DUIZELIG?
Geen pillen, maar bewegen!

Voor veel mensen is duizeligheid een groot probleem

80% van de mensen voelt zich ernstig beperkt

Medicijnen helpen **niet** bij blijvende duizeligheid
Oefeningen helpen **wel**

Langer dan 1 maand duizelig?

Start met Vertigo Training

Bewezen effectief
Veilig
Op maat gemaakt
Gratis

WWW.VERTIGOTRAINING.NL
Gemaakt door artsen van het Amsterdam UMC

DE KERN

- Chronische duizeligheid kan ontstaan door onvolledige vestibulaire compensatie na een eerder doorgemaakte vestibulaire aandoening.
- Bij patiënten met chronische duizeligheid is het van belang om te zoeken naar een onderliggende aandoening en deze zo nodig te behandelen.
- Bij patiënten van oudere leeftijd dient altijd een multifactoriële aanpak te worden ingezet.
- Medicatie is niet zinvol bij chronische duizeligheid, maar het doen van oefeningen (vestibulaire revalidatie) wel.

VESTIBULAIRE REVALIDATIE

In veel gevallen blijkt vestibulaire revalidatie, een oefentherapie waarbij vestibulaire compensatie wordt gestimuleerd, effectief in het verminderen van de klachten.¹⁵⁻¹⁷ Bij deze behandeling voeren patiënten gedurende minimaal 6 weken specifieke oog-, hoofd- en lichaamsbewegingen uit. Deze bewegingen lokken de duizeligheidsklachten uit, waardoor het evenwichtssysteem leert omgaan met de nieuwe signalen die het door de vestibulaire schade krijgt. Daarnaast kan bij deze behandeling een vorm van blootstellingstherapie plaatsvinden, waardoor angstklachten afnemen en patiënten de vicieuze cirkel kunnen doorbreken.¹⁸

In 2015 is een cochrane review uitgevoerd naar de effectiviteit van vestibulaire revalidatie bij volwassen patiënten met eenzijdige perifere vestibulaire aandoeningen, zoals BPPD en neuritis vestibularis.¹⁵ De auteurs includeerden 39 onderzoeken van middelmatige tot hoge kwaliteit, met in totaal 2441 patiënten. Vergeleken met een placebo ervoeren patiënten tot 6 maanden na vestibulaire revalidatie significant minder klachten van duizeligheid (oddsratio 2,56; 95%-BI 1,85 tot 3,86). Verder is in 2012 een systematische review verricht naar vestibulaire revalidatie bij 164 volwassen patiënten met bilaterale uitval.¹⁶ Bilaterale uitval zien we onder andere bij ototoxiciteit als gevolg van antibioticagebruik. De auteurs van deze review includeerden in totaal 14 onderzoeken van middelmatige tot hoge kwaliteit, waarvan 7 specifiek betrekking hadden op vestibulaire revalidatie. Patiënten lieten verbetering zien in blikstabilisatie en balans. Daarbij bleek uit 1 onderzoek dat patiënten 16 weken na behandeling – anders dan bij een placebo – minder beperkingen ervoeren door de duizeligheid.

Ten slotte onderzocht men in een systematische review uit 2018 de effectiviteit van vestibulaire revalidatie bij chronische duizeligheid, ongeacht de oorzaak.¹⁷ De 4 geïncludeerde gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken, onder in totaal 687 volwassen patiënten, waren van redelijke tot hoge kwaliteit. Tot 1 jaar na behandeling ervoeren patiënten significant minder duizeligheidsklachten.

VERTIGO TRAINING, EEN TOEGANKELIJKE BEHANDELING

Ondanks de bewezen effectiviteit blijkt uit een vragenlijstonderzoek onder 326 huisartsen in Nederland dat slechts 7% van hen deze oefentherapie toepast.¹⁹ Uit dat onderzoek kwam naar voren dat huisartsen vestibulaire revalidatie niet inzetten, omdat ze niet wisten hoe ze dat moeten doen.¹⁹ Ook zou de behandeling te veel tijd in beslag nemen. Aanvankelijk kregen patiënten voor vestibulaire revalidatie een verwijzing naar gespecialiseerde fysiotherapeuten. Nu is er echter in Nederland een gratis, online zelfhulpmethode beschikbaar. Deze methode, Vertigo Training genaamd, kan de behandeling toegankelijker maken [figuur 1]. Patiënten kunnen zelfstandig, of via een zorgverlener, starten met de zelfhulpmethode op www.vertigotraining.nl.

Vertigo Training bevat oefeningen die deel uitmaken van vestibulaire revalidatie. Patiënten die langer dan 1 maand duizelig zijn komen ervoor in aanmerking. Daarnaast moeten de klachten van duizeligheid worden uitgelokt of verergeren door het maken van hoofdbewegingen. Deze wijzen er namelijk op dat de klachten een vestibulaire oorsprong hebben en dat Vertigo Training zinvol kan zijn.

Tijdens de behandeling voeren patiënten 6 weken lang, 2 keer per dag gedurende 10 minuten thuis oefeningen uit. Ze ontvangen schriftelijke en visuele instructies over de oefeningen. De applicatie stelt een persoonlijk oefenschema samen op basis van de prestaties van de patiënt bij het uitvoeren van de oefeningen. Patiënten kunnen de oefeningen zelfstandig en ook onder begeleiding van een fysiotherapeut uitvoeren.

Vertigo Training is gebaseerd op een eerder ontwikkelde behandeling in het Verenigd Koninkrijk.²⁰ Zowel een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek in het Verenigd Koninkrijk als een onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk liet zien dat de behandeling veilig en (kosten)effectief is.^{20,21} Het Nederlandse onderzoek includeerde 322 patiënten van 50 jaar en ouder uit 59 huisartsenpraktijken. Zowel na 3 als na 6 maanden hadden ze significant minder last van duizeligheid

dan voor start van de behandeling (Vertigo Symptom Scale-short form-score, een maat voor de ernst van duizeligheidsklachten; op 6 maanden: -4,1 punten; 95%-BI -5,8 tot -2,5, waarbij een verandering van 3 punten klinisch relevant is). Ook ervoeren ze minder beperkingen door de duizeligheid en hadden ze minder angstklachten op 6 maanden na de behandeling.

GEEN PLEK VOOR MEDICATIE

Huisartsen schrijven nog geregeld vertigomiddelen (zoals betahistine) voor, hoewel de NHG-Standaard Duizeligheid medicamenteuze behandeling afraadt.²² Zo gebruikten in 2021 meer dan 60.000 personen betahistine.²³ Een onderzoek in 104 Nederlandse huisartsenpraktijken liet zien dat 9,2% van de patiënten van 65 jaar en ouder die met duizeligheidsklachten bij de huisarts kwamen een vertigomiddel voorgeschreven kreeg.²⁴ Volgens 2 artikelen behoort betahistine tot de middelen die het meest off-label worden voorgeschreven.^{25,26}

EEN VERANDERING TEWEEGBRENGEN

Op dit moment voeren we een implementatieonderzoek uit naar Vertigo Training. Door deze training beschikbaar te stellen hopen we landelijk de inzet van vestibulaire revalidatie te stimuleren en het gebruik van ineffektieve vertigomiddelen te ontmoedigen. Te zijner tijd zullen we het effect van de implementatie op de huisartsenzorg evalueren via een onderbroken-tijdreeksanalyse.

Om huisartsen te ondersteunen bij gedragsverandering hebben we een gratis FTO-module ontwikkeld. Deze omvat een zoekopdracht waarmee de huisarts kan nagaan hoe vaak vertigomiddelen in de eigen praktijk worden voorgeschreven, informatie voor huisartsen én een infographic over Vertigo Training voor in de spreek- of wachtkamer. Informatie over de FTO-module is te verkrijgen via i-recover@amsterdamumc.nl. Daarnaast bieden we het volgende stappenplan aan voor de behandeling van chronische duizeligheid.

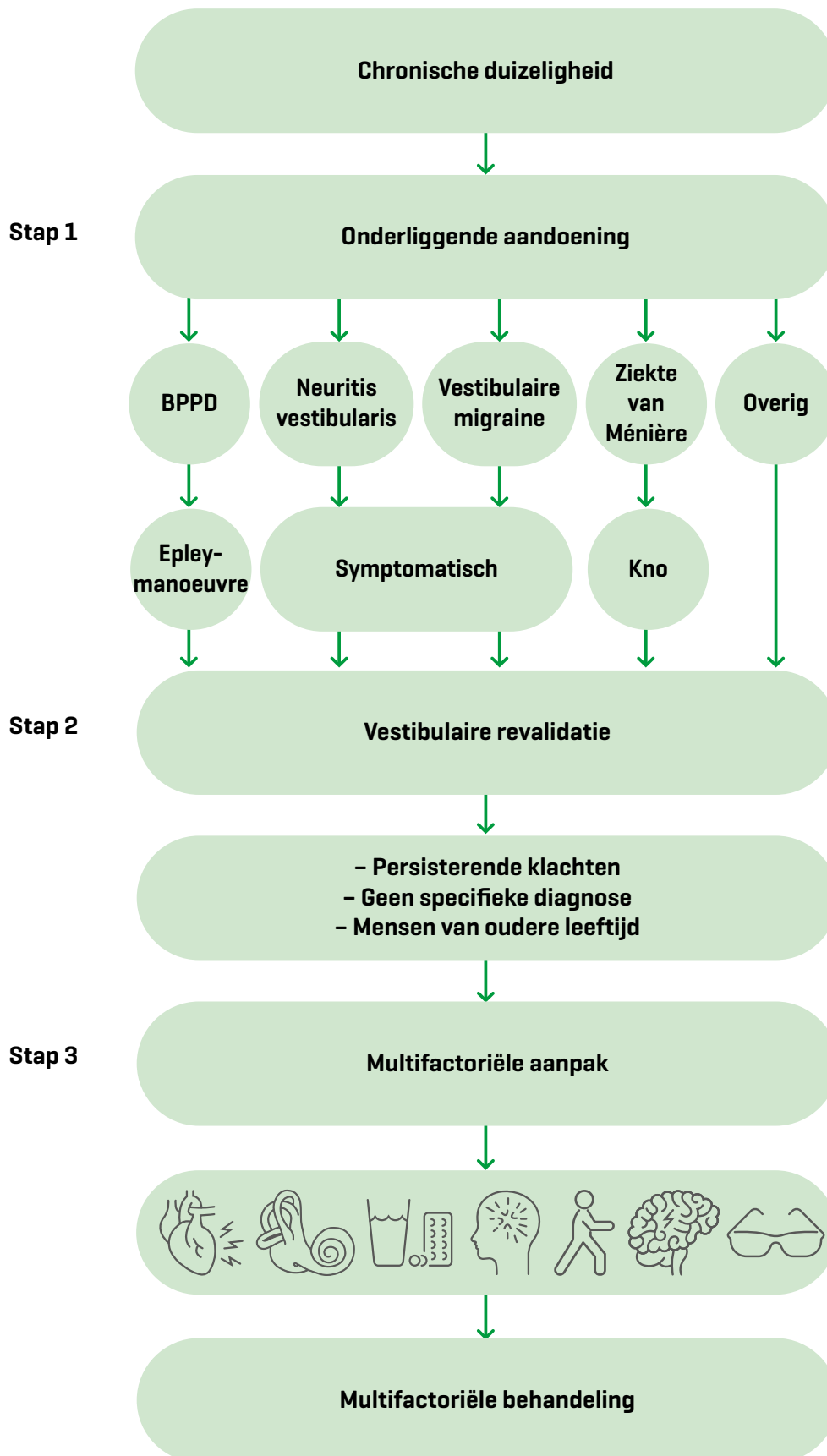
Tabel

Meest voorkomende vestibulaire aandoeningen en hun kenmerken

| Aandoening | Tijdsbeloop | Uitlokkende factoren | Bijkomende symptomen |
|------------------------------|---|---|--|
| BPPD | Recidiverende zeer kortdurende aanvallen (< 1 minuut) van duizeligheid die, zonder behandeling, na ongeveer een maand voorbijgaan. | Hoofdbewegingen, zoals bij het omdraaien in bed. | Misselijkheid, braken, zweten. |
| Neuritis vestibularis | Eenmalige acute episode van hevige duizeligheid die enkele dagen continu aanhoudt en daarna vanzelf voorbijgaat. | Kan ontstaan na virale infectie. | Misselijkheid en braken. |
| Vestibulaire migraine | Recidiverende aanvallen van duizeligheid die minuten tot dagen kunnen aanhouden. Het is niet bekend hoe lang de klachten blijven bestaan. | Passend bij die van migraine, maar kan ook worden uitgelokt door visuele stimuli en hoofd- of lichaamsbewegingen. | Hoofdpijn, fotofobie, fonofobie, visuele aura, misselijkheid en braken. |
| Ziekte van Ménière | Recidiverende aanvallen van duizeligheid die minimaal 20 minuten en maximaal 12 uur aanhouden. Met de jaren nemen de klachten vanzelf af. | Nog onbekend. Mogelijk uitgelokt door bepaalde voedingsmiddelen en geluiden. | Tinnitus, vol gevoel in het aangedane oor, gehoorverlies, misselijkheid en braken. |

Figuur 2

Het stappenplan bij duizeligheid



BPPD = benigne paroxysmale positie duizeligheid, Kno = Keel-, neus- en oorheelkunde.
Bron: Maarsingh, Ann Fam Med 2010; Van Vugt, BMJ 2017; Bronstein, Restor Neurol Neurosci 2010, bewerkt door Maarsingh.

STAPPENPLAN BIJ CHRONISCHE DUIZELIGHEID

Stap 1 Het vaststellen en behandelen van een onderliggende aandoening

Wanneer een patiënt chronische duizeligheidsklachten heeft, moet de huisarts eerst nagaan welke aandoening aan de klachten ten grondslag ligt. De meest voorkomende vestibulaire aandoeningen zijn BPPD, neuritis vestibularis en vestibulaire migraine. Ook patiënten met de ziekte van Ménière bezoeken het spreekuur geregeld met duizeligheidsklachten.¹ Deze aandoeningen worden aanvankelijk onderscheiden op basis van de anamnese, waarbij het belangrijk is om te vragen naar het tijdsbeloop en de uitlokkende factoren. Daarna kunnen bijkomende symptomen, zoals hoofdpijn of tinnitus, richting geven aan de diagnose.²⁷ De [tabel] bevat de kenmerken van deze aandoeningen.

Wanneer er sprake is van een specifieke onderliggende aandoening, moet deze altijd volgens de richtlijn worden behandeld. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van een epleymanoeuvre bij BPPD of een verwijzing naar de kno-arts bij aanwijzingen voor de ziekte van Ménière.

Stap 2 Een bewezen effectieve behandeling inzetten

De huisarts kan patiënten voor vestibulaire revalidatie doorverwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut, zoals een manueel of orofaciaal fysiotherapeut. Ook kunnen patiënten nu zelf aan de slag met de online zelfhulpmethode Vertigo Training.

Wanneer de patiënt ondanks vestibulaire revalidatie aanhoudend klachten blijft ervaren, kan een multifactoriële aanpak (stap 3) worden ingezet.

Stap 3 Een multifactoriële aanpak

Ondanks de bewezen effectiviteit van vestibulaire revalidatie kunnen patiënten klachten van duizeligheid houden. In dat geval moet de huisarts kijken naar andere factoren die het evenwichtssysteem kunnen verstoren, zoals visusstoornissen, een verminderde mobiliteit en medicatiegebruik (zie boven).²⁸ Vervolgens dient de huisarts deze factoren te behandelen. Deze multifactoriële aanpak is vooral van belang bij oudere patiënten.²⁹ Het blijkt namelijk dat bij 62% van de ouderen met duizeligheid in de Nederlandse huisartsenpraktijk sprake is van 2 of meer bijdragende oorzaken, zoals cardiovasculaire aandoeningen en bijwerkingen van medicatie.³⁰ Daarom adviseren we bij deze patiëntenpopulatie altijd een multifactoriële aanpak. Bij jongere patiënten hoeft deze aanpak pas te worden ingezet wanneer zij ook na vestibulaire revalidatie klachten houden.

CONCLUSIE

Chronische duizeligheid heeft verschillende oorzaken, waaronder onvolledige vestibulaire compensatie na een eerdere vestibulaire aandoening, zoals neuritis vestibularis of BPPD. Bij patiënten met chronische duizeligheid is het van belang om te zoeken naar een onderliggende aandoening en deze zo mogelijk te behandelen. Bij oudere patiënten is het daarnaast belangrijk om altijd een multifactoriële aanpak in te zetten. In de behandeling van chronische duizeligheid is er geen plek voor medicatie, maar wel voor het doen van oefeningen (vestibulaire revalidatie). ■



LITERATUUR

1. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol* 2016;137:67-82.
2. Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, Van Weert HC, Bindels PJ, Horst HE. Dizziness reported by elderly patients in family practice: prevalence, incidence, and clinical characteristics. *BMC Fam Pract* 2010;11:2.
3. Bisdorff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurol Clin* 2015;33:541-50, vii.

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

Ngo TNH, Maarsingh OR, Blanker MH, Slottje P, Bont J, Van Vugt VA. Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid. *Huisarts Wet* 2023;66(5):10-4. DOI:10.1007/s12445-023-2242-7. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: T.N.H. [Hà] Ngo, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker, t.n.h.ngo@amsterdamumc.nl; dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker; dr. P. Slottje, senior onderzoeker; prof. dr. J. Bont, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. V.A. van Vugt, huisarts-onderzoeker. UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. M.H. Blanker, huisarts-onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Welke kenmerken van praktijk en patiënt beïnvloeden persoonlijke continuïteit?

Marije te Winkel, Pauline Slottje, Anja de Kruif, Birgit Lissenberg-Witte, Rob van Marum, Henk Schers, et al.

Persoonlijke continuïteit is een kernwaarde van huisartsenzorg die steeds meer onder druk komt te staan. Het doel van dit onderzoek was om met behulp van routinezorggegevens en interviews met huisartsen praktijk- en patiëntkenmerken aan te wijzen die samenhangen met persoonlijke continuïteit. Persoonlijke continuïteit blijkt kleiner naarmate het absolute aantal vaste huisartsen binnen 1 praktijk en het percentage waarneemcontacten groter zijn. Persoonlijke continuïteit neemt toe wanneer een patiënt langer is ingeschreven. Een kleine verandering van een kenmerk blijkt al te kunnen leiden tot grotere persoonlijke continuïteit.

Persoonlijke continuïteit is een kernwaarde van de huisartsenzorg.¹⁻⁵ Deze kernwaarde leidt via herhaalde contacten in de loop van de tijd tot wederzijds vertrouwen en herkenbaarheid tussen patiënten en hun huisarts.⁶ Uit eerder onderzoek is gebleken dat een grotere persoonlijke continuïteit leidt tot een lagere mortaliteit, minder ongeplande opnamen en SEH-bezoeken, een betere arts-patiëntrelatie en een grotere tevredenheid bij de arts en de patiënt.⁷⁻¹⁴

De persoonlijke continuïteit staat onder druk door veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg. Patiënten en dokters worden steeds mobieler, solopraktijken worden zeldzamer, huisartsen werken vaker parttime en ze organiseren zich in steeds grotere praktijken. Daarnaast hebben patiënten steeds meer behoefte aan keuzevrijheid en snelle toegang tot zorg.^{1,2,5,15}

Om de persoonlijke continuïteit te optimaliseren en waarborgen, is het belangrijk om te achterhalen welke kenmerken met persoonlijke continuïteit samenhangen. Eerder onderzoek naar persoonlijke continuïteit richtte zich op bepaalde specifieke kenmerken. Wij onderzochten verscheidene praktijk- en patiëntkenmerken in onderlinge

samenhang. Om die zo goed mogelijk in kaart te brengen, analyseerden we routinezorggegevens van huisartsenpraktijken, verrijkt met de visies van geselecteerde, geïnterviewde huisartsen.

METHODE

We voerden een *mixed methods*-onderzoek uit, oftewel een complementaire combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het kwantitatieve deel baseerden we op een analyse van observationele, longitudinale huisartsenzorggegevens uit het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC, locatie VUmc (ANH VUmc). Dit vulden we aan met kwalitatieve informatie afkomstig uit interviews met een doelgerichte steekproef van huisartsen uit 10 van de 48 deelnemende praktijken. We verwachtten dat deze semigestructureerde interviews met huisartsen maximaal aanvullende inzichten zouden geven.

Huisartsenzorggegevens

Om de mate van continuïteit te berekenen gebruikten we alle contacten van 269.478 patiënten die 1) minimaal 1 jaar stonden ingeschreven in 1 van de 48 ANH VUmc-praktijken, en 2) in de periode 2013-2018 minimaal 5 contacten met die praktijk hadden, waarvan minimaal 2 huisartsencontacten. Om de validiteit en robuustheid van onze resultaten te ondersteunen, gebruikten we 4 verschillende berekeningen, die elk een ander aspect van persoonlijke continuïteit van zorg belichten [**kader**].^{16,17}

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Te Winkel MT, Slottje P, De Kruif AJTCM, Lissenberg-Witte BI, Van Marum RJ, Schers HJ, et al. General practice and patient characteristics associated with personal continuity: a mixed-methods study. *Br J Gen Pract* 2022;72:e780-9. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- Grotere persoonlijke continuïteit leidt tot een lagere mortaliteit, minder ongeplande opnamen en SEH-bezoeken, een betere arts-patiëntrelatie en een grotere tevredenheid bij de arts en de patiënt.
- Persoonlijke continuïteit staat onder druk door veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg.

WAT IS NIEUW?

- Hoe meer huisartsen binnen 1 praktijk, hoe kleiner de persoonlijke continuïteit.
- Hoe hoger het percentage waarneemcontacten, hoe kleiner de persoonlijke continuïteit.
- Hoe langer een patiënt staat ingeschreven, hoe groter de persoonlijke continuïteit.

Deze score gebruikten we vervolgens als uitkomstmaat in multivariate lineaire regressieanalyses om het verband met verschillende kenmerken op praktijk- en patiëntniveau te onderzoeken.

Interviews met huisartsen

Via een doelgerichte steekproef selecteerden we 10 praktijken. Deze hadden het grootste (positieve of negatieve) verschil in continuïteitscore, dat we baseerden op een vergelijking tussen een wiskundig model met voorspelde score en de daadwerkelijke score. Bij alle geselecteerde huisartsenpraktijken was een huisarts bereid om zich te laten interviewen. De interviews hebben we geanonimiseerd thematisch geanalyseerd.

RESULTATEN

Kwantitatief onderzoek

De geïncludeerde 185.215 patiënten hadden van 2013 tot 2018 4.530.304 contacten met hun praktijk, waarvan 2.734.776 met een huisarts. De gemiddelde praktijkgrootte was 4027 patiënten. De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 40 jaar en 43% was man. De continuïteit was lager in de grote praktijken met > 4000 patiënten.

We constateerden dat de persoonlijke continuïteit afnam naarmate het absolute aantal vaste huisartsen binnen 1 praktijk groter was. De persoonlijke continuïteit daalde eveneens naarmate het percentage contacten door waarnemende huisartsen toenam. We vonden geen relatie tussen continuïteit en de praktijkgrootte, het aantal vaste werkdagen van de vaste huisarts, het aantal vaste huisartsen langer dan 5 jaar in dienst en de status van de praktijk als opleidingspraktijk.

Op patiëntniveau bleek dat bij vrouwelijke patiënten en patiënten van > 65 jaar sprake was van een grotere persoonlijke continuïteit. Het hebben van meerdere chronische ziekten, psychiatrische aandoeningen en kanker hingen samen met een grotere continuïteit, terwijl coronaire hartziekte samenhang met een afgenomen continuïteit. Hoe langer patiënten in

de praktijk ingeschreven stonden, des te groter de continuïteit was. De continuïteit was ook groter naarmate er meer patiënt-huisartscontacten waren. De resultaten van de 4 verschillende continuïteitsmaten kwamen overeen.

Kwalitatief onderzoek

Uit de analyse van de interviewverslagen kwamen 3 overkoepelende hoofdthema's naar voren: de samenstelling van het team, de organisatie van de praktijk en de persoonlijke visie van de huisartsen.

Alle huisartsen vonden een vaste praktijksamenstelling belangrijk voor het waarborgen van de persoonlijke continuïteit. Ook vonden sommige huisartsen het lastig om vaste collega's met voldoende beschikbaarheid te vinden. Daarnaast benadrukten de huisartsen dat het belangrijk was om ook vaste niet-huisarts-collega's, zoals praktijkassistentes, te hebben. Praktijkondersteuners en aiossen zouden de continuïteit kunnen verbeteren, maar hun aanwezigheid kan mogelijk ook ten koste gaan van het contact tussen de vaste huisarts en de patiënt.

Volgens de geïnterviewde huisartsen kunnen praktijken met een kleinere populatie meer continuïteit bieden dan grotere praktijken. Aan de andere kant moeten kleine praktijken dikwijls waarnemers inhuren wanneer de vaste huisarts afwezig is. Grotere praktijken kunnen afwezigheid vaker binnen de praktijk oplossen. Persoonlijke continuïteit kan vergroot worden door een 'duodoktersconstructie'. Dat betekent dat een klein team van 2 tot 3 huisartsen samen zorg draagt voor een groep patiënten. Het instellen van een vast inloopsprekuur en een tijdsefficiënt telefonisch spreekuur zou kunnen leiden tot grotere continuïteit. Ten slotte zou een praktijk een vaste huisarts kunnen toewijzen aan een deel van de populatie met een complexere hulpvraag – de oudere, kwetsbare patiënt. De meeste huisartsen vonden dat continuïteit het werkplezier vergroot. Andere vonden continuïteit niet haalbaar of pleitten

KADER: BEREKENEN PERSOONLIJKE CONTINUÏTEIT
In dit onderzoek gebruikten we 4 verschillende berekeningen om per patiënt de persoonlijke continuïteit te berekenen. Alle berekeningen baseerden we op het aantal contacten tussen de huisarts en de patiënt in een bepaalde periode, ongeacht het aantal contacten met andere praktijkmedewerkers. Een voorbeeld van een berekening is de *usual provider continuity* [UPC]-index: het aantal contacten met de eigen huisarts gedeeld door het totale aantal contacten met een huisarts. De verschillen tussen deze berekeningen worden beïnvloed door: 1] de verdeelsleutel van de contacten tussen de huisartsen; 2] het aantal huisartsen per patiënt; 3] de weging van contacten met een niet-vaste huisarts; en 4] de mate van continuïteit bij patiënten met weinig contacten. Alle uitkomsten van de berekeningen liggen tussen de 0 en 1 per patiënt.

voor een andere invulling (bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat er binnen de praktijk altijd een huisarts beschikbaar is).

BESCHOUWING

Uit dit onderzoek komt naar voren dat persoonlijke continuïteit samenhangt met het absolute aantal vaste huisartsen binnen 1 praktijk en het percentage contacten door waarnemers. De status van opleidingspraktijk en de praktijkgrootte hingen niet samen met continuïteit. Op patiëntniveau hield continuïteit verband met inschrijfduur, leeftijd en geslacht. Deze bevindingen zijn dosisafhankelijk, wat betekent dat een kleine verandering van het betreffende kenmerk al kan leiden tot vergroting van de persoonlijke continuïteit.

Deze bevindingen werden aangevuld met de 3 hoofdthema's uit de huisartseninterviews: de teamsamenstelling, praktijkorganisatie en persoonlijke visie. Volgens de geïnterviewde huisartsen wordt continuïteit bevorderd door te werken in een klein, stabiel en vertrouwd team van 2 tot 3 huisartsen die bij afwezigheid voor elkaar waarnemen. Deze 'duodokters' dragen samen de verantwoordelijkheid voor hun patiëntengroep, ook binnen een grotere praktijk. Gedeeltelijke vervanging van tijdrovende face-to-faceconsulten door efficiënte telefoontjes kan de continuïteit ook verbeteren. Ten slotte adviseerden sommige huisartsen om proactief 1 (of 2) vaste huisarts(en) aan te wijzen bij oudere patiënten met veel chronische aandoeningen. Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, ofwel een grote dataset met routinezorggegevens, aangevuld met informatie uit semigestructureerde interviews met huisartsen. Daarnaast gebruikten we 4 verschillende manieren om de con-

tinuïteit te berekenen. De mate van continuïteit was vergelijkbaar met wat eerdere eerstelijns onderzoeken vonden.^{18,19} Een beperking van dit onderzoek is dat alle 48 huisartsenpraktijken zich in een stedelijke omgeving bevonden: Haarlem en Amsterdam en omstreken. Ook bekeken we alleen de contacten tussen huisartsen en patiënten. Praktijkondersteuners en aiossen kunnen hun patiënten wellicht ook persoonlijke continuïteit bieden. Ook de visie van de patiënten op continuïteit hebben we in dit onderzoek niet meegenomen.

Praktijkgrootte hing in eerdere onderzoeken samen met persoonlijke continuïteit (hoe groter de praktijk, hoe kleiner de continuïteit).^{20,21} Wij vonden geen direct verband tussen praktijkgrootte en continuïteit, maar wel een indirect verband, namelijk tussen het aantal vaste huisartsen en continuïteit (hoe meer huisartsen, hoe kleiner de continuïteit). Grotere praktijken hebben over het algemeen meer huisartsen. Net als bij 'praktijkgrootte', vallen de kenmerken 'aantal jaren huisarts' en 'aantal vaste werkdagen' mogelijk onder hetzelfde construct als 'aantal huisartsen'.

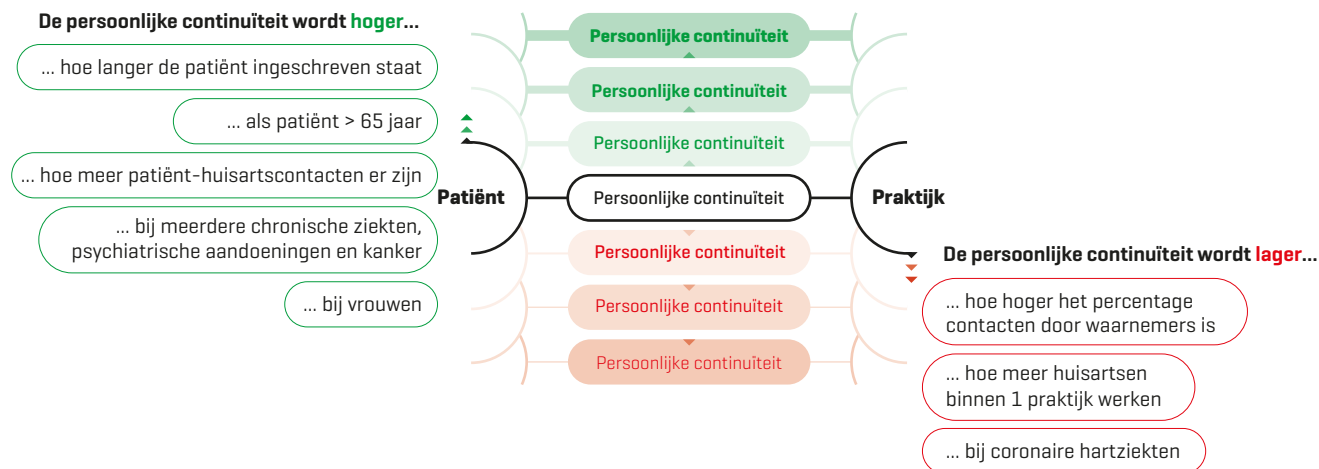
In onze jonge populatie vinden we een verband tussen continuïteit en patiënten met een oudere leeftijd en het vrouwelijke geslacht. Dat ouderen en jongere vrouwen een relatief grotere persoonlijke continuïteit hebben, komt overeen met bevindingen uit eerdere onderzoeken.^{18,20} Een verklaring hiervan vraagt om aanvullend onderzoek. Patiënten die langer ingeschreven staan, hebben een grotere continuïteit. Ook dit komt overeen met resultaten uit eerder onderzoek.²²

CONCLUSIE

De conclusies staan in de [infographic]. ■

Infographic

De conclusies van dit onderzoek.



Tips van de huisartsen



Werken in kleine, vaste teams met 2 tot 3 huisartsen



Meer efficiëntere telefonische consulten



Proactief vaste huisarts(en) aanwijzen bij kwetsbare ouderen

LITERATUUR

1. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008;337:a867.
2. Stokes T, Tarrant C, Mainous AG 3rd, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med* 2005;3:353-9.
3. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003;20:623-7.

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

Te Winkel MT, Slottje P, De Kruif AJTCM, Lissenberg-Witte BI, Van Marum RJ, Schers HJ, Uijen AA, Bont J, Maarsingh O. Welke kenmerken van praktijk en patiënt beïnvloeden persoonlijke continuïteit? *Huisarts Wet* 2023;66(5):15-8. DOI:10.1007/s12445-023-2244-5. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: M.T. te Winkel, onderzoeker, m.tewinkel@amsterdam-umc.nl; dr. P. Slottje, senior onderzoeker; dr. J. Bont, docent; dr. O.R. Maarsingh, universitair hoofddocent. Afdeling Epidemiologie en Biowetenschappen: dr. A.J.T.C.M. de Kruif, senior onderzoeker. Afdeling Epidemiologie en Biostatistiek: B.I. Lissenberg-Witte, senior onderzoeker. Afdeling Geriatrie: dr. R.J. van Marum, docent. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: dr. H.J. Schers, docent; dr. A.A. Uijen, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Pilot: H&W-podcast en NHG E-learnings slaan handen ineen



Maak nu de gratis e-learning

Geniet jij elke maand van het luisteren naar de H&W-podcasts? En maak je graag de e-learnings van het NHG om accreditatiepunten te halen? Doe dan mee aan onze pilot om op basis van een podcast een nascholing te volgen.

H&W en het team e-learning van het NHG hebben de krachten gebundeld. Luister naar de H&W-podcast over de herziene NHG-Standaard Mictieklachten, en beantwoord hierover vervolgens de nascholingsvragen zoals je gewend bent van een reguliere e-learning.

GEEF JE FEEDBACK

Er zijn aan deze pilot (nog) geen nascholingspunten verbonden. Door mee te doen help je ons aan feedback en bepaal je mee hoe de toekomst van geaccrediteerde podcasts eruit komt te zien. De pilot is nodig om het in de toekomst mogelijk te maken dat je op basis van een podcast accreditatiepunten kunt halen.

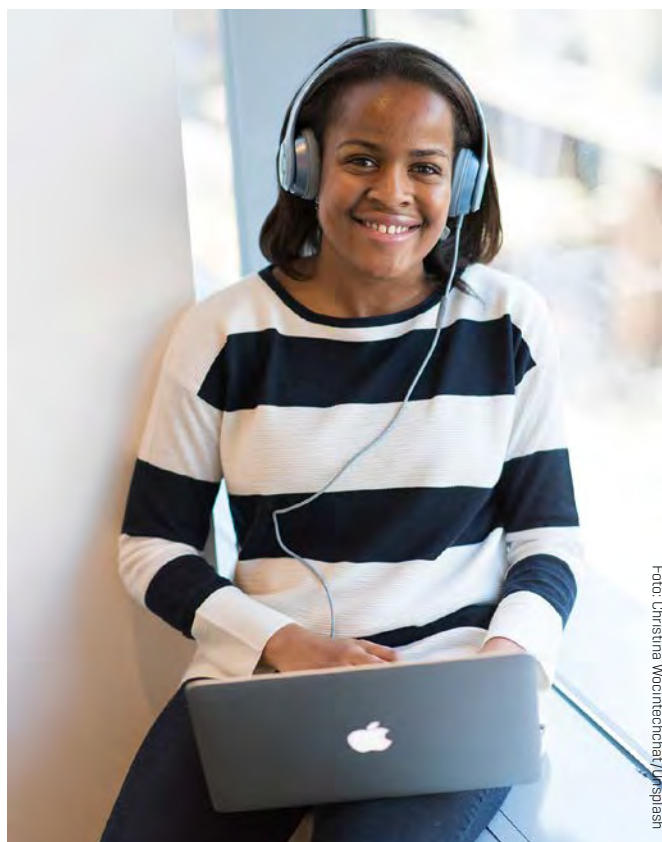


Foto: Christina Woonmechani/Kujisplash

MEER WETEN OF DIRECT BEGINNEN MET LUISTEREN?

Ga naar <https://elearning.nhg.org>.

De podcast en e-learning van deze pilot over de herziene NHG-Standaard Mictieklachten zijn gratis beschikbaar voor alle NHG-leden.



Meer aandacht voor het persoonlijke verhaal in nieuwe visie psychische problematiek

Peter Lucassen, Juul Houwen, Suzanne Ligthart, Tim olde Hartman

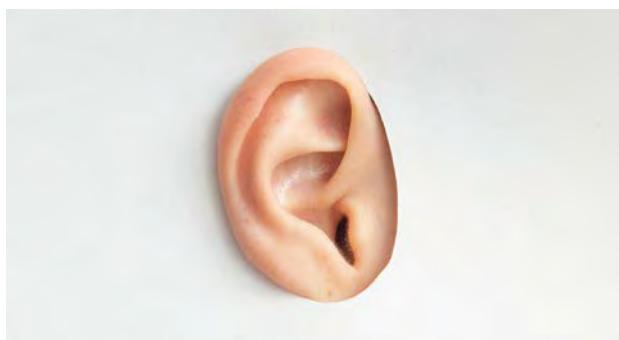
De visie ‘Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek’ is een belangrijk begin voor het omschrijven van huisartsenzorg voor mensen met psychische problemen, maar voorziet de huisarts in de spreekkamer nog niet van een echte leidraad. Wat vinden huisartsen en POH’s-ggz van het document? Wij geven een voorzet.

Onlangs verscheen de nieuwe visie ‘Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek’, een welkom en mooi product voor onze beroepsgroep.¹ Belangrijke aanleiding voor de visie zijn de stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg en de lange wachttijden binnen de ggz, waardoor hulp voor mensen met complexe problematiek soms onbereikbaar is. Het uitgangspunt van de visie is dat psychische zorg bovenal huisartsenzorg moet blijven. Die zorg gaat uit van de volgende kernpunten:

1) er vindt een klacht- en persoonsgerichte beoordeling plaats, met gedeelde besluitvorming binnen een goede arts-patiëntrelatie, 2) de huisarts maakt bij het diagnostisch proces onder andere gebruik van de DSM-criteria, 3) de huisarts begint de behandeling met de minst ingrijpende generieke interventies, passend bij de klacht van de patiënt, waarbij 4) het team huisarts-POH-ggz de zorg uitvoert. Daarnaast gaat deze visie over samenwerking met het sociale domein, de generalistische en specialistische ggz, en de zorg voor specifieke doelgroepen. Bij de ontwikkeling hebben ledenvergaderingen van de deelnemende verenigingen en externe partijen de visie kunnen becommentariëren. Het zou jammer zijn als het daarbij blijft, want de visie mag niet zonder enige consequentie voor de praktijk in een lade blijven liggen. Wij nemen het initiatief en leveren commentaar op de visie, met als doel een aantal punten te verhelderen of scherper neer te zetten.

KLACHTEN DIE WEL/NIET BIJ HET LEVEN HOREN

De visie maakt onderscheid tussen klachten die wel bij het leven horen en klachten die dat niet doen, en baseert het beleid op dat onderscheid. Dit is niet werkbaar en zelfs onwenselijk. Want wie bepaalt wat bij het leven van die specifieke patiënt hoort? Niet de vraag of de klachten al dan niet bij het leven horen, maar het verhaal van de patiënt en de overeenstemming daarover tussen huisarts en patiënt dienen de leidraad te zijn voor het te volgen beleid. Zowel de persoonsgerichte benadering als aandacht voor de context (als onderdeel van die benadering) heeft aantoonbare effecten op de gezondheidsuitkomsten van patiënten.^{2,3}



Het zou consequent zijn als de nieuwe visie een persoonsgerichte benadering van psychische problematiek aanbeveelt.

Foto: Franco Antonio Giovanella/Unsplash

Een bij het leven horend probleem, bijvoorbeeld het verlies van een naaste, heeft voor iemand met weinig veerkracht ernstigere en andere consequenties dan voor minder kwetsbare mensen. Andere mensen met ernstige klachten kunnen met steun van de huisarts en het eigen netwerk toch zonder andere hulp verder. En horen de gevolgen van misbruik of een pestverleden bij het gewone leven? Bovendien kunnen de doelen van patiënten met een bij het leven horend probleem sterk uiteenlopen.

WAT MOETEN HUISARTSEN MET DSM-DIAGNOSES?

De DSM is een systeem voor het classificeren van psychiatrische aandoeningen op basis van de aanwezigheid van symptomen. Het systeem houdt geen rekening met de context van de patiënt.^{4,5} Dat het systeem relatief gemakkelijk toepasbaar is, vormt een belangrijke oorzaak van de enorme toename aan diagnoses, zoals depressie.⁴ In binnen- en buitenland is er veel kritiek op de DSM gekomen. Zo schrijft Allen Francis, destijds voorzitter van de werkgroep die de DSM-IV voorbereidde: *‘My advice to physicians is to use the DSM-5 cautiously, if at all.’*⁶ Een Nederlandse psychiater stelt dat de DSM weliswaar voordelen biedt voor wetenschappelijk onderzoek en gebruik bij declaratiesystemen, maar dat het DSM-label de schijn

heeft van een kant-en-klare verklaring van de klachten van de patiënt en medicalisering in de hand werkt. Dat uit zich onder andere in het hoge gebruik van antidepressiva.⁷

Het verschijnen van de visie sluit aan op een internationaal binnen de huisartsgeneeskunde levende behoefte tot verduidelijking en explicitering van de zorg voor mensen met psychische klachten.⁸⁻¹⁰ Geestelijke gezondheid wordt al lang niet meer gezien als een individueel biomedisch probleem, maar als het resultaat van multipale individuele, sociale en structurele determinanten.¹¹ Dit is een belangrijke reden om te zoeken naar het hele verhaal van de patiënt en zich niet te beperken tot een biomedische diagnose. De nieuwe visie relativeert de plaats van de DSM-diagnose enigszins door te stellen dat de huisarts in het diagnostisch proces onder andere gebruikmaakt van DSM-criteria, dat er binnen de huisartsenzorg geen plaats is voor een uitgebreide DSM-classificatie en dat deze bij verwijzing niet leidend is.

Wij zouden het gebruik van de DSM nog veel verder willen terugbrengen. Natuurlijk zijn er situaties – gelukkig vormen deze een minderheid in de huisartsenpraktijk – waarin de huisarts direct moet beginnen met een ziektegerichte benadering. Bijvoorbeeld bij een persoon die ernstig depressief of psychotisch lijkt, om het risico op suïcide te kunnen inschatten, of bij een patiënt met steeds terugkerende problemen. Daarnaast is het voor sommige patiënten een vorm van erkenning of verduidelijking als ze een DSM-diagnose krijgen. Maar welke plaats heeft de DSM dan precies tijdens consulten? Volgens ons heeft de huisarts de keuze tussen de ziektegerichte (met een focus op de DSM) en de persoonsgerichte benadering (waarbij het narratief van de patiënt centraal staat, uitgaande van de klacht). De persoonsgerichte benadering gaat vanuit de klacht in op de vele determinanten van psychische gezondheid en resulteert in een specifiek verhaal waarin de klachten kunnen worden begrepen in de context van de individuele patiënt.¹² Als het verhaal op tafel ligt, kan de huisarts verder door de patiënt de volgende vraag te stellen: ‘Wat hebt u nodig?’ De persoonsgerichte benadering levert een verhaal op dat de patiënt kan opluchten, inzicht geeft in de aard van het probleem of een gezamenlijk te bespreken behandeling, of maakt een verwijzing mogelijk waarmee de patiënt verder kan. De narratieve methode is specifiek voor de huisartsenpraktijk ontwikkeld door de huisarts John Launer.¹³

De ziektegerichte benadering resulteert in een biomedische diagnose, een algemeen kenmerk dat gedeeld wordt met andere patiënten met dezelfde diagnose. De huisarts stelt dan voor wat er in de NHG-Standaard staat, te beginnen met dagstructurering en dagplanning, gevolgd door een kortdurende psychologische behandeling, psychotherapie en uiteindelijk antidepressiva. Uit de cijfers blijkt dat huisartsen vaak voor antidepressiva kiezen. Die benadering is echt *doctor centered* en verschilt sterk van de vraag ‘Wat hebt u nodig?’. Het is moeilijk beide benaderingen door elkaar te gebruiken.¹⁴ Naar onze mening zou het consequent zijn als de nieuwe visie de voorkeur geeft aan de persoonsgerichte benadering van psychische problematiek. Er zijn goede voorbeelden van

vragen waarmee je zo’n gesprek kunt voeren: ‘Wat is er met u gebeurd, waar wilt u naartoe en wat hebt u nodig?’ En verder: ‘Wat maakt u kwetsbaar of juist weerbaar?’¹⁵ Ook een aantal psychiaters beschouwt deze vragen als het alternatief voor de ziektegerichte benadering.⁷

WAT GAAT DE POH-GGZ CONCREET DOEN?

De visie stelt terecht dat de huisarts en de POH-ggz een team vormen, waarbij de huisarts eindverantwoordelijke is. Wat de POH-ggz moet kunnen, is omschreven in het betreffende competentieprofiel.¹⁶ Deskundigheid in vraagverheldering, begeleiding en kortdurende behandeling staan centraal. De visie maakt niet duidelijk wat kortdurende behandeling inhoudt. In het competentieprofiel is sprake van ‘kortdurende generieke interventies’ maar ook die worden niet gespecificeerd. Dit is een gemiste kans.

Wij adviseren om die kortdurende generieke behandelingen te omschrijven. Met kortdurend bedoelen wij 3 tot maximaal 5 behandelingen. Hierbij valt te denken aan *problem solving treatment* (PST), *behavioral activation* (BA) en cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-i) – allemaal effectieve kortdurende behandelingen. Door deze behandelingen in deze visie op te nemen, en vervolgens natuurlijk in het competentieprofiel, ontstaat er meer uniformiteit in het aanbod van POH’s-ggz. De visie geeft aan dat het in het algemeen niet noodzakelijk is gespecialiseerde POH’s in te zetten, zoals de POH-jeugd. Dat is misschien wat streng gesteld, want vooral huisartsen in jonge praktijken vinden het erg nuttig een POH-jeugd te hebben voor bijvoorbeeld de zorg voor kinderen uit kwetsbare gezinnen. Overigens is het opvallend dat organisaties voor POH’s niet gereageerd hebben op het verzoek om commentaar te leveren op de nieuwe visie. Wat betekent dit voor de samenwerking en onderlinge afstemming? Wij nodigen de vereniging voor POH’s en andere betrokkenen bij dezen van harte uit tot het delen van hun visie. ■

LITERATUUR

1. Hogendorp J, Smeekes D, Claassen N, Van der Gaarden N. Visie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: InEen, LHV, NHG, psyHAG, 2022.
2. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowksy J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e94207.
3. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, et al. Patient-centered decision making and healthcare outcomes. *Ann Intern Med* 2013;158:573-9.

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

Lucassen P, Houwen J, Ligthart S, olde Hartman T. Meer aandacht voor het persoonlijke verhaal in nieuwe visie psychische problematiek. *Huisarts Wet* 2023;66(5):21-2. DOI:10.1007/s12445-023-2239-2. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: P. Lucassen, huisarts n.p., senior onderzoeker, peter.lucassen@radboudumc.nl; J. Houwen, huisarts, senior onderzoeker; S. Ligthart, huisarts, senior onderzoeker; T. olde Hartman, huisarts, hoofd onderzoek. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Late gevolgen van radiotherapie na borstkanker

Marilot Batenburg, Saskia Accord-Maass, Femke van der Leij, Helena Verkooijen

Steeds meer patiënten in de huisartsenpraktijk leven met de gevolgen van een borstkankerbehandeling. Deze late gevolgen zijn soms vaag, de klachten zijn divers en lang niet altijd fysiek, en het verband met borstkanker is niet altijd direct duidelijk. Erkenning van de klacht en verband leggen met de eerdere borstkankerbehandeling kunnen al veel betekenen. Huisartsen kunnen zelf doorverwijzen voor eventuele behandeling, of bij twijfel over de oorzaak of de beste behandeling terugverwijzen naar de chirurg of radiotherapeut-oncoloog.

Jaarlijks wordt bij ongeveer 18.000 patiënten borstkanker vastgesteld. Het aantal overlevenden is sterk toegenomen, de gemiddelde vijfjaarsoverleving is tegenwoordig 88%.¹ In 2021 waren er in Nederland 120.000 mensen in leven met een diagnose 'borstkanker' van 10 jaar of korter geleden, en 20.664 patiënten met de diagnose 'ductaal carcinoom in situ' (DCIS).¹ Per normpraktijk van 2095 patiënten hebben dus 57 patiënten ooit borstkanker en 10 patiënten DCIS gehad (67 in totaal).² Ongeveer 10 van hen hebben klachten door late gevolgen van radiotherapie. Steeds meer patiënten in de huisartsenpraktijk leven met de gevolgen van borstkanker en de behandeling daarvan.

De NHG-Standaard Borstkanker onderscheidt nacontrole (vooral gericht op recidief) en nazorg (gericht op welzijn en gevolgen van de behandeling).³ Nacontrole gebeurt de eerste 5 jaar na de diagnose in principe op de mammapoli of bij de specialist, daarna neemt de huisarts het (gedeeltelijk) over.³ Nazorg kan zowel bij de specialist als bij de huisarts gebeuren, ook al omdat niet altijd duidelijk is of de klachten komen door de borstkankerbehandeling. Wel is uit onderzoek gebleken dat patiënten die borstkanker hebben gehad vaker klachten hebben dan leeftijdsgenoten die geen borstkanker hebben gehad, en ook vaker de huisarts consulteren.^{5,6}

Veel van de late effecten van borstkanker, waaronder fysieke klachten en een slechter lichaamsbeeld, zijn het gevolg van radiotherapie. Marilot Batenburg onderzocht in het UMBRELLA-cohort (<https://www.umcutrecht.nl/nl/wetenschappelijk-onderzoek/umbrella>) hoe vaak vrouwen ontvreden zijn over het uiterlijk van de borst na radiotherapie en welke gevolgen dit heeft voor hun kwaliteit van leven. Haar proefschrift is op verzoek verkrijgbaar.⁷

FYSIEKE KLACHTEN

Om het risico op locoregionale recidieven te verkleinen en



Ook jaren na borstkankerbehandeling kunnen patiënten nog klachten krijgen.

Foto: Victoria Strukovskaya/Unsplash

DE KERN

- Een normpraktijk telt 67 patiënten die in het verleden zijn behandeld voor borstkanker; ongeveer 10 van hen hebben klachten door late gevolgen van radiotherapie.
- Sommige fysieke klachten kunnen zich nog 10 jaar na radiotherapie ontwikkelen; patiënten leggen niet altijd het verband met de borstkankerbehandeling.
- De meest voorkomende late gevolgen van een borstkankerbehandeling zijn pijn, oedeem, bewegingsbeperking, fibrose en verminderde cosmetiek.
- Behandelingen zoals lymfoedeemtherapie, fysiotherapie, hyperbare zuurstoftherapie of pijnstilling lossen het onderliggende probleem niet altijd op.
- Het is belangrijk om ook mentale problemen rond cosmetiek en lichaamsbeeld bespreekbaar te maken in de spreekkamer.

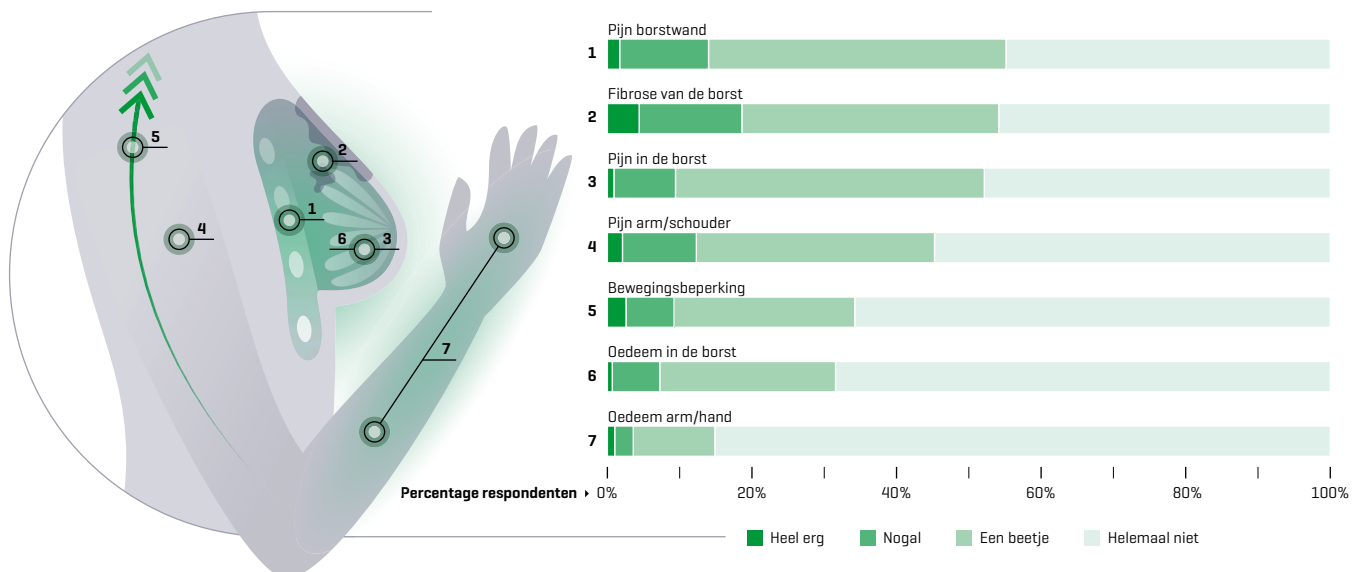
de overlevingskans te vergroten, krijgt ongeveer 68% van alle borstkankerpatiënten radiotherapie.^{8,9} Bij sommige vrouwen wordt alleen de borst bestraald, bij anderen ook de borstwand en de lymfeklieren. Omdat radiotherapie altijd gegeven wordt in combinatie met een andere behandeling, zoals chirurgie, chemo- of hormoontherapie, is niet altijd duidelijk of een klacht het rechtstreekse gevolg is van de bestraling. Maar een aantal klachten zien we vaker bij patiënten die bestraald zijn.^{10,11} De meest voorkomende fysieke klachten na bestraling zijn (een combinatie van) pijn, fibrose, oedeem en bewegingsbeperking van de arm [infographic].¹³ Daarnaast heeft 8% van de bestraalde borstkankerpatiënten klachten in verband met de verminderde cosmetiek van de borst.¹⁴ In

het UMBRELLA-cohort hield 16% ook klachten op langere termijn. Tot meer dan 10 jaar na de radiotherapie kunnen zich nog nieuwe klachten ontwikkelen en de patiënt zal die niet altijd in verband brengen met de bestraling.^{4,12} Des te belangrijker is het dat de huisarts de late gevolgen van radiotherapie kan herkennen.

Het soort klachten, de ernst ervan en wat de beste behandeling is, kan per patiënt verschillen. Daarom is het goed om bij patiënten die bestraald zijn voor borstkanker te inventariseren welke klachten ze hebben en in hoeverre ze mogelijk baat hebben bij een behandeling zoals lymfoedeemtherapie, fysiotherapie, pijnstilling of hyperbare zuurstoftherapie. Patiënten met oedeem in de arm, hand of borst kunnen bijvoorbeeld geholpen worden met lymfoedeemtherapie. Deze behandeling lost het onderliggende probleem (verstoorde afvoer van lymfvocht) niet op en moet vaak langdurig gegeven worden, van meerdere keren per week tot bijvoorbeeld eens per maand. Dat geldt ook voor fysiotherapie, die zich naast het oedeem ook op de balans tussen belastbaarheid en belasting kan richten. Zulke behandelingen zijn vaak goed te combineren met bijvoorbeeld een re-integratietraject, maar zullen op lange termijn de klachten niet altijd oplossen. Hyperbare zuurstoftherapie is een intensieve behandeling: de patiënt krijgt 2 uur per dag in een hyperbare kamer 100% zuurstof toegediend via een zuurstofmasker, en dit 5 dagen per week gedurende 6-8 weken. Doel is het door de bestraling beschadigde weefsel de kans te geven zich weer te herstellen. Voor patiënten met late bestralingschade wordt de therapie vergoed vanuit het basispakket en zij is bewezen effectief bij diverse soorten tumoren, maar het effect bij mammatumoren is nog onduidelijk. Bij twijfel over een adequate therapie of over de relatie van de klachten met vroegere bestraling kan ook terugverwezen worden naar de radiotherapeut-oncoloog of borstkankerchirurg.

Infographic

Prevalentie van patiëntgerapporteerde klachten na radiotherapie bij borstkankerpatiënten



KWALITEIT VAN LEVEN

Klachten na radiotherapie voor borstkanker kunnen een grote en langdurige impact hebben op de kwaliteit van leven. In het UMBRELLA-cohort zagen we dat sommige patiënten niet alleen fysiek, maar ook sociaal en emotioneel slechter functioneerden. Daarom is het goed om ook dit soort klachten te bespreken en in de spreekkamer actief te vragen naar de gevolgen voor het dagelijks functioneren en op het werk. Soms is het voor de patiënt al voldoende als de huisarts de relatie legt met de eerdere borstkankerbehandeling. Verwijzing naar een poh-ggz of psycholoog gespecialiseerd in zorg na kanker, of naar de bedrijfsarts voor begeleiding op werk kan ook soelaas bieden.

VERANDERD LICHAAMSBEELD

Alle kankerbehandelingen kunnen gevolgen hebben, zoals haaruitval of gewichtsverlies. Maar vooral borstoperaties en bestralingen beïnvloeden het uiterlijk van de borst en daarmee het lichaamsbeeld van de patiënt.¹⁵ Het percentage vrouwen in het UMBRELLA-cohort dat tevreden was over hun lichaamsbeeld varieerde van 89% vlak na de operatie tot 96% na 4 jaar follow-up. Het percentage dat ontevreden was, was 3 maanden na start van de radiotherapie het hoogst. Op dat moment was hun lichaamsbeeld vaak slechter dan vlak na de bestraling. De grootste kans op een slechter lichaamsbeeld 1 jaar na de behandeling hadden vrouwen die chemotherapie hadden ondergaan, die een hoger BMI hadden en die al voor hun behandeling een minder gunstig lichaamsbeeld hadden of emotioneel minder goed functioneerden. Na een borstamputatie was het lichaamsbeeld gemiddeld minder gunstig dan na een ander type operatie, maar alleen bij vrouwen die chemotherapie hadden ondergaan. Bij vrouwen die geen chemotherapie hadden gehad, vonden we geen associatie met het type operatie. Het is het overwegen waard om borstkankerpatiënten als nazorg ongeveer 3 maanden na de bestraling te bellen en te vragen naar hun algemeen welbevinden, inclusief hun lichaamsbeeld. Een veranderd lichaamsbeeld kan grote impact hebben en soms tot weer andere klachten leiden. Niet alle patiënten zullen zich daarvan bewust zijn. Alleen al de erkenning dat het lichaamsbeeld en de kwaliteit van leven veranderd zijn, kan deze patiënten helpen. Het helpt ook als de patiënt het verband ziet tussen mogelijke klachten en de eerdere borstkankerbehandeling. Zo'n inventariserend gesprek biedt de gelegenheid om na te gaan of de patiënt behoefte heeft aan ondersteunende gesprekken bij de poh-ggz of een (gespecialiseerd) psycholoog. De resultaten van het UMBRELLA-cohort kunnen gebruikt worden om vrouwen gerust te stellen die nog moeten starten met de behandeling en zich zorgen maken over hun lichaamsbeeld. Bij dergelijke counseling voorafgaand aan de behandeling kunnen huisartsen wellicht ook een rol spelen.

ONTEVREDENHEID MET HET COSMETISCHE RESULTAAT

Patiënten zullen zich na radiotherapie voor borstkanker niet snel bij de huisarts melden vanwege ontevredenheid met het cosmetische resultaat van de behandeling. We brachten de impact van die ontevredenheid in de eerste 3 jaar na de

bestraling in kaart door deze vrouwen te vergelijken met een controlegroep van Nederlandse vrouwen uit dezelfde leeftijdsklasse die geen diagnose (borst)kanker hadden gehad.¹³ Vrouwen die tevreden waren met het uiterlijk van de borst functioneerden even goed of beter dan de controlegroep. Vrouwen die ontevreden waren, functioneerden slechter en hadden ook significant meer somberheidsklachten dan de controlegroep én dan patiënten die tevreden waren.

Net als bij het lichaamsbeeld is het daarom van belang om patiënten tijdens de nazorg te vragen hoe tevreden of ontevreden ze zijn met het cosmetische resultaat. Als de negatieve impact groot is, kun je nagaan of psychische ondersteuning gewenst is. Eventueel kun je de patiënt terugverwijzen naar de (plastisch) chirurg om te inventariseren of correctie mogelijk is.

CONCLUSIE

De gevolgen van borstkanker kunnen vervelend zijn en presenteren zich soms tot jaren na de behandeling. Weliswaar zijn de behandelingen veel beter geworden en ervaren patiënten minder late klachten dan voorheen, maar in de nazorg komt nog steeds een zeer divers scala aan klachten aan bod. De NHG-Standaard Borstkanker richt zich voornamelijk op fysieke gevolgen, zoals oedeem en seksualiteit, maar ook de mentale impact mag niet onderschat worden. Patiënten met borstkanker in de voorgeschiedenis consulteren de huisarts vaker dan leeftijdsgenoten. Verlies die voorgeschiedenis daarom niet uit het oog, ook niet bij kleine klachten. Vraag actief naar het lichaamsbeeld van de patiënt en naar diens kwaliteit van leven, en maak ze bespreekbaar. Het kan voor een patiënt al veel betekenen als de huisarts de klacht erkent en in verband kan brengen met de eerdere borstkankerbehandeling. Aarzel niet om bij twijfel terug te verwijzen naar de chirurg of radiotherapeut-oncoloog. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Kankerregistratie. Utrecht; IKNL. 2022. <http://www.cijfersoverkanker.nl>, geraadpleegd 28 september 2022.
2. Feiten en cijfers huisartsenzorg. Utrecht: Landelijke Huisarts Vereniging, 2018. <https://www.lhv.nl>, geraadpleegd 28 september 2022.
3. De Bock G, Bronsgeest M, Corsten M, Hinloopen R, Korver J, De Meij M, et al. NHG-Standaard Borstkanker. Utrecht: NHG, 2016-2021.

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

Batenburg MC, Accord-Maass SW, Van der Leij F, Verkooijen HM. Late gevolgen van radiotherapie na borstkanker. Huisarts Wet 2023;66(5):23-7. DOI:10.1007/s12445-023-2245-4. UMC Utrecht, Divisie Beeld en Oncologie: M.C.T. Batenburg, huisarts in opleiding, klinisch epidemioloog: m.c.t.batenburg@umcutrecht.nl; prof. dr. H.M. Verkooijen, klinisch epidemioloog. UMC Groningen, Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: S.W.M.C. Accord-Maass, huisarts, postdoc. UMC Utrecht, Afdeling Radiotherapie: dr. F. van der Leij, radiotherapeut oncoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Taalgebruik tijdens het SOLK-consult

Inge Stortenbeker, Tim olde Hartman

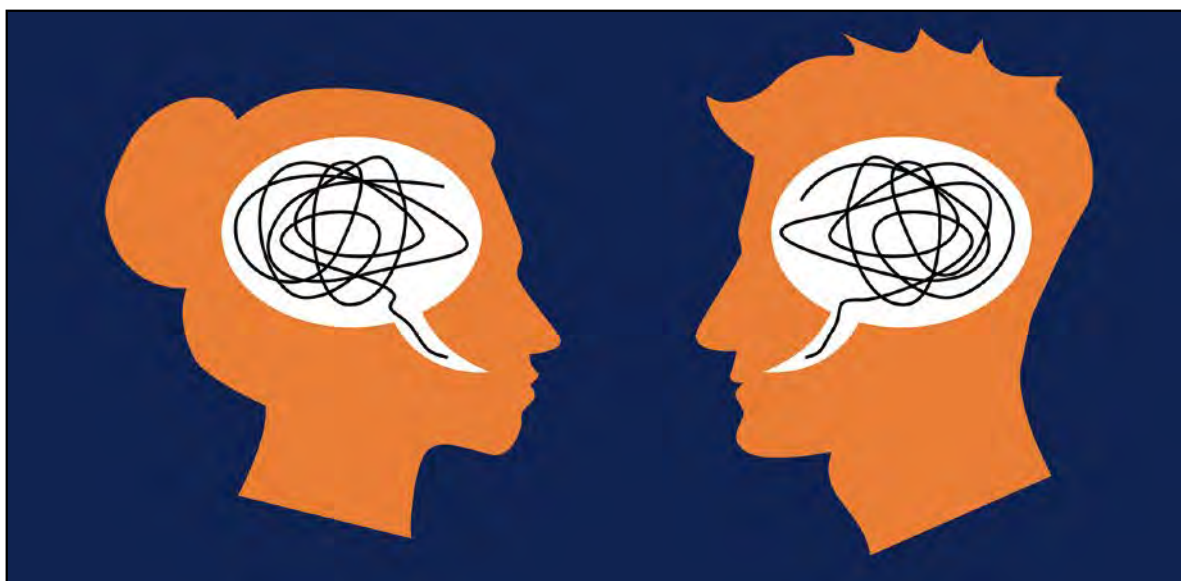
‘Ik zie geen afwijkingen.’ Een gangbare conclusie na lichamelijk onderzoek bij patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Diezelfde boodschap kun je ook op een andere manier brengen, bijvoorbeeld: ‘Het ziet er netjes uit.’ Heeft dat invloed op hoe patiënten zich voelen? En met welke taal formuleren deze patiënten hun klachten? Taalgebruik blijkt een flinke invloed te hebben op de manier waarop patiënten op een consult over SOLK reageren.

Veel patiënten ervaren klachten zonder directe medische verklaring. Vaak gaan die klachten na verloop van tijd vanzelf over. Bij 3 tot 11% van de patiënten houden die somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) echter aan.^{1,2} Huisartsen ervaren geregeld communicatieproblemen bij patiënten met SOLK, bijvoorbeeld bij de psychosociale exploratie, in de structurering van het gesprek en met persoonsgerichte communicatie. Op hun beurt voelen deze patiënten zich dikwijls onbegrepen.^{3,4} Intuïtief erkennen zorgverleners dat taalgebruik van belang is tijdens het consult. We weten ook dat positieve communicatie een directe impact heeft op pijn of herstel.^{5,6} Welke invloed heeft taalgebruik eigenlijk op het verloop van een consult over SOLK en het welbevinden van de patiënt? Het taalgebruik waarmee huisartsen en patiënten met SOLK communiceren is nauwelijks onderzocht.^{7,8} Daarom analyseerden we het taalgebruik in 82 huisartsconsulten over SOLK.

TAAL BEÏNVLOEDT HET VERLOOP VAN EEN CONSULT

De taal die huisartsen tijdens het consult gebruiken, beïnvloedt het angstniveau van patiënten na het consult. Subtiele variaties in de formulering van een boodschap blijken een directe invloed te hebben op het consultverloop én op hoe patiënten zich na het consult voelen. Na een kwantitatieve analyse van 2590 uitingen van huisartsen zagen we dat ze bij patiënten met SOLK vaker negatieve taal gebruiken, zoals ‘het ziet er niet slecht uit’ in plaats van ‘het ziet er goed uit’. Positieve taal is gerelateerd aan een lager angstniveau van patiënten na het consult, en daarom hebben patiënten met SOLK en ook andere type klachten baat bij positief taalgebruik.⁹ Het helpt om bevindingen tijdens het lichamelijk onderzoek positief te formuleren. Zeg daarom liever ‘Uw longen klinken schoon’, dan ‘Ik hoor geen gekke dingen’.

Wanneer tijdens het consult mogelijke psychosociale oorzaken van SOLK aan de orde komen, kan dat spanning oproepen. Sommige patiënten brengen deze zelf ter tafel, terwijl andere weerstand hebben tegen een dergelijke verklaring. De taal waarmee huisartsen mogelijke psychosociale oorzaken introduceren, blijkt het verloop van het consult direct te beïnvloeden. Zo kwam uit onze kwalitatieve conversatieanalyse naar voren dat huisartsen psychosociale oorzaken op 2 manieren introduceren: ze omschrijven de mogelijke oorzaak als vraag (bijvoorbeeld: ‘Kan het zijn dat als je dat zo te horen krijgt, dat dat ook een weerslag op je lijf heeft of niet?’), of ze leggen de relatie uit aan patiënten (bijvoorbeeld: ‘Het vervelende is dat



‘Typische SOLK-taal’ bestaat niet, maar is gebaseerd op vooroordelen over patiënten.

Illustratie: Shutterstock

op het moment dat je je zorgen maakt over een lichaamsdeel, ga je vanzelf dat lichaamsdeel beter waarnemen'). Een vraag maakt het antwoord van patiënten relevant en geeft ze de ruimte om hun ideeën te delen. Bij een uitleg lijkt wat ze er zelf over denken veel minder relevant. Ze reageren dan vaak niet, ook wanneer huisartsen na de uitleg een stilte inbouwen. Of patiënten krijgen simpelweg niet de gelegenheid om te reageren omdat huisartsen na hun uitleg meteen verdergaan. Een vraag naar de psychosociale achtergronden creëert dus ruimte voor de ideeën of opvattingen van patiënten, terwijl dat nauwelijks het geval is bij een uitleg over de relatie met psychosociale achtergronden.

Een dergelijk subtiel onderscheid tussen vraag en uitleg kan belangrijke gevolgen hebben voor het consult. Zo blijft weerstand na een uitleg over de relatie met psychosociale achtergronden vaker impliciet, en reageren patiënten minder uitgebreid op mogelijke oorzaken. Door patiënten te vragen naar mogelijke oorzaken ('Denk je dat er een relatie is tussen jouw klachten en de stress die je hebt ervaren?') in plaats van deze aan hen uit te leggen ('We weten uit onderzoek dat de emotionele problematiek een duidelijke invloed heeft'), nodigt u hen uit om hun ideeën te delen en in een dialoog tot een acceptabele uitleg te komen.

TAAL HELPT KLACHTEN BETER TE BEGRIJPEN

De literatuur over SOLK schetst een beeld van mogelijke communicatieproblemen die huisartsen en patiënten tijdens het consult ervaren. Zo voelen beiden zich soms machteloos, hebben patiënten niet altijd het gevoel dat hun arts de klachtervaring erkent en kan er bij hen weerstand bestaan.^{4,10,11} Maar wat gebeurt er nu eigenlijk tijdens die gesprekken? We voerden een systematisch reviewonderzoek uit naar eerder onderzoek (in totaal 18) over taalgebruik bij SOLK-consulten.¹² Een analyse van taalgebruik geeft inzicht in wat er precies tijdens een consult gebeurt en waarom dat gebeurt. We illustreren dit aan de hand van 2 voorbeelden.

Klachten zijn legitiem

Het is belangrijk om klachten te erkennen. Huisartsen en patiënten laten dit tijdens het gesprek zien: ze verrichten zogenaamd interactioneel werk tijdens de klachtpresentatie om de klachtervaring te legitimeren. Aanvullend interactioneel werk houdt bijvoorbeeld in dat huisartsen expliciet benadrukken dat het goed is dat de patiënt een afspraak heeft gemaakt (in plaats van daar geen aandacht aan te besteden). Ook patiënten gebruiken taal die benadrukt dat hun bezoek legitiem is. Ze kunnen dit doen door de ernst van de klachten te benadrukken met geïntensiveerd taalgebruik, zoals 'een *ondraaglijke* pijn' of 'ik voel me *heel erg* ziek'. Het lijkt er misschien op dat de patiënt overdrijft, maar dergelijk intens taalgebruik maakt in elk geval wel duidelijk dat de patiënt niet voor een wisselwasje langskomt, maar klachten heeft die serieuze aandacht behoeven.

De observatie dat de legitimiteit belangrijk is geldt niet alleen voor SOLK. Ook tijdens consulten over andere klachten gebruiken huisartsen en patiënten interactionele middelen

KADER: TERMINOLOGIE

In deze beschouwing gebruiken we de term 'SOLK'. Tijdens de gegevensverzameling is aan huisartsen gevraagd of zij dachten dat de patiënt SOLK had of niet, destijds de terminologie die in bestaande richtlijnen werd gebruikt.^{17,18} In 2021 is de terminologie aangepast naar 'aanhoudende lichamelijke klachten' (ALK), wat gepaard is gegaan met een andere opvatting over wat dit type klachten behelst. Niet de oorzaak, maar de gevolgen van de klachten vormen voor ALK de kern. Zie Van SOLK naar ALK [nalk.info] voor een uitgebreide toelichting. In deze beschouwing gebruiken we de term SOLK om recht te doen aan de categorisatie zoals gebruikt ten tijde van de gegevensverzameling.

om de legitimiteit van het bezoek te erkennen of benadrukken. Bij sommige klachten zijn weinig woorden nodig om de legitimiteit duidelijk te maken – een gebroken been spreekt als het ware voor zich en behoeft weinig context. Bij klachten die minder zichtbaar zijn, dient taalgebruik echter als hulpmiddel om dezelfde boodschap over te brengen.

De patiënt als expert

Artsen en patiënten hebben elk hun eigen expertise. Zo zijn artsen medisch deskundig, terwijl patiënten alles van hun klachtervaring weten. Bij SOLK laten de gebruikelijke medische informatiebronnen, zoals testuitslagen, geen eenduidig beeld zien, en daarom is het voor huisartsen belangrijk om te weten wanneer en hoe de patiënt de klachten ervaart. Daarmee begeven ze zich op het kennisdomein van hun patiënt. Dat is terug te zien in het taalgebruik.

Huisartsen gebruiken tijdens de uitleg van SOLK bijvoorbeeld vaker vage of indirecte formuleringen. Denk hierbij aan uitingen als '*dingen* die in je leven zijn gebeurd' of 'het klinkt *misschien een beetje* gek'. Of ze leggen klachten uit door te vertellen hoe anderen de klachten ervaren (ook wel *detached footing* genoemd): 'Soms kan zo'n ervaring het zelfvertrouwen van *mensen* ondermijnen.' Daarmee verwijzen huisartsen niet specifiek naar de patiënt die tegenover hen zit, maar naar mensen of andere patiënten in het algemeen. Dit taalgebruik is minder direct, wat het mogelijk maakt om delicate of moeilijke onderwerpen te introduceren. Bovendien krijgt de patiënt daarmee de ruimte om die uitleg eventueel te weerleggen (door bijvoorbeeld te zeggen: 'Dat geldt misschien voor anderen, maar niet voor mij'). Voorzichtig taalgebruik van huisartsen kan erop wijzen dat er een thema aan de orde is dat niet volledig tot het medische kennisdomein behoort, maar ook tot dat van de patiënt zelf. Wanneer kennisdomeinen op die manier conflicteren (waarbij de arts zich dus in het kennisdomein van de patiënt begeeft, en vice versa), kunnen artsen en patiënten tijdens het SOLK-consult een gevoel van machteloosheid krijgen. Een dergelijke verdeling van expertposities zien we ook bij

DE KERN

- Positief taalgebruik beïnvloedt het welbevinden van patiënten. Het helpt om 'Uw longen klinken schoon' te zeggen, in plaats van 'Ik hoor geen gekke dingen'.
- Door patiënten te vragen naar mogelijke psychosociale oorzaken (en geen uitleg te geven) krijgen ze de ruimte om hun ideeën te delen.
- Patiënten gebruiken geïntensiveerd taalgebruik om de echtheid van een klacht te benadrukken. Dat doen niet alleen patiënten met SOLK, maar *alle* patiënten.
- Typische SOLK-taal bestaat niet. Patiënten met en zonder SOLK communiceren op vergelijkbare wijze en hebben dezelfde verwachtingen over de communicatie van de arts.

het eerder gegeven voorbeeld van het opperen van mogelijke psychosociale oorzaken. Waar het vraag-format de patiënt als deskundige positioneert, behoudt de huisarts bij de uitleg-format juist de expertpositie. Het moge duidelijk zijn dat er daarbij geen goede of foute benadering is – elke benadering kent simpelweg andere consequenties. Wanneer we ons bewust zijn van dit soort talige fenomenen, vergroten we ons inzicht in SOLK, en allerlei andere soorten klachten, en kunnen we het gesprek erover beter voeren.

DE MYTHE VAN TYPISCHE SOLK-TAAL

Het idee bestaat dat patiënten met SOLK anders communiceren dan patiënten met verklaarde klachten. Sommige patiënten zouden klachten overdrijven of een vage klachtenpresentatie geven.¹³ Uit eerder onderzoek blijkt dat huisartsen hun diagnose soms zelfs baseren op de wijze waarop de patiënt de klachten presenteert.¹⁴ Maar zijn dit soort elementen wel kenmerkend voor SOLK? Kunnen we SOLK-taal herkennen wanneer we het taalgebruik van patiënten met SOLK vergelijken met dat van patiënten met verklaarde klachten?

Om dat te onderzoeken hebben we bestaande vooroordelen over SOLK vertaald naar talige elementen, die we vervolgens vergelijken in consulten over SOLK en die over verklaarde klachten.¹⁵ Zo keken we naar subjectiviteitsmarkeerders ('ik merk dat'), omdat SOLK ook als subjectieve klacht wordt beschreven, naar taalintensiteit ('heel erg') als indicatie voor overdrijving en naar taalabstractie als proxy voor vaagheid. In totaal analyseerden we 6 talige markeerders in 2752 uitingen van patiënten.

We vonden niet tot nauwelijks verschillen tussen patiënten met SOLK en patiënten met verklaarde klachten. Ze gebruiken niet meer subjectiviteitsmarkeerders, intensieve taaluitingen of abstracte taal. Patiënten met SOLK gebruiken wel geïntensiveerde taal, maar dat doen andere patiënten ook. Dergelijk taalgebruik is, zoals we zagen, ook een manier om de klachten te legitimeren. Ons onderzoek laat zien dat het idee van 'typische SOLK-taal' gebaseerd is op vooroordelen over patiënten, en niet op daadwerkelijke verschillen in hun taalgebruik.

KANSEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

We gebruikten kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden om taalgebruik te analyseren in natuurlijke huisarts-gesprekken over SOLK. Daarmee hebben we op een unieke wijze patronen van taalgebruik blootgelegd. Wel kent een analyse van natuurlijke gesprekken de nodige uitdagingen. Zo betrof het een heterogene steekproef, waardoor de aard van de klachten en de inhoud van de gesprekken sterk varieerden. We konden alleen de relatie tussen taal en patiëntuitkomsten analyseren, maar geen causale verbanden aantonen. Verder weten we nog weinig over non-verbale, paralinguïstische kenmerken (bijvoorbeeld een nadruk of volume). Er zijn dus genoeg mogelijkheden voor toekomstig onderzoek om de invloed van het taalgebruik tijdens huisartsconsulten verder uit te diepen.

CONCLUSIE

Taal beïnvloedt het verloop van het consultgesprek en houdt verband met hoe patiënten zich na het consult voelen. De inhoud blijft nagenoeg gelijk, maar met taal verander je de verpakking van een boodschap. Positieve taal heeft een gunstig effect: positief geformuleerde boodschappen hangen samen met minder angst bij patiënten na het consult. Vormvariaties beïnvloeden ook de manier waarop psychosociale oorzaken besproken worden. Vragen nodigen patiënten uit hun ideeën te delen, terwijl ze daarvoor juist minder ruimte krijgen wanneer huisartsen dezelfde informatie uitleggen.

Via een systematische analyse van taalgebruik kunnen we beter begrijpen wat er tijdens consulten gebeurt. We ontdekten dat er helemaal geen 'typische SOLK-taal' bestaat. Patiënten met SOLK en verklaarde klachten communiceren op vergelijkbare wijze en hebben dezelfde verwachtingen over de communicatie van de huisarts. Patiënten met SOLK hebben, net zoals andere patiënten, behoefte aan persoonsgerichte zorg.¹⁶ ■

LITERATUUR

1. Aamlund A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:107.
2. Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
3. Houwen J, Lucassen P, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, oude Hartman TC, et al. Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2019;20:180.

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

Stortenbeker LA, oude Hartman T. Taalgebruik tijdens het SOLK-consult. *Huisarts Wet* 2023;66(5):28-30. DOI:10.1007/s12445-023-2251-6. Radboud Universiteit, Centre for Language Studies, Nijmegen: dr. I.A. Stortenbeker, postdoc onderzoeker, inge.stortenbeker@ru.nl. Eerstelijns geneeskunde: dr. T. oude Hartman, huisarts en onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Voorkeurshouding van het hoofd bij zuigelingen

Floor Stadhouders, Annemarije Kruis, Just Eekhof

Schedelvervorming (plagiocefalie) is meestal het gevolg van langdurige eenzijdige compressie van de schedel voor, tijdens of na de geboorte. De belangrijkste oorzaak is te veel in dezelfde houding liggen, waardoor een milde afplattung ontstaat die onder invloed van de zwaartekracht en de geringe spiercontrole leidt tot een voorkeurshouding. Het natuurlijke beloop is gunstig; symmetrische stimuli aanbieden en het kind tijdens het spelen regelmatig in buikligging leggen bevorderen een symmetrische ontwikkeling.

Volgens de JGZ-richtlijn is een voorkeurshouding van het hoofd bij een zuigeling 'de toestand waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd óf naar de rechterzijde óf naar de linkerzijde geroteerd houdt gedurende driekwart van de observatietijd (≥ 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volle 180° '.¹

Men spreekt van 'deformatieve plagiocefalie' wanneer het hoofd van de baby is vervormd als gevolg van prenatale of postnatale krachten op de groeiende schedel. In ernstige gevallen kan functionele plagiocefalie gepaard gaan met asymmetrieën van voorhoofd, gelaat, ogen, oren, hals, wervelkolom, bekken, heupen en ledematen.¹

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Schedelvervorming of plagiocefalie ontstaat meestal als gevolg van langdurige eenzijdige compressie van de schedel voor, tijdens of na de geboorte.^{1,2} De belangrijkste oorzaak lijkt te zijn dat het kind te veel in dezelfde houding ligt. Het advies om zuigelingen in rugligging te laten slapen ter preventie van wiegendood leidde ertoe dat het aantal kinderen met houdingsafhankelijke plagiocefalie toenam vanaf de vroege jaren 90.^{2,3} Kinderen die op de rug liggen, worden niet gestimuleerd om hun spieren te oefenen en liggen meestal met het hoofd naar dezelfde kant gedraaid. Wanneer dit langer duurt, kan de sche-

del, die bij zuigelingen gemakkelijk vervormbaar is, langzaam platter worden. Een milde afplattung versterkt zichzelf doordat het hoofd steeds naar dezelfde zijde draait: de zwaartekracht en de te geringe spiercontrole leiden tot een persisterende voorkeurshouding.¹ Vrijwel altijd is daarbij de regulatie van de spierspanning verstoord: de dorsale spiergroepen overheersen de ventrale spiergroepen, en er ontstaat een actieve en passieve bewegingsbeperking van de m. sternocleidomastoideus en/of de cervicale wervelkolom [figuur 1-2]. Dit proces wordt mogelijk nog versterkt wanneer een geringe afplattung van het hoofd al tijdens de zwangerschap is ontstaan. Daarvoor kunnen meerdere factoren verantwoordelijk zijn: afwijkende vorm van de baarmoeder, primipariteit, prematuriteit, stuitligging, kunstverlossing, langdurige zwangerschap en meerlingenzwangerschap. Andere factoren die het risico op plagiocefalie vergroten, zijn mannelijk geslacht, beperkte rotatiemogelijkheid van de nek (bijvoorbeeld door torticollis of door een anatomische afwijking), trage motorische ontwikkeling, sterk temperament en oogspierverlamming.^{1,3} Een zeldzame en ernstige vorm van plagiocefalie is craniosynostose: een te vroege verbening van de schedelnaden. Deze synostose is reeds bij de geboorte aanwezig; vaak is het een geïsoleerde afwijking. Bij 40% van de patiëntjes is het onderdeel van een syndroom.¹

EPIDEMIOLOGIE

In 1997 was de prevalentie van voorkeurshouding bij zuigelingen van 1-6 maanden op Nederlandse consultatiebureaus 8,2%. De incidentie is na 1989 toegenomen, waarschijnlijk door het advies over rugligging.^{2,3} Bij 7 weken oude zuigelingen was de prevalentie van voorkeurshouding 18% in 2012, en die van deformatieve plagiocefalie 22%. Bij pasgeborenen was de prevalentie van deformatieve plagiocefalie 6%.¹ Canadese onderzoekers vonden in 2016 echter een veel hogere prevalentie bij kinderen van 7-12 weken (46,6%), wat zou kunnen wijzen op onderrapportage in Nederland.³ De incidentie van plagiocefalie door craniosynostose was veel lager (0,03%).

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Ouders worden door het consultatiebureau verwezen of komen zelf met hun baby, omdat het kind altijd naar dezelfde kant kijkt en daardoor asymmetrie van de schedel is ontstaan.

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.

DE KERN

- De belangrijkste oorzaak van schedelvervorming bij zuigelingen is dat het kind te veel in dezelfde houding ligt.
- Educatie van de ouders is belangrijk om de incidentie te verlagen.
- Milde plagiocefalie wordt in eerste instantie met adviezen en oefeningen behandeld.
- Van de kinderen met plagiocefalie heeft 99% op 5-jarige leeftijd geen of slechts geringe schedelvervormingen.
- Helmtherapie is geen standaardbehandeling bij kinderen met plagiocefalie.

ANAMNESE

Stel de volgende vragen.

- Ligt het kind $\geq 75\%$ van de tijd met het hoofd naar steeds dezelfde kant gedraaid?
- Kan het kind wel naar de andere kant kijken?
- Hoe is de stand van de heupen, is dit gecontroleerd?
- Zijn er afwijkingen aan de vorm van de schedel?
- Sinds wanneer zijn bovenstaande klachten aanwezig? Waren er al klachten bij de geboorte?
- Waren er bijzonderheden tijdens zwangerschap of bevalling?
- Hoe wordt het kind vastgehouden, gedragen en gevoed?

Figuur 1

Afplatting van de schedel (met een kale plek op het achterhoofd) ontstaat door de voorkeurshouding in rugligging, in een zichzelf versterkend proces.



- Hoe ligt het kind in bed?
- Hoe staan het bed en de box in de kamer?

ONDERZOEK

Het is belangrijk om bij het lichamelijk onderzoek onderscheid te maken tussen houdingsafhankelijke plagiocefalie en craniosynostose. Observeer het kind in eerste instantie bij de ouder op schoot, in rug- en buikligging op een vlakke onderlaag en zittend.

Bij houdingsafhankelijke plagiocefalie heeft de schedel van bovenaf gezien een parallellogramachtige vorm. De schedelnaden zijn open.^{1,3} Aan de ipsilaterale zijde is het achterhoofd afgeplat en het voorhoofd geprononceerd (*frontal bossing*), en is het oor meer naar voren verplaatst. Vaak is op het achterhoofd een kaal plekje te zien. Aan de contralaterale zijde is een bolling van het achterhoofd zichtbaar en is het oor naar achteren verplaatst.^{1,3} Bij het lichamelijk onderzoek moet de huisarts ook de mogelijke oorzaken nagaan: zintuigproblemen, sleutelbeenfractuur, obstetrische plexusbrachialislaesie, trauma, wervelkolomproblematiek, heupafwijking, knie- en voetafwijkingen, neurologische afwijkingen dysmorphieën.¹

Craniosynostose kan worden vastgesteld door beoordeling en palpatie van de schedelnaden en fontanellen. Deze zijn asymmetrisch en er is een verbeende schedelnaad voelbaar, met vaak ook een richel ter plaatse.

In de huisartsenpraktijk zijn anamnese en lichamelijk onderzoek voldoende; aanvullend onderzoek is niet geïndiceerd.

Figuur 2

Door de vlakke afplatting van het achterhoofd kan de jongen zijn hoofd niet meer opzij draaien (hij kijkt naar beneden).



Een CT-scan is alleen geïndiceerd bij complexe afwijkingen of bij craniosynostose, maar gebeurt niet in de eerste lijn.

BELEID

Informatie

Het is belangrijk de ouders vroegtijdig goed te informeren om functionele plagiocefalie te voorkomen.² Het natuurlijke beloop is gunstig. Er is geen bewijs dat plagiocefalie leidt tot ontwikkelingsachterstanden, maar een ontwikkelingsachterstand verhoogt mogelijk wel het risico op houdingsafhankelijke plagiocefalie.³

Adviezen

De volgende adviezen over houding en hantering van de baby, en over passieve en actieve oefeningen, zijn erop gericht de symmetrie te stimuleren:^{1,2}

- Wanneer de baby wakker en onder toezicht is: leg het kind $\geq 3 \times$ per dag op de buik. Doe dit op de dag van de geboorte steeds 1 minuut en bouw dit op naar ≥ 30 -60 minuten per dag. Probeer tijdens het spelen stimuli aan beide kanten te leggen. Laat de baby niet te lang in een autostoel zitten.
- Bij het voeden: houd de baby afwisselend op de rechter- en linkerarm, of leg hem recht voor op de benen.
- Bij het slapen: leg de baby altijd op de rug te slapen en draai het hoofd per slaap afwisselend naar links en naar rechts. Laat het kind niet op de zij of de buik slapen, dit in verband met de grotere kans op wiegendood. Verplaats het bed als een bepaald voorwerp altijd de aandacht van de baby vraagt. Zorg dat stimuli aan beide kanten van het bed worden gelegd en dat de baby voldoende beweegruimte heeft.

Fysiotherapie

Begeleiding door een kinderfysiotherapeut is bewezen effectief om schedelvervorming te verminderen.^{4,5}

Helmtherapie

Helmtherapie wordt niet aanbevolen als standaardbehandeling voor gezonde zuigelingen met matige tot ernstige schedelvervorming. Het is een kostbare, intensieve behandeling die de kwaliteit van leven nauwelijks beïnvloedt en ook zonder helmtherapie kunnen kinderen vaak verbeteren.³

VERWIJZEN

Verwijs op korte termijn naar een kinderfysiotherapeut wanneer de gegeven adviezen geen effect hebben bij een kind met milde en vroeg gediagnosticeerde functionele plagiocefalie.¹ Verwijs naar een kinderarts bij ernstige asymmetrie, bij de aanwezigheid van een onderhoudende factor, bij een vermoeden van craniosynostose of bij een gestoorde motorische ontwikkeling.

Bij plagiocefalie door craniosynostose is soms een neurochirurgische interventie noodzakelijk. Correctieve chirurgie geeft

WAT IS AANGETOOND?

Uit een literatuuronderzoek bleek dat de puntprevalentie van plagiocefalie halveert in het tweede levensjaar. Dat is een aanwijzing dat de hoofdvorm zonder behandeling kan normaliseren.⁶ Een recent Nederlands onderzoek liet zien dat 80% van de kinderen met houdingsafhankelijke plagiocefalie op de leeftijd van 5 jaar een normale schedelvorm heeft, 19% milde plagiocefalie en slechts 1% ernstige plagiocefalie. Ook dit wijst op een gunstig natuurlijk beloop.⁷

Milde functionele plagiocefalie kan, mits vroeg gediagnosticeerd, worden behandeld met hanteringsadviezen en oefeningen.^{1,3-5}

In een gerandomiseerde gecontroleerde trial (n = 65) is kinderfysiotherapie gedurende 4 maanden vergeleken met een folder met basispreventieve maatregelen zonder verdere voorlichting of instructies. In de interventiegroep was het risico op ernstige deformatieve plagiocefalie op de leeftijd van 6 maanden 46% lager [RR 0,54; 95%-BI 0,30 tot 0,98] en op de leeftijd van 12 maanden 57% [RR 0,43; 95%-BI 0,22 tot 0,85]. Het *number needed to treat* was 3,85 bij 6 maanden en 3,13 bij 12 maanden.⁴ De verschillen waren significant, maar bleken in een vervolgonderzoek op 5-jarige leeftijd verdwenen.⁷ Fysiotherapie bevordert dus alleen vroegere afname van plagiocefalie. Helmtherapie is eveneens effectief gebleken, al zullen veel kinderen ook zonder helmtherapie verbeteren.⁷ In een recente systematische review met in totaal 2188 kinderen die helmtherapie kregen, had 2,5% bij aanvang milde plagiocefalie, 19,6% matige plagiocefalie en 77,9% ernstige plagiocefalie. Na gemiddeld 199 dagen helmtherapie (range 50-667 dagen) had 40,2% milde, 44,3% matige en 15,5% ernstige plagiocefalie, en had 66,7% gezichtssymmetrie.⁸ Bij helmtherapie moet het kind ≥ 23 uur per dag een helm dragen. Dat is intensief en uit onderzoek blijkt dat de therapietrouw laag is. Daarbij is helmtherapie kostbaar. Aangezien gebleken is dat resterende plagiocefalie de kwaliteit van leven nauwelijks beïnvloedt, is helmtherapie dus niet aan te raden als standaardbehandeling.

de beste resultaten als de operatie plaatsvindt in de eerste 6-12 levensmaanden.⁹

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Maak de ouders attent op het belang van wisselende en afwisselende ligging van het hoofd. Adviseer het kind in verschillende houdingen te dragen en voedsel, licht, geluid en spel van beide zijden aan te bieden. Adviseer buikligging tijdens gesuperviseerde speeltijd, want buikligging bevordert een symmetrische ontwikkeling. ■

LITERATUUR

1. Boere-Boonekamp M, Coenen-van Vroonhoven E, Van Gameeren-Oosterom H, L'Hoir M, Van Sleuwen B, Anten-Kools E, et al. JGZ-richtlijn Voorkeurs houding en schedelvervorming. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
2. Beuriat PA, Szathmari A, Di Rocco , Mottolese C. Deformational plagiocephaly: State of the art and review of the literature. J Neurosurg 2019;65:322-9.
3. Weissler EH, Sherif RD, Taub PJ. An evidence-based approach to nonsynostotic plagiocephaly. Plast Reconstr Surg 2016;138:682e-9e.

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

Stadhouders F, Kruis AL, Eekhof JA. Voorkeurs houding van het hoofd bij zuigelingen. Huisarts Wet 2023;66(5):31-4. DOI:10.1007/s12445-023-2236-5.

Erasmus MC, afdeling Kindergeneeskunde, Rotterdam: F. Stadhouders, aios Kindergeneeskunde. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde, Leiden: dr. A.L. Kruis, huisarts-onderzoeker; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent: j.a.h.eekhof@lumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Uw diagnose 'Een bijzonder litteken'

André Moyakine

De huisarts stuurt een 8 jaar oud meisje naar het spreekuur van de dermatoloog vanwege een bijzonder litteken op haar rechterknie. Het litteken is ontstaan in de weken na een val op een grindtegel. Er is al gesmeerd met een klasse 3-corticosteroidzalf (betamethason), maar het litteken blijft prominent aanwezig en is ook wat gevoelig. De voorgeschiedenis is blanco en het meisje gebruikt geen medicijnen.

Op de rechterknie is een scherp begrensde nummulaire plaque te zien. Wat is uw diagnose?

1. Hypertrofisch litteken
2. Koebnerfenomeen (psoriasis)
3. Milia en plaque
4. Verruca vulgaris

➤ Het antwoord leest u op pagina 49 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Een bijzonder litteken'.

Figuur

Een bijzonder litteken op de rechterknie



Foto: André Moyakine

Late gevolgen van radiotherapie na borstkanker

1. Van alle patiënten met borstkanker krijgt 68% radiotherapie. Van de bestraalde patiënten houdt een deel klachten in en rondom het bestralingengebied. In welk interval ligt dat percentage?¹
 - a. Minder dan 25%
 - b. Tussen 25 en 50%
 - c. Tussen 50 en 75%
2. Klachten na borstkankerbehandeling zijn niet altijd te herleiden tot de radiotherapie. Gelijktijdige behandeling met chemo- en/of hormoontherapie maken de diagnose lastig. Wat maakt het nog meer moeilijk klachten te herleiden tot de eerdere radiotherapie?¹
 - a. Klachten kunnen zich voordoen op afstand van de bestraalde plek.
 - b. Klachten kunnen sterk wisselen in de tijd.
 - c. Klachten kunnen zich vele jaren na radiotherapie nog ontwikkelen.
3. Oedeem in de borst en in de arm of hand is een (late) bijwerking van radiotherapie bij borstkanker. Het oedeem wordt tegengegaan met lymfoedeemtherapie. Wat zegt Batenburg over de effectiviteit van deze behandeling?¹
 - a. De behandeling is op de lange termijn meestal effectief.
 - b. De behandeling is op de lange termijn vaak niet effectief.
4. Bij bestraling van de borst raakt het gezonde weefsel beschadigd, de haarvaatjes verdwijnen en de stamcellen worden uitgeschakeld. Weefselvernieuwing stopt. Het lichaam gaat bindweefsel aanmaken om weefsel te herstellen (fibrosing). Hoe wordt dit behandeld?²
 - a. Fibroseremmende medicatie (pirfenidon en nintedanib)
 - b. Fysiotherapie
 - c. Hyperbare zuurstoftherapie
5. Het lichaamsbeeld – het beeld dat de vrouw van haar eigen lichaam heeft – verandert door de borstoperatie en de nabehandeling. Het percentage vrouwen dat tevreden is met het lichaamsbeeld na borstkankerbehandeling is hoog (90%). In welke fase is de tevredenheid het laagst?¹
 - a. Drie maanden na start van de bestraling
 - b. Vlak na de borstoperatie
 - c. Na 4 jaar follow-up
6. Patiënten die een borstsparende operatie hebben ondergaan en > 60 jaar zijn, worden de eerste 5 jaar gecontroleerd door de specialist. Daarna kunnen zij worden terugverwezen naar de huisarts. Welke onderzoeken dient de huisarts bij deze patiënten te (laten) verrichten?³
 - a. Jaarlijks mammografie
 - b. Jaarlijks palpatie en om de 2 jaar mammografie
 - c. Jaarlijks palpatie en jaarlijks mammografie
7. Mevrouw Derks, 42 jaar, komt terug op het spreekuur omdat zij een knobbeltje voelt in haar rechterborst. De huisarts vond bij het vorige consult geen afwijkingen en ziet mevrouw Derks nu terug op een ander moment in de cyclus. De huisarts voelt opnieuw geen knobbeltje. Wat is het aangewezen beleid?³
 - a. Geen vervolgonderzoek
 - b. Mammografie
 - c. Verwijzing naar mammapoli
8. De huisarts krijgt de uitslag terug van het bevolkingsonderzoek borstkanker van een patiënte uit zijn praktijk. De uitslag is BI-RADS 0. Welke uitleg aan de patiënte is juist?³
 - a. Er is geen afwijking gevonden, vervolgonderzoek is niet nodig.
 - b. Er is geen afwijking gevonden, maar onvolledig onderzoek, verwijzing radiologie is nodig.
 - c. Er is een afwijking gevonden, verwijzing naar een radiologieafdeling is nodig.

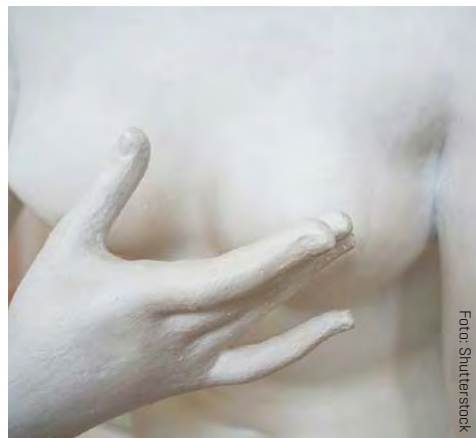


Foto Shutterstock

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

LITERATUUR

1. Batenburg MC, Accord-Maass SW, Van der Leij F, Verkooijen HM. Late gevolgen van radiotherapie na borstkanker. Huisarts Wet 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2245-4.
2. Soorten behandelingen hyperbare zuurstoftherapie. [Online]. Kanker.nl.
3. NHG-werkgroep Borstkanker. NHG-Standaard Borstkanker. [Online]. Richtlijnen. nhg.org/standaarden/borstkanker.

ANTWOORDEN

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

Een onverwachte diagnose bij een brakende patiënte

Thijs Lammers, Martijn Beenakker

Bij braken wordt doorgaans gedacht aan gastro-intestinale oorzaken. Wanneer deze niet worden gevonden, is het verstandig om terug te gaan naar de basis en de anamnese (opnieuw) af te nemen, inclusief de heteroanamnese. In deze casus leidde dat tot nieuwe diagnostische sporen en uiteindelijk tot de diagnose. We staan stil bij de betekenis van braken als eerste symptoom bij een onderliggende hersentumor en in het bijzonder glioblastomen.

De klacht braken als ingangsklacht komt in de huisartsenpraktijk bij 4,8 per 1000 patiënten per jaar voor.¹ Braken wordt gecoördineerd vanuit het braakcentrum in de formatio reticularis van de medulla oblongata.² Het braakcentrum ontvangt prikkels die braken kunnen initiëren vanuit de cortex cerebri (stimuli zoals geur), het vestibulaire systeem en cerebellum, de nucleus tractus solitarius (prikkels vanuit het maagdkanaal) of de chemoreceptortriggerzone in de area postrema van de hersenstam (medicatie, infecties of oedeem door radiotherapie), of door een verhoogde intracraniale druk.²

CASUS: EEN VROUW MET BRAAKKLACHTEN

Een 60-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis komt op het spreekuur van haar huisarts, omdat ze sinds enkele maanden aanhoudend last heeft van algehele malaise. Ze moet hierbij herhaaldelijk braken, wat ze sinds de laatste week zelfs na iedere maaltijd doet. In de afgelopen 3 maanden is de patiënte met 4 verschillende antibiotica behandeld in verband met recidiverende urineweginfecties. Haar huisarts denkt aanvankelijk dat het braken een bijwerking van de antibiotica is. Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen afwijkingen. Wel maakt mevrouw een vermoeide indruk en reageert ze traag bij het beantwoorden van vragen en in haar handelen. Wegens een verslechtering van haar lichamelijk functioneren verwijst haar huisarts haar naar de SEH. De internist daar komt tot dezelfde conclusie als haar huisarts. Na enige tijd gaat mevrouw opnieuw naar haar huisarts, waarbij ze haar partner meeneemt. De huisarts neemt opnieuw de anamnese af, nu met een heteroanamnese. Haar partner geeft aan dat ze de afgelopen maanden steeds trager reageert en minder initiatief toont. Ook blijkt ze geregeld na het opstaan te moeten braken. De huisarts vermoedt een hersentumor en verwijst de patiënte opnieuw. Bij neurologisch onderzoek reageert ze traag, is haar concentratievermogen verminderd en heeft ze een breed-basisch looppatroon. Een MRI-scan laat een groot ruimte-innemend proces rechts frontaal zien [figuur 1-3]. Na partiële tumorresectie wijst histologisch onderzoek uit dat het om een glioblastoom gaat.]

Tumoren kunnen braken veroorzaken door directe prikkeling van het braakcentrum, door een verhoging van de intracraniale druk, door lokale groei langs het endym en/of tot in de bodem van de vierde ventrikel (area postrema) en door leptomenigeale uitbreiding.^{2,3} Een verhoogde intracraniale druk geeft aanvankelijk specifieke klachten, zoals hoofdpijn, algehele malaise of concentratie- en cognitieve stoornissen. Bij toename van de druk ontstaan klachten van braken en verwardheid, en bij voortschrijden van de hersenzenuwuitval bewustzijnsdaling en stoornissen in vitale functies.^{3,4}

Verschijselen van hersentumoren

De klinische verschijnselen van een hersentumor berusten naast de aan- of afwezigheid van een verhoogde intracraniale druk op het mechanisme van lokaal functieverlies van hersenweefsel. Dit kan leiden tot motorische uitval, coördinatiestoornissen, visusvermindering, spraak-taalstoornissen, hersenzenuwuitval en endocriene stoornissen. Bij frontaal gelokaliseerde tumoren, zoals in deze casus (algeheel traag handelen), kunnen ook persoonlijkheids- en gedragsveranderingen optreden.^{3,4} Hoofdpijn kan een symptoom van drukverhoging zijn, waarbij deze doorgaans een drukkend karakter heeft en ook 's nachts kan aanhouden. Tevens kunnen tumoren focale epileptische prikkelingsverschijnselen veroorzaken.^{4,5}

De verschijnselen van hersentumoren hangen grotendeels samen met de lokalisatie in de hersenen, waarbij een hersentumor niet direct gepaard hoeft te gaan met (uitgebreide) focale uitvalsverschijnselen, hoofdpijn of epileptische insulden. Ook wanneer uitvalsverschijnselen ontbreken, kan een hersentumor de oorzaak van (onverklaard) aanhoudend braken zijn. Dit geldt specifiek voor ochtendbraken.

Wanneer ze naast hoofdpijn en/of aanhoudend (ochtend)braken voorkomen, kunnen ook de volgende kenmerken sterke aanwijzingen zijn voor een hersentumor: leeftijd ≤ 6 jaar of > 50 jaar, verminderde concentratie en prestaties op school of op het werk, een oncologische voorgeschiedenis (vooral melanoom, en borst- en longkanker).^{1,6} Bij het lichamelijk onderzoek is het goed om te letten op uitvalsverschijnselen, (nieuwe) houdingsinstabiliteit en langebaanverschijnselen (pathologische voetzoolreflex(en), verhoogde reflexen en spasticiteit). Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met

het feit dat de patiënt zich doorgaans zelf niet bewust is van veranderingen in persoonlijkheid en/of gedrag. De heteroanamnese is een belangrijk instrument om dit te achterhalen. De naaste van de patiënt kan vaak essentiële aanvullingen geven, waar de patiënt zelf geen rekening mee houdt of niet aan denkt.

Hoofdpijn en/of progressief braken zijn in combinatie met de zojuist genoemde klachten reden om op korte termijn met de

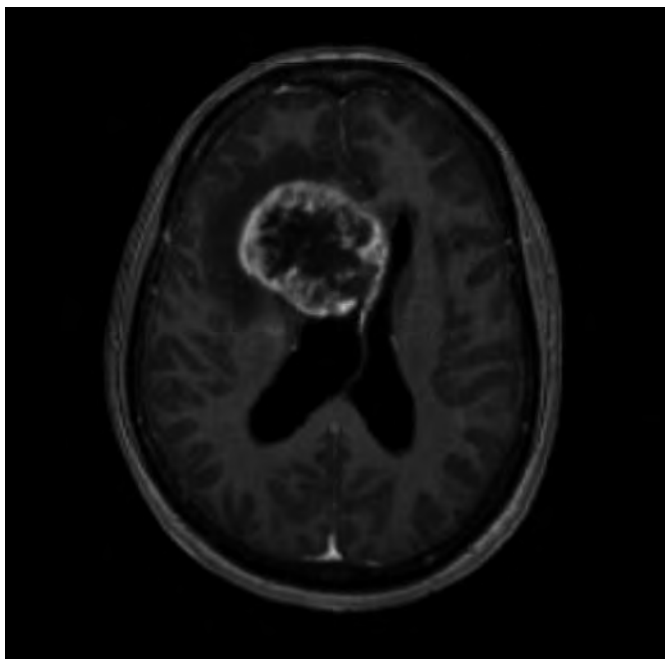
neuroloog te overleggen over het vermoeden van een hersentumor.^{1,6}

Glioblastoom

Van alle primaire hersentumoren komen gliomen het meest voor (70%).⁵ Gliomen ontstaan vanuit gliacellen, die zenuwcellen in de hersenen ondersteunen. Jaarlijks krijgen ongeveer 1100 volwassen patiënten in Nederland de diagnose glioom.

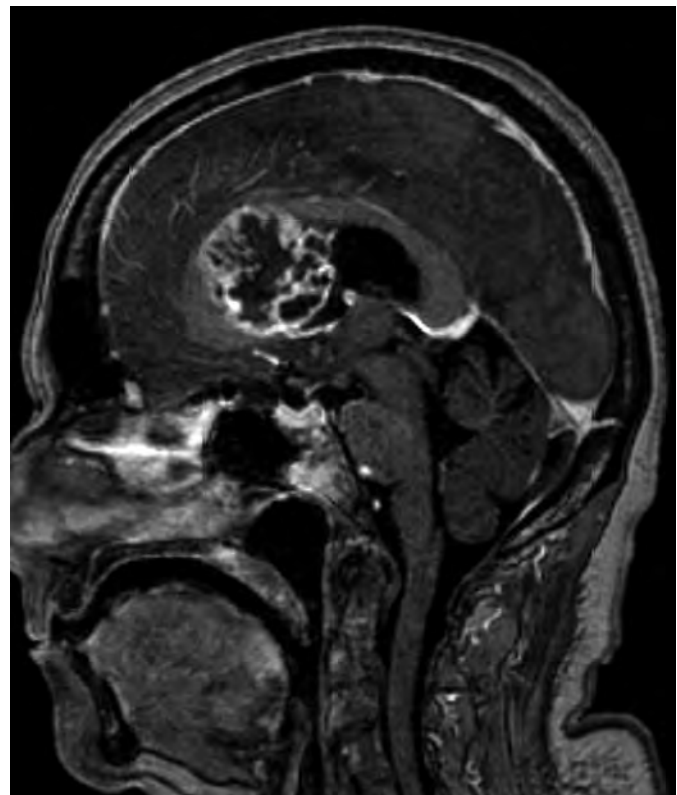
Figuur 1

Axiale coupe van de MRI-hersenen: we zien een grillig ruimte-innemend proces rechts frontaal met contrastaankeuring, met een omringend vasogeen oedeem, midline shift en doorgroei in de falx cerebri.



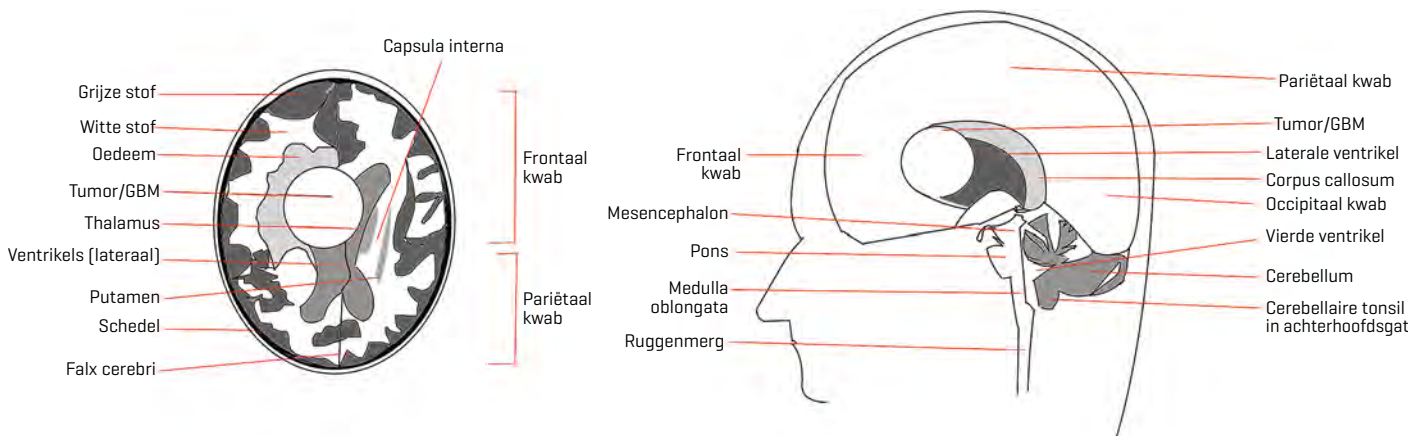
Figuur 2

Sagittale coupe van de MRI-hersenen; zie de omschrijving van figuur 1.



Figuur 3

Schematische weergave van de hersenen.



DE KERN

- Na het vastlopen in een diagnostisch proces is het aan te raden terug te gaan naar de basis en opnieuw een anamnese af te nemen, inclusief een heteroanamnese.
- De volgende klachten zijn alarmsymptomen en kenmerkend voor een hersentumor wanneer deze naast aanhoudend (ochtend)braken en/of (nachtelijke) hoofdpijn bestaan:
 - uitvalsverschijnselen
 - insulden
 - leeftijd van ≤ 6 of > 50 jaar
 - persoonlijkheids- of gedragsveranderingen
 - een oncologische voorgeschiedenis
 - langebaanverschijnselen
 - nieuwe houdingsinstabiliteit

De incidentie voor de Europese bevolking ligt rond 6 per 100.000 inwoners.^{5,7}

De World Health Organization (WHO) classificeert gliomen als graad I tot en met graad IV op basis van de histopathologie en moleculaire genetica.⁶ Glioblastomen behoren tot de graad IV-gliomen en zijn zeer kwaadaardig. Ze worden gekenmerkt door een snelle groei, waarbij de gemiddelde verdubbelingstijd van een glioblastoom 49,6 dagen is.⁸

Een glioblastoom bestaat meestal uit een enkele massa die zich supratentorieel bevindt.⁵ Bij beeldvormend MRI-onderzoek wordt de tumor veel beschreven als een 'door een ring omgeven' laesie, zoals ook in deze casus [figuur 1]. Door deze ringvorm wordt een glioblastoom soms foutief gediagnosticeerd als een abces.⁹ Hooggradige gliomen hebben abnormale vaten die veel 'lekken' doordat de bloed-hersenbarrière abnormaal permeabel is, waardoor er op MRI-beelden meestal contrastaankleuring te zien is. Een glioblastoom kan doorgroeien naar aanliggende hersenkwabben of via de liquor. Hij metastaseert echter zelden buiten het zenuwstelsel.⁵

Het merendeel van de gliomen is hooggradig, waarvoor geen curatieve behandeling bestaat. Desondanks verbeterde de overleving in de loop der tijd met een stijging van de 1-jaars-overleving van het glioblastoom van 24% naar 36% en de 3-jaarsoverleving van 3% naar 6%.^{5,10} Door na een resectie de methyleringsstatus van de tumor te bepalen, is beter in te schatten in welke mate de tumor gevoelig is voor chemotherapie. Hierdoor is de therapie gericht in te zetten, waardoor de overleving verbetert.

Het doel van een neurochirurgische behandeling is een optimale resectie van tumorweefsel. Radiotherapie remt niet alleen de groei van metastasen, maar heeft ook een belangrijk antitumoreffect op glioblastomen. Geen van beide methoden is echter curatief.⁵ Met een optimale behandeling is de mediane overlevingstijd van een glioblastoom ongeveer 1,5 jaar na chirurgische resectie, radiotherapie en adjuvante chemotherapie.¹¹



Braken kan een eerste symptoom zijn van een onderliggende hersentumor.

Foto: Shutterstock

CONCLUSIE

In deze casus wordt het symptoom braken veroorzaakt door een hersentumor rechts frontaal, met als begeleidende klachten traagheid en initiatiefverlies. Deze symptomen kwamen aan het licht doordat de huisarts een heteroanamnese afnam en een ander diagnostisch spoor inzette. Deze casus illustreert een onverwachte diagnose, die zo snel mogelijk moet worden gesteld om de overlevingskansen van de patiënt te vergroten. Met de kennis van de uiteindelijke diagnose kon het diagnostische proces met een uitgebreidere anamnese worden versneld. Een zorgvuldige volledige (hetero)anamnese is daarom essentieel, waarbij de differentiële diagnose bij patiënten met (onverklaarde) aanhoudende braakklachten altijd een hersentumor moet bevatten. ■

LITERATUUR

1. Werkgroep Behandelrichting Misselijkheid en braken. NHG-Behandelrichting Misselijkheid en braken. [Online]. Bereikbaar via richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2022. Geraadpleegd op 14 september 2022.
2. Babic T, Browning KN. The role of vagal neurocircuits in the regulation of nausea and vomiting. *Eur J Pharmacol* 2014;722:38-47.
3. Bos RF, Ramaker C, Van Ouwkerk WJR, Linssen WHJP, Wolf BHM. Braken als eerste neurologische symptoom van een hersentumor op de kindereleeftijd. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1393-8.

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

Lammers T, Beenakker M. Een onverwachte diagnose bij een brakende patiënte. *Huisarts Wet* 2023;66(5):38-40. DOI:10.1007/s12445-023-2237-4.

Isala Ziekenhuis, afdeling Neurologie, Zwolle: T. Lammers, anios neurologie, t.lammers@isala.nl. Medisch Centrum Leeuwarden, afdeling Neurologie, Leeuwarden: dr. M. Beenakker, neuroloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Gynaecologische echografie door de huisarts

Marco Neeteson

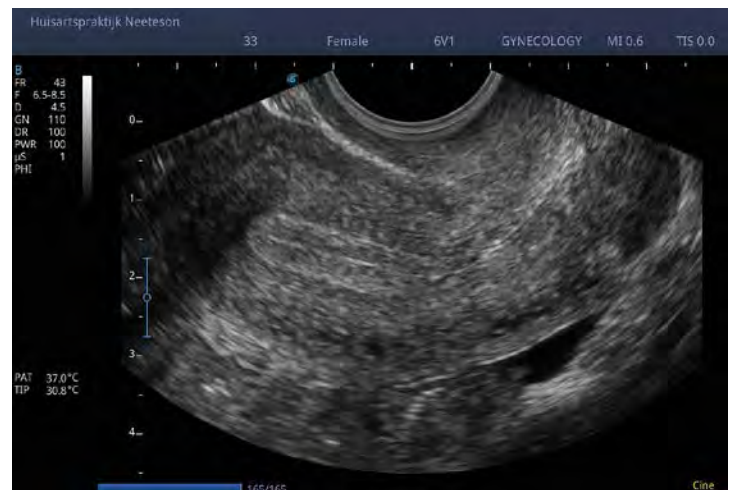
Dit artikel beschrijft een horizontaal verwijzingsproject van een regionale zorggroep met 165.000 patiënten, waarin huisartsen konden verwijzen naar een kaderhuisarts voor transvaginale gynaecologische echografie. In de jaren 2019-2021 maakte deze kaderhuisarts 481 echo's. De meest gestelde diagnose was 'geen afwijkingen' (56%); er werden geen ernstige diagnoses gemist. Dergelijke horizontale verwijzingen lijken veelbelovend: ze zijn laagdrempeliger, goedkoper en de wachttijden zijn korter.

Huisartsen kunnen opleidingen volgen voor gynaecologische echografie en een groeiend aantal huisartsen maakt echo's in de eigen praktijk of verwijst daarvoor naar een collega-huisarts in de omgeving. Er is weinig literatuur over echografie in de huisartsenpraktijk.¹⁻³ Dit artikel beschrijft de resultaten van een horizontaal verwijzingsproject voor transvaginale gynaecologische echografie, opgezet door een regionale zorggroep (Huisarts en Zorg in Gorinchem en omstreken) met 45 praktijken, 75 praktijkhoudende huisartsen en 165.000 patiënten.

Na een enquête onder alle huisartsen in de regio – van wie meer dan de helft bereid bleek om naar een collega-huisarts te verwijzen voor gynaecologische consultaties (55%) of gynaecologische echografie (53%) – stelde de zorggroep een kaderhuisarts urogynaecologie beschikbaar. Deze was te benaderen voor gynaecologische echografie, het plaatsen of verwijderen van spiraaltjes (IUD's) en hormoonstaafjes, het beoordelen en zo nodig bioteren van vulvaire afwijkingen en het aanmeten van pessaria in geval van prolapsklachten. Het verwijzingsproject sloeg aan: al snel na de start in 2017 groeide het aantal horizontale verwijzingen flink. Voor dit artikel werd gekeken hoeveel echo's er zijn uitgevoerd in de 3 jaren 2019 tot en met 2021 (declaratiecode 'module abdominale echografie' binnen het HIS), wat de verwijzreden was en welke diagnose er volgde, en hoeveel patiënten werden doorverwezen naar andere disciplines. Als er meerdere verwijzreden waren, werd de hoofdreden gekozen. Voor onze eigen patiënten verkregen we deze data uit het eigen HIS, de data van verwezen patiënten werden opgevraagd bij de verwijzende huisarts of praktijk.

RANDVOORWAARDEN

Met het oog op de kwaliteit volgde de kaderhuisarts die de



Transvaginale echo van een uterus.

Foto: Huisartspraktijk Neeteson

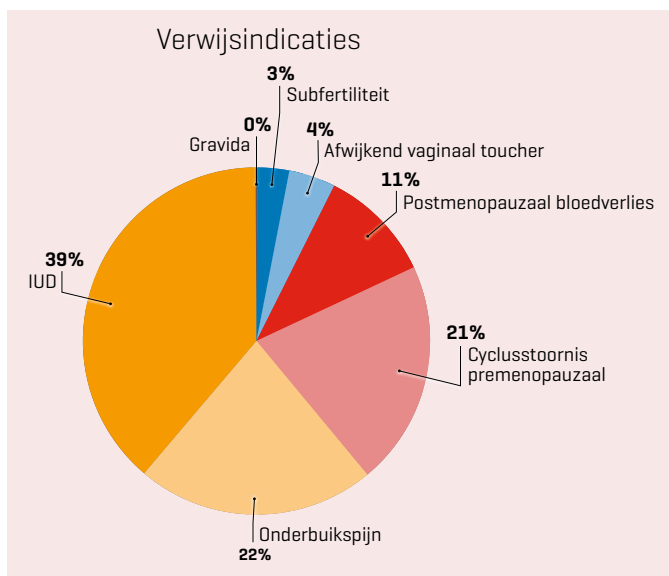
echografie uitvoerde aanvullende echografie cursussen en werd echo-apparatuur aangeschaft die geschikt is voor de eerste lijn. Een gynaecoloog was op afroep beschikbaar voor online overleg via Siilo, een beveiligde app waarmee ook (echo)afbeeldingen gedeeld kunnen worden. Bij twijfel werd de patiënt verwezen. Om de verwijzdrempel voor collega-huisartsen zo laag mogelijk te houden, liepen verwijzingen via het gangbare verwijzingsysteem ZorgDomein®. De kaderhuisarts maakte in de eigen praktijk een echo binnen 7 dagen na de verwijzing. De patiënten konden telefonisch of per e-mail een afspraak maken; voor het consult werd standaard 30 minuten ingeruimd zodat er voldoende tijd was voor anamnese, echo, verslaglegging en terugkoppeling. Het tarief dat in rekening werd gebracht, was voor abdominale en gynaecologische echografie zoals vastgesteld door de preferente zorgverzekeraar.

RESULTATEN

In de onderzoeksperiode van 3 jaar verrichtte de kaderhuisarts in totaal 481 transvaginale echo's bij 375 verwezen en 106 eigen patiënten, voornamelijk premenopauzale vrouwen (gemiddelde leeftijd 41 jaar). De meeste indicaties (39%) betroffen een IUD: het lokaliseren ervan vanwege aanhoudende bloedings- of pijnklachten, of plaatsing of verwijdering wanneer dat de eigen huisarts niet was gelukt. Andere veelvoorkomende indicaties waren onderbuikspijn, premenopauzale

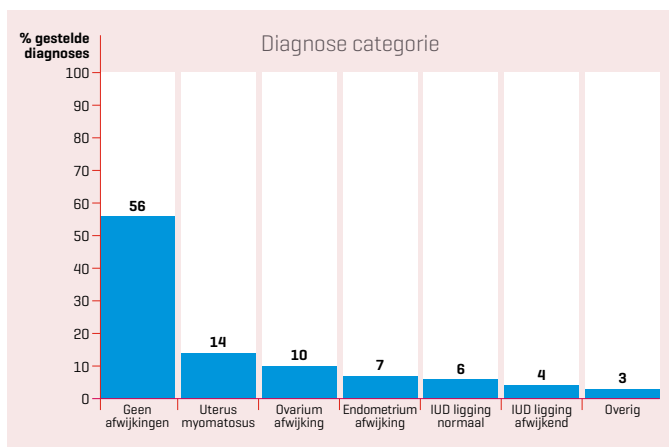
Figuur 1

Indicaties voor verwijzing naar kaderhuisarts



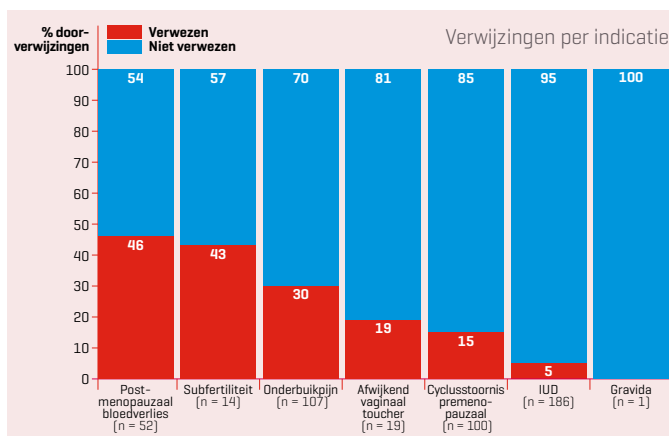
Figuur 2

Diagnose ingedeeld in categorieën



Figuur 3

Verwijzingen per indicatie



cyclusstoornissen en postmenopauzaal bloedverlies. Minder vaak voorkomende indicaties waren afwijkend vaginaal toucher, fertiliteitsproblemen en mogelijke zwangerschap [figuur 1].

De meest gestelde echografische diagnoses waren 'geen afwijkingen', 'uterus myomatosus', 'ovariumafwijking', 'IUD met correcte ligging', 'IUD met afwijkende ligging' en 'endometriumafwijking'. Minder vaak voorkomende diagnoses waren 'onduidelijk beeld', 'lipoom', 'ovulatiebloeding' [figuur 2].

De kaderhuisarts adviseerde de huisarts 58 maal (12%) om de patiënt door te verwijzen voor een tweedelijns echo en dat advies werd 52 maal opgevolgd (11%). De huisartsen verwezen daarnaast 38 patiënten (8%) zelf alsnog voor een tweedelijns echo. Bij 5 echo's (1%) consulteerde de kaderhuisarts de gynaecoloog. De meeste verwijzingen, in absolute aantallen, betroffen onderbuikspijn (n = 32; 30% van de patiënten met deze indicatie) en postmenopauzaal bloedverlies (n = 24; 46% van de patiënten met deze indicatie) [figuur 3]. Voor zover bekend zijn er geen ernstige diagnoses gemist. In totaal werd vijfmaal een maligniteit aangetroffen, viermaal bij postmenopauzaal bloedverlies en eenmaal bij onderbuikspijn.

Verreweg de meeste verwijzingen waren naar een gynaecoloog (83%), daarna kwamen de bekkenbodempysiotherapeut (6%), maag-darm-leverarts (6%), uroloog (2%), internist (1%), chirurg (1%) en radioloog (1%).

BESCHOUWING

Men kan echografisch onderzoek laten doen in een ziekenhuis, een diagnostisch centrum of een gespecialiseerde huisartsenpraktijk. Die laatste optie heeft als voordelen dat een kaderhuisarts meedenkt en adviezen kan geven over het verdere beleid, terwijl de toegangstijd (1-7 dagen) korter is dan in een ziekenhuis (7-120 dagen). Voor de patiënt zijn de kosten van een gynaecologische echo bij de huisarts (ongeveer 60 euro) lager dan in een diagnostisch centrum (rond de 130 euro) of in een ziekenhuis, en het eigen risico blijft ongemoeid. Een praktijk kan de verrichtingen bij de huidige, door de zorgverzekeraar vastgestelde tarieven juist kostendekkend uitvoeren, maar ze zullen weinig extra inkomen genereren [tabel].

Tijdens onze onderzoeksperiode nam het aantal horizontale verwijzingen voor (abdominale en transvaginale) echo's toe van ongeveer 100 in 2019 tot zo'n 300 in 2021. Deze groei kwam vooral doordat het aantal verwijzende huisartsen steeg (tot 19 van de 45 praktijken in 2021), niet zozeer doordat het aantal verwijzingen per huisarts toenam.^{4,5} Het is goed mogelijk dat het laagdrempelige aanbod de extra vraag genereerde. We hebben niet onderzocht of de huisartsen zonder dat aanbod ook voor elke onderzochte patiënt een transvaginale echo zouden hebben aangevraagd. Evenmin hebben we onderzocht of het project leidde tot minder verwijzingen naar de tweede lijn.

We hebben de tevredenheid van verwijzers en patiënten niet als zodanig gemeten, maar zij gaven zowel mondeling als schriftelijk aan dat ze zeer tevreden waren over de geboden dienst. Dat gold ook voor de uitvoerende kaderhuisarts.

DE KERN

- Echografie door de huisarts hoeft niet beperkt te blijven tot de zwangerschap, maar kan ook voordelen hebben bij gynaecologische problemen.
- Een project waarbij huisartsen voor transvaginale echo's konden verwijzen naar een kaderhuisarts in de regio, leidde tot meer verwijzingen naar kaderhuisartsen en grotere tevredenheid bij patiënt, huisarts en kaderhuisarts.
- De meest gestelde diagnose was 'geen afwijkingen' (56%), er werden geen ernstige diagnoses gemist.
- Voordelen van horizontale verwijzing zijn lagere kosten, minder wachttijd en betere overlegmogelijkheden.

Echografie is een specialisatie, maar dat hoeft niet strijdig te zijn met het generalisme waar het huisartsenvak voor staat. Het geeft er een extra dimensie aan en vergroot het plezier in het vak.

CONCLUSIE

Het project laat zien dat horizontale verwijzingen tussen huisartsen nuttig kunnen zijn. Horizontale verwijzingen zijn laagdrempeliger, goedkoper en de wachttijden zijn korter. Voor de patiënten voelt verwijzing naar een andere huisartsenpraktijk vaak vertrouwd dan naar een ziekenhuis of diagnostisch centrum. De verwijzende en de uitvoerende huisarts kunnen snel en makkelijk overleggen en adviezen uitwisselen over het verdere beleid binnen de eerste of tweede lijn.

Een project zoals het onze heeft echter wel een minimaal aantal randvoorwaarden nodig: voldoende capaciteit, adequate opleiding, adequate financiering en goede samenwerking met de lokale gynaecologen. Daarnaast is verder doelmatigheidsonderzoek nodig om de onderhandelingen met zorgverzekeraars te ondersteunen. ■

Tabel

Jaarbegroting voor echografie in de huisartsenpraktijk

| Kosten en baten | Bedrag Bij 161 echo's | | Bij 250 echo's | |
|--|-----------------------|--------|----------------|--------------|
| | debet | credit | debet | credit |
| Kostprijs | | | | |
| Vergoeding per echo abdomen | 60 | 9660 | | 15.000 |
| Echo-apparaat (iedere 5-8 jaar) | 25.000 | 4000 | 4000 | |
| Onderhoud echo-apparaat (jaarlijks) | 500 | 500 | 500 | |
| Echo-opleiding (iedere 5 jaar) | 3.000 | 600 | 600 | |
| CHBB-registratie (iedere 5 jaar) | 189 | 38 | 38 | |
| Onderzoeksbank (10 jaar gebruik) | 2.500 | 250 | 250 | |
| Verbruiksmaterialen (per jaar) | 200 | 200 | 200 | |
| Zorgdomein | | | | |
| aansluiting (eenmalig) | 250 | 50 | 50 | |
| kosten per verwijzing | 3 | 483 | 750 | |
| Inkomstenderving reguliere consulten > 20 min. | 22 | 3542 | 5500 | |
| Totaal per jaar | | 9663 | 9660 | 11.888 |
| Saldo per jaar | | | 3 | 3.112 |

Alle cijfers zijn in euro's. Het break-evenpoint ligt op 161 verrichtingen per jaar.

LITERATUUR

1. Lindgaard K, Riisgaard L. Validation of ultrasound examinations performed by general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2017;35:256-61.
2. Van Rijn RR, Puylaert JB. Behandelend arts kan zelf eenvoudige echo's maken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1383.
3. Van Bommel JA, Vrijmoet K. Echo hoort ook in huisartspraktijk. [Online]. Bereikbaar via medischcontact.nl, 24 maart 2010.
4. Muris D, Vellekoop J, Romans C, Gerritsen A. Horizontaal verwijzen leidt tot doelmatige zorg. [Online]. Bereikbaar via medischcontact.nl, 19 februari 2020.
5. Krastman P, Monzón I, Huisman JW, De Boer A. Gespecialiseerde huisarts verdient steun. *Medisch Contact*, 15 april 2022.

Neeteson MA. Gynaecologische echografie door de huisarts. *Huisarts Wet* 2023;66(5):43-5. DOI:10.1007/s12445-023-2248-1. Huisartspraktijk Neeteson, Werkendam: M.A. Neeteson, kaderhuisarts urogynaecologie: praktijk@neeteson.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Margot Scheerder

Wie is Dennis Pot?

Dennis Pot is sinds 2015 praktijkhouder in Hilversum in een duopraktijk. Hij is mede-initiatiefnemer van de-groenehuisarts.nl. Dit initiatief richt zich op nascholing, inspiratie en kennisbank voor huisartsen en andere zorgprofessionals die hun praktijk en hun handelen willen verduurzamen. Ook is hij huisartsopleider en voorzitter van de duurzaamheidscommissie van de Regionale Huisartsen Organisatie Gooi & Omstreken.



‘Duurzaamheid is geen innovatie, maar corebusiness’

Frank van Wijck, Linn Dobrowolski, Susanne Claessen

Huisarts Dennis Pot gaf de aanzet tot de eerste CO₂-neutrale huisartsenpraktijk in Nederland. Wat begon met kleine stapjes om de praktijk te verduurzamen, groeide uit tot een missie waarvoor hij in de-groenehuisarts.nl medestanders vond. Eigenlijk zou dat initiatief niet nodig moeten zijn, stelt hij. De overheid en de beroepsverenigingen van de huisartsen schieten tekort op de duurzaamheidsagenda.

Een bord in de tuin en op zoek naar patiënten. Zo begon in 2015 voor Dennis Pot en zijn collega Anke Oudhof-Smulders het bestaan als praktijkhoudend huisartsen. ‘Met een nulpraktijk’, zegt Pot, ‘en dat gaf me mooi de tijd om na te denken over de praktijkvoering. Thuis had ik al de nodige duurzaamheidsmaatregelen genomen, maar in de praktijk deden we niets hieraan. We begonnen met de simpele dingen: afvalscheiden, bezuinigen op papiergebruik, voor de praktijkinrichting alles van Marktplaats halen. Oók de behandelbank en de specula. Heel praktisch dus. Ik kreeg er vanzelf lol in om het te gaan uitbouwen naar de kernwaarden van de praktijk.’ De websites van de LHV en het NHG boden hiervoor in 2015 nog weinig concrete aanknopingspunten. Pot vond bij de Green Deal wel adviezen om te starten met verduurzaming.

‘Als arts zou ik graag meer willen doen’

Mensen mee krijgen

‘Het was pionieren. Ik had geen uitgestippeld plan en merkte al snel dat ik alles zelf moest bedenken en doen naast mijn werk’, vertelt Pot. ‘Financiering was er ook niet. Ik vroeg mezelf af of ik verduurzaming als een onderdeel van mijn werk zie. Indachtig de eed die ik heb afgelegd – dat ik mijn patiënten niet zal schaden – vond ik van wel.’ Het kostte hem flink wat energie en tijd om dingen voor elkaar te krijgen. Maar het levert in financieel opzicht ook wat op, door bijvoorbeeld de airco spaarzaam te gebrui-

ken en het klimaatsysteem in plaats van 20 op 19 graden te zetten. ‘Met de huidige energiecrisis is dat al met al een aardig bedrag geworden’, zegt hij. ‘Sinds de energiecrisis komt mijn boodschap duidelijk beter over in de lezingen die ik geef voor andere zorgprofessionals.’ Zijn patiënten ook geïnteresseerd in zijn milieu-inspanningen? Daarover is hij nuchter. ‘Het staat wel op de praktijkwebsite’, zegt hij. ‘Maar ik denk dat de meesten dat nooit gezien hebben.’ Binnen het praktijkteam, maar ook in het gezondheidscentrum waarin de praktijk gevestigd is, vraagt het enige overredingskracht van Pot om mensen mee te krijgen. Toen de energiecrisis uitbrak en de energierekening met een factor 8 omhoog ging, is voor het hele centrum de beslissing genomen om de kachel lager te zetten. ‘Daar was niet iedereen even blij mee’, geeft hij toe. ‘Collega’s die een beetje kouwelijk zijn, moeten nu een trui aan. Maar ik richt me vooral op de mensen die de duurzaamheidsgedachte ondersteunen, dat geeft energie.’

Uitrekenen en compenseren

De titel ‘Eerste CO₂-neutrale huisartsenpraktijk’ heb ik mezelf toegeëigend’, zegt Pot met gepaste trots. ‘Het is geen certificaat. Ik vul ieder jaar de Stimular Milieubarometer in. Die gaat over energieverbruik en afval in de praktijk, maar ook over woon-werkverkeer. Dat laatste betrek ik op medewerkers, patiënten en leveranciers. Dat is veel uitzoekwerk. Aan het eind van het jaar komt daar zo’n 18 tot 20 ton CO₂ uit. Of dat veel of weinig is weet ik niet, want er is nog geen vergelijkend materiaal met andere huisartsenpraktijken. Daar wordt door Stimular wel hard aan gewerkt. Het komt ongeveer overeen met de jaarlijkse CO₂-uitstoot van een gemiddeld gezin, maar dat is natuurlijk een beetje appels met peren vergelijken.’ De CO₂-uitstoot compenseren doet Pot door bomen te planten via *Trees for all*, een initiatief dat de overheid ondersteunt. Per jaar zijn dat zo’n 50 tot 60 bomen. Daar hoort het beheer – gedurende 30 jaar – ook bij. Dit kost hem op jaarbasis zo’n 350 euro.

Gebrekkige informatievoorziening en financiering

‘Als arts zou ik graag meer willen doen’, zegt Pot, ‘maar er is weinig vakinhoudelijk onderzoek dat je richting kan

geven. Wat ik in ieder geval wel doe, is binnen de praktijk de hele boekhouding nalopen om te kijken waar milieubesparingsmogelijkheden liggen. Ook maak ik jaarlijkse vergelijkingen om de resultaten in beeld te brengen. De praktijk groeit: we hebben nu 3000 patiënten en we hebben net een nieuwe huisarts aangenomen. Toch zie ik de CO₂-uitstoot per medewerker jaarlijks dalen. Dat geeft voldoening.’

Gebrekkige informatievoorziening en financiering blijven ook nu, 8 jaar na de start, een bottleneck. ‘Er is nu uit de S3-gelden van de zorgverzekeraars wel wat geld’, zegt hij, ‘maar dat is tijdelijke financiering voor innovatie, terwijl duurzaamheid feitelijk geen innovatie is maar corebusiness. Ik heb het idee dat het kwartje bij de meeste mensen nog steeds niet echt gevallen is. Na lezingen hoor ik veel enthousiaste reacties. Maar als ik dan vraag wat collega’s echt gaan doen of veranderen, hoor ik vaak de makkelijke en snel te realiseren dingen zoals minder papier gebruiken. De structurele dingen, waarbij je ook je team en je patiënten moet betrekken, hoor ik nog minder terug. Ik kijk dan ook best somber naar de toekomst, want we gaan de klimaatdoelen niet halen en we hebben maar 1 aarde. Onze belangenverenigingen en de overheid zouden duurzaamheid veel meer moeten stimuleren. Ik ben blij met de *Beter niet doen*-lijst van het NHG; duurzaamheid en wetenschap gaan uitstekend samen. Elk advies dat je geeft om iets niet te doen kun je beargumenteren vanuit het oogpunt van effectiviteit, maar ook van duurzaamheid. Een beetje omdenken dus.’

‘Het is kortzichtig om te zeggen dat huisartsen het te druk hebben voor verduurzaming’

Groene huisarts

Pot heeft inmiddels de stap gezet naar degroenehuisarts.nl, om meer in contact te kunnen komen met gelijkgestemde collega’s en samen plannen te kunnen ontwikkelen. ‘Samen proberen we bij de overheid, huisartsenverenigingen en pensioenfondsen aan tafel te komen’, vertelt hij. ‘Ik spreek geregeld voor de diverse huisartsopleidingen. De jonge artsen zijn echt door-drongen van het belang van stappen zetten in duurzaamheid. Daarom zijn we ook betrokken bij de huisartsopleiding om het onderwerp duurzaamheid tot opleidingsonderdeel te maken.’

Pot vindt dat het NHG in de praktijkaccreditatie een duurzaamheidskeurmerk moet opleggen. ‘Ook zorgverzekeraars moeten in de contractering duurzaamheidsdoelstellingen opleggen. Anders gaat het allemaal veel te langzaam. Ik weet dat het paternalistisch klinkt wat ik zeg, maar ik ben ervan overtuigd dat dit de manier is waarop het sneller werkt. We

‘Duurzaamheid en wetenschap gaan prima samen’

moeten ook kijken naar geneesmiddelenverstrekking. Als je beseft dat een cholesterolverlager meer CO₂ kost dan een leefstijladvies, moet je dan niet afspreken dat je eerst een leefstijladvies voorschrijft en pas 1 of 2 jaar later eventueel een cholesterolverlager? Ik hoop dat er meer bewijslast komt voor de CO₂-last van geneesmiddelen. Dat wil ik graag beschreven zien in de NHG-Standaarden. We zouden als huisartsen veel meer met de neus op de feiten gedrukt moeten worden. Het moet 1 grote bewustwordingscampagne zijn. Dat mis ik nog.’

Kortzichtige stellingname

De groep achter degroenehuisarts.nl is nog niet groot genoeg om druk te kunnen uitoefenen op de overheid en de zorgverzekeraars. ‘Er komt steeds meer aandacht voor het onderwerp duurzaamheid en dat is natuurlijk goed’, zegt Pot, ‘maar waarom moet degroenehuisarts.nl bestaan? Zou het niet de LHV moeten zijn die de duurzaamheidsdoelstelling uitdraagt voor de huisartsen? De LHV heeft zelfs de Green Deal 3.0 niet ondertekend, met als argument ‘daar hebben onze leden niet zo’n behoefte aan’. Natuurlijk hebben we al genoeg uitdagingen, maar duurzaamheid is wel de alles overstijgende. Het is heel kortzichtig om te zeggen dat we het er te druk voor hebben. Je kunt het als LHV prima stimuleren en het feit dat ze dat niet doet, is een van de belangrijkste redenen waarom ik geen lid meer ben. Ik zie om me heen steeds meer collega’s die om deze reden hun lidmaatschap opzeggen. We hebben als degroenehuisarts.nl aangeboden om te helpen. Dat is helaas nog niet opgepakt. De LHV lijkt het nut er nog niet helemaal van in te zien.’ ■

Oplossing uw diagnose 'Een bijzonder litteken'

Het goede antwoord luidt: milia en plaque.

Een hypertrofisch litteken kenmerkt zich door hypertrofie van het littekenweefsel, zonder andere efflorescenties zoals papels of milia. Het koebnerfenomeen treedt op in beschadigde gebieden op de huid, maar wordt gekenmerkt door de klassieke psoriatiforme aspecten (groe schilfering, kaarsvetfenomeen). Verrucae vulgares hebben altijd een verruceus (bloemkoolachtig) oppervlak.

Bij deze patiënt bestaat de plaque uit meerdere witte milia (enkelvoud: milium), in de volksmond gerstekorrels genoemd. Ook is er een kleine subepidermale cyste, gevuld met keratine. Bij milia en plaque zijn er meerdere witte of gele milia, gegroepeerd in 1 gebied, soms met ontstekingsverschijnselen. Deze aandoening komt vooral voor op de oogleden, achter en rond

het oor of op de wangen, meestal symmetrisch. Het is een onschuldige aandoening, waarvan de oorzaak onbekend is. Trauma's kunnen het ontstaan van milia uitlokken. Medisch gezien behoeven milia geen behandeling. Incisie en uitdrukken van elk afzonderlijk milium is mogelijk, bijvoorbeeld door een huidtherapeut. Een minder invasieve behandeling is die met topicale retinoiden. Deze patiënt koos voor een expectatief beleid. ■

LITERATUUR

1. Nambudiri VE, Habib N, Arndt KA, Kane KS. Milia and plaque of the nose: report of a case and successful treatment with topical tretinoin. *Pediatrics* 2014;133:e1373-6.
2. Huidziekten.nl. Milia en plaque. Beschikbaar via: <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/mtxt/milia-en-plaque.htm>. Geraadpleegd op 25 januari 2023.

OUDERENGEEESKUNDE IN AL HAAR FACETTEN

Muris JWM, Schols JMGA, Collet J, Janssen DJA. | Ouderengeneeskunde in de eerste lijn | Houten: Bohn Stafleu van Loghum | prijs € 64,95 | ISBN 9789036828345

Ouderengeneeskunde in de eerste lijn is een zeer informatief boek en een belangrijk naslagwerk voor iedereen die is betrokken bij eerstelijns ouderengeneeskunde. Het geeft een compleet beeld van de vele aspecten van de ouderenzorg. Dankzij de grote hoeveelheid casuïstiek blijft het dicht bij de praktijk van de huisarts.

Het eerste deel bestaat uit een aantal algemene hoofdstukken, onder andere over de visie op ouderenzorg en over wat ouderen precies kwetsbaar maakt en de zorg zo complex. Voor de kaderarts eerstelijns ouderengeneeskunde is het wellicht verplichte kost, maar voor de gemiddelde huisarts zijn deze hoofdstukken door de vele tabellen en modellen misschien wat te diepgaand. Wel handig is de beschrijving van de rolverdeling van de vele soorten hulpverleners binnen de ouderenzorg. Het belang van samenwerking binnen en tussen de lijnen wordt tijdens het lezen heel duidelijk en blijkt onontkoombaar. Deze hoofdstukken helpen ook om de omslag te maken van ziektegericht naar functiegericht denken. Welke diagnostiek helpt me verder, gegeven de ziekte en beperking, en welke behandeling bevordert de zelfredzaamheid en het welbevinden van deze kwetsbare oudere?

Elk hoofdstuk eindigt met verwijzingen naar websites voor verdieping, vaak die van het NHG en Verenso. Dit is verstandig, want veel informatie (bijvoorbeeld over vertegenwoordiging, rechten en plichten) is voortdurend aan verandering onderhevig.

In het tweede deel komt een breed palet aan klachten aan de orde. Ook nu zorgen casusbesprekingen ervoor dat de theorie dicht bij de praktijk blijft. Bij de vragen die ik zelf de laatste tijd op mijn bordje kreeg, heeft het boek mij goed geholpen. Elk onderwerp wordt compleet behandeld, en scoringsinstrumenten en behandelopties worden uitgebreid besproken. Het vraagt dan ook serieus tijd en aandacht om elk hoofdstuk goed door te nemen.

Dit boek is een must voor de kaderarts eerstelijns ouderengeneeskunde en een heel prettig naslagwerk voor alle andere huisartsen. Het belang van proactieve zorg en goede *advance care planning* is me weer duidelijk geworden. Ik ben ook weer geïnspireerd om meer in termen van functionele diagnostiek en behandeling te denken en de vertegenwoordiging goed te noteren, de polyfarmacie weer actiever op te pakken, enzovoort. Kortom: een aanrader! ■

Pieter Buis

WAARDERING: ●●●●●



Nieuw onderzoek naar een online behandeling bij duizeligheid

Hà Ngo

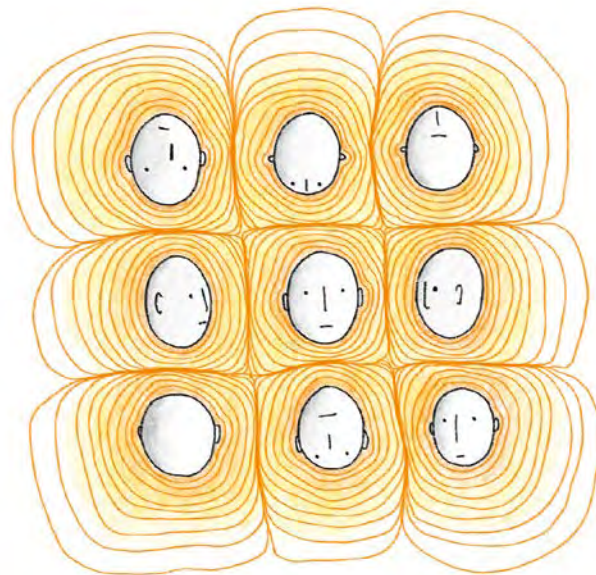
Voor duizeligheid schrijven veel huisartsen nog steeds medicijnen voor die niet werken, terwijl er een effectieve behandeling is: vestibulaire revalidatie. Om daar verandering in te brengen, is er een landelijk project opgezet waarbij patiënten een online behandeling krijgen.

Vestibulaire revalidatie wordt in de NHG-Standaard Duizeligheid aanbevolen bij patiënten met chronische duizeligheid.¹ Uit een vragenlijstonderzoek onder 426 Nederlandse huisartsen bleek dat slechts 7% van hen deze behandeling toepast.² Ineffectieve medicatie schrijven (huis)artsen daarentegen nog geregeld voor: in 2021 gebruikten meer dan 60.000 Nederlanders betahistine.³

Met het I-RECOVER-project beogen we de eerstelijnszorg voor patiënten met chronische duizeligheid te verbeteren door vestibulaire revalidatie als gratis online zelfhulpmethode aan te bieden. Zo hopen we de behandeling toegankelijker te maken en het gebruik van vestibulaire revalidatie te stimuleren. Daarnaast evalueren we de effectiviteit van onze implementatiestrategie, wat informatie moet opleveren over het succesvol implementeren van innovaties in de huisartsgeneeskunde.

De online zelfhulpmethode, genaamd Vertigo Training, is in 2017 ontwikkeld en onderzocht in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Deze aanpak bleek veilig en effectief: patiënten hadden significant minder last van duizeligheid en beperkingen door de duizeligheidsklachten.⁴ In mei 2023 start de implementatiestrategie en is de zelfhulpmethode toegankelijk. De strategie omvat onder andere een massamediacampagne en nascholing voor huisartsen. Daarnaast integreren we Vertigo Training in de NHG-aanbevelingen, op Thuisarts.nl en in transmurale zorgafspraken.

Na een implementatieperiode van 2 jaar voeren we een onderbroken-tijdreeksanalyse uit met routine zorgdata van ongeveer 1,2 miljoen patiënten. Het effect van de implementatie op de huisartsenzorg onderzoeken we door gegevens van voor de implementatie te vergelijken met gegevens die erna zijn verkregen. Primair evalueren we de trend in het aantal voorschriften voor vestibulaire revalidatie en vertigomiddelen. Secundair beoordelen we het aantal contacten met de huisarts vanwege duizeligheid en het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut en de tweede lijn. De effectiviteit van onze implementatiestrategie onderzoeken we door primaire en secundaire uitkomsten te vergelijken tussen groepen die deelnamen en groepen die dat niet deden. Om het proces te evalueren, nemen we na afloop interviews af met huisartsen. De resultaten van dit onderzoek verwachten we eind 2025.



Illustratie: Anna June

Voor meer informatie verwijzen we u naar het artikel 'Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid' op deze website en naar www.vertigotraining.nl. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Duizeligheid. NHG-Standaard Duizeligheid. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2017. Geraadpleegd op 25 januari 2023.
2. Van Vugt VA, Diaz Nerio PM, Van der Wouden JC, Van der Horst HE, Maarsingh OR. Use of canalith repositioning manoeuvres and vestibular rehabilitation: a GP survey. *Scand J Prim Health Care* 2017;35:19-26.
3. Zorginstituut Nederland. GIPdatabank.nl. Aantal gebruikers 2017-2021 voor ATC-subgroep N07CA: Vertigomiddelen. 2022. Geraadpleegd op 25 januari 2023.
4. Van Vugt VA, Van der Wouden JC, Essery R, Yardley L, Twisk JWR, Van der Horst HE, et al. Internet based vestibular rehabilitation with and without physiotherapy support for adults aged 50 and older with a chronic vestibular syndrome in general practice: three armed randomised controlled trial. *BMJ* 2019;367:l5922.

Ngo TNH. Nieuw onderzoek naar een online behandeling bij duizeligheid. *Huisarts Wet* 2023;66(5):50. DOI:10.1007/s12445-023-2246-3. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: T.N.H. Ngo, arts in opleiding tot huisarts en onderzoek, t.n.h.ngo@amsterdam-umc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Nieuw onderzoek naar blefaritis

Cathrien Kager

De belangrijkste behandelopties voor patiënten met blefaritis zijn ooglidrandhygiëne en topicale antibiotica. Het bewijs voor de effectiviteit van deze opties is beperkt. Dit observationele onderzoek beoogt meer inzicht te geven in de ervaringen die huisartsen en patiënten met deze behandelingen hebben.

De NHG-Standaard Rood oog en oogtrauma adviseert ooglidrandhygiëne bij de behandeling van blefaritis.¹ Bij klachten langer dan 1 maand of bij een stafylokokkenblefaritis (heftige blefaritis anterior) luidt het advies om aanvullend topicale antibiotica te geven. Uit gegevens van het Nivel blijkt dat 77% van de recepten voor fusidinezuurooggel wordt voorgeschreven op de dag waarop de diagnose blefaritis wordt gesteld (ongepubliceerde gegevens). Met ons onderzoek willen we antwoord vinden op de vraag welke factoren bijdragen aan het volgen of afwijken van de richtlijn.

Voor beide behandelopties is er maar beperkt bewijs van effectiviteit.² Uit eerdere onderzoeken bleken topicale antibiotica na 14 dagen weinig effectief vergeleken met een placebo. Ooglidrandhygiëne leek symptoomverlichting te geven, maar geen genezing. Huisartsen hebben mogelijk onvoldoende tijd voor heldere instructies, waardoor de therapietrouw in het geding kan zijn. In 1 onderzoek bleek maar 55% van de patiënten na 6 weken ooglidrandhygiëne toe te passen.^{3,4} Het grootste nadeel van (topicale) antibiotica is de ontwikkeling van resistentie.⁵ Goede onderzoeken in de huisartsenpraktijk ontbreken.

Voor ons onderzoek zetten we bij 40 huisartsenpraktijken van de Nivel-peilstations vragenlijsten uit onder huisartsen en patiënten. We verwachten 300 ingevulde huisartsenvragenlijsten en 90 patiëntvragenlijsten terug te krijgen. De lijsten bevatten vragen over factoren die meespelen bij het starten of wijzigen van een behandeling, therapietrouw, ervaren gebruiksgemak en effectiviteit. Zo krijgen we inzicht in de keuzen die huisartsen en patiënten in de praktijk maken, welke behandeling ze het best bevalt en waarom dat zo is. Deze kennis kan ook argumenten opleveren die huisartsen kunnen gebruiken in het gesprek met hun patiënt over de behandeling die de meeste kans van slagen heeft. Het onderzoek is in maart 2023 gestart en de resultaten verwachten we in de loop van 2024. ■

LITERATUUR

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

Kager CCM. Nieuw onderzoek naar blefaritis. Huisarts Wet 2023;66(5):51. DOI:10.1007/s12445-023-2234-7.
Nivel, Utrecht: C.C.M. Kager, huisarts, huisarts-onderzoeker, c.kager@nivel.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Nieuw onderzoek naar menstruatieverhalen

Lisa Zuidema

Menstruatie en menstruatieproblemen gaan vaak gepaard met schaamtegevoelens, taboes en gebrek aan kennis. Daardoor bespreken vrouwen menstruatieklachten vaak niet of pas laat met hun huisarts. Via ervaringsverhalen willen we menstruatieproblemen bespreekbaar maken, vrouwen (h)erkenning, informatie en steun geven, en hen aanzetten om hulp te zoeken als dat nodig is.

Menstruatieproblemen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van vrouwen.¹ Van de vrouwen vindt 22-25% hun menstruatie heftig.^{2,3} Veel vrouwen blijven uit schaamte onnodig lang met klachten rondlopen.^{4,5} Driekwart van de vrouwen weet bijvoorbeeld niet dat hevig menstrueel bloedverlies een medisch erkende aandoening is, waarvoor behandelopties bestaan.⁶

Ons onderzoek 'Menstruatieverhalen' heeft als doel om via ervaringsverhalen 1) ondersteuning te bieden aan vrouwen, zodat ze mogelijk gemakkelijker een zorgverlener benaderen, en 2) zorgverleners inzicht te geven in de menstruatie-ervaringen van vrouwen. Met de internationaal erkende kwalitatieve onderzoeksmethode DIPEX verzamelen we persoonlijke ervaringen over de menstruatie van 30 tot 40 vrouwen.⁷ De interviews nemen we op als module in de bestaande e-health-website pratenovergezondheid.nl. Er komt een link op Thuisarts.nl voor optimale vindbaarheid.

De resultaten van ons onderzoek moeten huisartsen inzicht geven in de beleving en ervaring van vrouwen met menstruatieklachten. Ook beoogt ons onderzoek de communicatie in de spreekkamer en gezamenlijke besluitvorming over het behandelen van menstruatieproblemen te bevorderen. We verwachten dat de module op pratenovergezondheid.nl begin 2024 gepubliceerd zal worden. ■

LITERATUUR

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

Zuidema L. Nieuw onderzoek naar menstruatieverhalen. Huisarts Wet 2023;66(5):51. DOI:10.1007/s12445-023-2235-6.
Máxima MC, afdeling Gynaecologie, Veldhoven: L. Zuidema, promovendus, Lisa.Zuidema@mmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Aanvullende aanbeveling over vestibulaire revalidatie in NHG-Standaard Duizeligheid

Annemiek Schep-Akkerman, Arianne Verburg-Oorthuizen, Meike Bakker-Mutsaerts

In de NHG-Standaard Duizeligheid is een aanbeveling toegevoegd over het zelfstandig uitvoeren van vestibulaire revalidatie bij aanhoudende perifere draaiduizeligheid.

Draaiduizeligheid door perifere vestibulaire aandoeningen komt vaak voor. Voorbeelden zijn positieduizeligheid (BPPD), neuritis vestibularis en de ziekte van Ménière. Vestibulaire revalidatie is een effectieve behandeling bij aanhoudende draaiduizeligheid en bestaat uit het dagelijks uitvoeren van verschillende oefeningen met hoofdbewegingen (schudden, knikken, draaien), met de ogen open of dicht, in verschillende houdingen (zittend, staand, lopend), gedurende een periode van 6 tot 12 weken.

Tot nu toe adviseert de NHG-Standaard Duizeligheid patiënten met langdurige aanhoudende draaiduizeligheid te verwijzen voor vestibulaire revalidatie onder begeleiding van een oefen- of fysiotherapeut.

ZELFSTANDIG UITVOEREN VAN VESTIBULAIRE REVALIDATIE

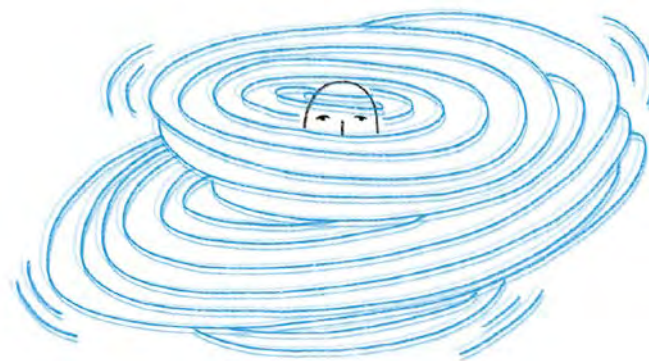
Uit onderzoek blijkt echter dat vestibulaire revalidatie thuis even effectief is als vestibulaire revalidatie onder begeleiding.¹⁻³ De patiënten kunnen de oefeningen zelfstandig in hun eigen omgeving uitvoeren. De oefeningen staan op papier of worden voorgedaan op filmpjes. De patiënten in de onderzoeken vonden deze instructies duidelijk, makkelijk te volgen en er was geen verschil in therapietrouw tussen patiënten die begeleid werden en patiënten die geen begeleiding kregen.

Volgens de nieuwe aanbeveling kan de huisarts patiënten met klachten die bij perifere draaiduizeligheid passen wijzen op de mogelijkheid om vestibulaire revalidatie-oefeningen zelfstandig uit te voeren. Dit is een aanvulling op de huidige aanbeveling om patiënten met langer bestaande draaiduizeligheidsklachten (arbitrair > 3 maanden) te verwijzen naar een oefen- of fysiotherapeut die getraind is in vestibulaire revalidatie.

PRAKTISCHE UITVOERING

Aanbevolen wordt om de patiënt:

- te vragen of deze een voorkeur heeft voor filmpjes (Thuisarts.nl/speciale-oefeningen-tegen-duizelig-zijn) of een beschrijving op papier (Evenwichtsoefeningen. Oefeningen om duizeligheid en evenwichtsstoornissen onder controle te krijgen). Beide vormen zijn laagdrempelig en kosteloos te raadplegen;
- uit te leggen dat de klachten door de oefeningen tijdelijk kunnen toenemen;
- duidelijk te maken dat oefening discipline en motivatie vergt;
- te vertellen dat zo nodig begeleiding mogelijk is. ■



Illustratie: Anna June

LITERATUUR

1. Yardley L, Barker F, Muller I, Turner D, Kirby S, Mullee M, et al. Clinical and cost effectiveness of booklet based vestibular rehabilitation for chronic dizziness in primary care: single blind, parallel group, pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e2237.
2. Van Vugt VA, Van der Wouden JC, Essery R, Yardley L, Twisk JWR, Van der Horst HE, et al. Internet based vestibular rehabilitation with and without physiotherapy support for adults aged 50 and older with a chronic vestibular syndrome in general practice: three armed randomised controlled trial. *BMJ* 2019;367:l5922.
3. Smółka W, Smółka K, Markowski J, Pilch J, Piotrowska-Seweryn A, Zwierzchowska A. The efficacy of vestibular rehabilitation in patients with chronic unilateral vestibular dysfunction. *Int J Occup Med Environ Health* 2020;33:273-82.

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

Schep-Akkerman AE, Verburg-Oorthuizen AFE, Bakker-Mutsaerts MAQ. Aanvullende aanbeveling over vestibulaire revalidatie in NHG-Standaard Duizeligheid. *Huisarts Wet* 2023;66(5):50. DOI:10.1007/s12445-023-2241-8.

Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. A.E. Schep-Akkerman, epidemioloog, wetenschappelijk medewerker, a.schep@nhg.org; A.F.E. Verburg-Oorthuizen, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker; M.A.Q. Bakker-Mutsaerts, huisarts, wetenschappelijk medewerker.

De NHG-werkgroep die de gedeeltelijke herziening NHG-Standaard Duizeligheid heeft geschreven, bestond uit [op alfabetische volgorde]: dr. M.A.Q. Bakker-Mutsaerts, dr. J. Dros, dr. A.E. Schep-Akkerman, dr. A.F.H. Smelt, A.F.E. Verburg-Oorthuizen.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Slim registreren van chronische pijn in het HIS

Zamire Damen, Heleen van Boetzelaer, Maret Zonneveld

Voor registratie van chronische pijn in het HIS bestaat sinds begin 2022 een ICPC-code: A01.01 Chronische pijn. Aan de hand van het registratieadvies bij de NHG-Standaard Pijn, dat begin 2023 gepubliceerd is, bespreken we hoe u deze ICPC-code kunt gebruiken in de praktijk.¹

Chronische pijn is een veelvoorkomend probleem en kan forse impact hebben op de kwaliteit van leven, het dagelijks functioneren en de stemming van de patiënt. Het verband tussen de initiële weefselschade en de pijn neemt af, terwijl de invloed van psychische en sociale factoren toeneemt. Daarom adviseert de NHG-Standaard Pijn om bij chronische pijn in diagnostiek en beleid aandacht te besteden aan het signaleren en verminderen van de invloed van psychische en sociale factoren.^{1,2} Door de nieuwe ICPC-code voor chronische pijn te gebruiken, registreert en structureert u alle informatie van het gezondheidsprobleem binnen 1 episode. Daarmee biedt het een beter overzicht over de ingevoerde gegevens over acute en chronische pijnklachten.

Casus 1: Aanhoudende lagerugklachten

Mevrouw Idema, 55 jaar, komt op uw spreekuur vanwege lagerugklachten. De klachten zijn 3 maanden geleden ontstaan, nadat ze zich tijdens haar werk als huishoudelijke hulp in de thuiszorg verteld heeft. In uw HIS heeft u hiervoor een episode aangemaakt met ICPC-code L03 Lagerugpijn zonder uitstraling, met als omschrijving 'lagerugpijn na vertillen'. Ze vertelt dat ze nog steeds veel pijn heeft en nauwelijks kan bewegen. Ze heeft haar werk nog niet kunnen hervatten en ervaart druk van haar werkgever en collega's. Bij lichamelijk onderzoek vindt u geen verklaring voor de aanhoudende klachten. Hoe verwerkt u deze ontwikkeling van de klachten in uw HIS, in het bijzonder in de ICPC-code?

ACUTE PIJN WORDT CHRONISCH: WIJZIG DE ICPC-CODE

Uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek in [casus 1] blijkt dat de klachten aanhouden, en dat er sprake is van een afnemend verband tussen de initiële weefselschade en de pijn. U signaleert dat psychosociale factoren in deze casus bijdragen aan pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren verminderde kwaliteit van leven. Er is dus sprake van ontwikkeling van acute naar chronische pijn.¹ Dat vraagt om een aanpassing in diagnostiek en beleid. Bij chronische pijn is in de diagnostiek meer aandacht nodig voor het signaleren van psychische en sociale factoren die van invloed zijn op de pijn, zoals catastroferen, vermijdingsgedrag en onbegrip van collega's. Het beleid richt zich mede op het verminderen van de invloed van deze factoren, bijvoorbeeld door het geven van pijneducatie en gedrags-



In het HIS is nu makkelijker onderscheid te maken tussen acute en chronische pijn met de nieuwe ICPC-code voor chronische pijn A01.01.

Foto: Unsplash/Tom Morel

matige adviezen.¹ In uw HIS verandert u de ICPC-code van de bestaande episode naar A01.01 Chronische pijn, met als omschrijving 'Chronische lagerugpijn'.²

Casus 1, vervolg

In de hierop volgende jaren komt mevrouw Idema met meerdere pijnklachten op uw spreekuur. Veel spieren en gewrichten zijn pijnlijk en ze ervaart hierdoor steeds meer beperkingen. Hoe verwerkt u dit in uw HIS?

SAMENVOEGEN EPISODES

Als een patiënt verschillende soorten chronische pijnklachten ervaart, waarvoor u in eerste instantie een afzonderlijke episode heeft gemaakt, kunt u deze episodes samenvoegen onder 1 episode met ICPC-code A01.01 Chronische pijn. Daar kunt u een passende omschrijving aan toevoegen.² Bij mevrouw Idema zou dat bijvoorbeeld kunnen zijn: A01.01 Chronische pijn spieren en gewrichten.

TOEKENNEN ATTENTIEWAARDE

Chronische pijn is geassocieerd met klachten zoals angst, depressie en slapeloosheid. Het hebben van chronische pijn maakt de kans dat nieuwe pijnklachten ook chronisch worden groter.¹ Overweeg om attentiewaarde toe te kennen aan de episode voor chronische pijn, zodat deze duidelijk in beeld blijft op de episodelijst.² Dit om te waarborgen dat u en andere betrokken behandelaars alert blijven op het bestaan van de chronische pijn, en daaruit voortvloeiende problemen.

Casus 2: Pijn bij reumatoïde artritis

Meneer Fijens is 40 jaar en heeft sinds 10 jaar reumatoïde artritis, waarvoor hij een onderhoudsbehandeling krijgt bij de reumatoloog. Helaas ervaart hij desondanks veel beperkingen en maakt hij zich zorgen of hij zijn werk als vrachtwagenchauffeur nog kan blijven doen. Ook heeft hij relatieproblemen met zijn vrouw, die moeite heeft met de ziekte van haar man. Hoe legt u deze problemen vast in uw HIS?

Casus 2, vervolg

U verwijst meneer Fijkens naar de POH-ggz, die hem onder andere helpt om zijn negatieve gedachten te verminderen. In overleg met de reumatoloog maakt u afspraken over de medicamenteuze pijnbehandeling. In lijn met het medicamenteuze beleid bij chronische pijn uit de NHG-Standaard Pijn spreekt u met meneer Fijkens af om zo nodig paracetamol te gebruiken, en bij uitzondering kortdurend een NSAID. Hoe legt u dit vast in uw HIS?

PIJN BIJ CHRONISCHE ONDERLIGGENDE AANDOENING

Pijn vanwege een chronische aandoening wordt eveneens gezien als chronische pijn. Dit geldt bijvoorbeeld ook bij pijn bij kanker. De weefselschade persisteert, maar ook psychische en sociale factoren hebben in meer of mindere mate invloed op de pijn.¹ Als deze invloed beperkt is en de pijnklachten geen eigen behandeltraject vragen, beschrijft u de behandeling van de pijn binnen de episode voor de chronische aandoening. Als de invloed van psychische en sociale factoren echter aanzienlijk is en de pijnklachten wel een eigen behandeltraject vragen, opent u, naast de episode voor chronische aandoening, een nieuwe episode voor de chronische pijn.² In het geval van [casus 2] noemt u de episode: A01.01 Chronische pijn bij reumatoïde artritis. Hierin kunt u de diagnostiek en behandeling vastleggen die betrekking heeft op de chronische pijn. In de episode voor reumatoïde artritis blijft u de direct ziektegerelateerde diagnostiek en beleid vastleggen.

BELEID VASTLEGGEN IN DE EPISODE

Een aantal HIS'en heeft de mogelijkheid om in een episode beleid en behandeldoelen voor de langere termijn vast te leggen in een apart veld bij de episodetitel. Het afgesproken beleid over medicamenteuze pijnbehandeling kunt u in dit veld vastleggen. Zo voorkomt u dat deze informatie na verloop van tijd uit beeld verdwijnt, zoals gebeurt als u dit alleen in de P-regel van een specifiek consult noteert.

CONCLUSIE

Met behulp van de nieuwe ICPC-code voor chronische pijn (A01.01) maakt u in het HIS makkelijker onderscheid tussen acute pijn en chronische pijn. Dit kan helpen om patiënten met chronische pijn passende zorg te bieden. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep NHG-Standaard Pijn. NHG-Standaard Pijn. [Online]. Utrecht: NHG, 2021. Richtlijnen.nhg.org.
2. Registratie-advies bij de NHG-Standaard Pijn. [Online pdf]. Utrecht: NHG, 2023. Richtlijnen.nhg.org.

Damen Z, Van Boetzelaer H, Zonneveld M. Slim registreren van chronische pijn in het HIS. Huisarts Wet 2023;66(5):53-4. DOI:10.1007/s12445-023-2247-2.

NHG, Cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: Z. Damen, senior wetenschappelijk medewerker, contactcentrum@nhg.org; NHG, Cluster Thuisarts, E-health, Informatisering, Utrecht: H. van Boetzelaer, programmamanager; M. Zonneveld, wetenschappelijk medewerker.

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

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

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met dank aan: Florijn Jacobi, Jorden Moorlag. Beeld: Shutterstock, Margot Scheerder. Beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

HGW verschijnt online, als nieuwsbrief, podcast, sociale media en als papieren tijdschrift. Het wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: [print + online toegang] € 274,00, online-only abonnement € 164,40, studenten 35% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk is 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

Vernieuwde EKC-basisopleiding

De tweedaagse basisopleiding voor Erkend Kwaliteits Consulent (EKC) is vernieuwd. De evidence en achtergrondliteratuur kregen een update. Daarnaast kregen een aantal opdrachten en dia's een onderwijskundige aanpassing en is er aandacht voor het werken met spiegelinformatie.

Onderwijskundig perspectief

In het werkboek EKC dat bij de opleiding hoort is eveneens nieuwe informatie opgenomen, bijvoorbeeld over het onderwijskundig perspectief (Leren in kleine groepen, de methodes en achtergrondliteratuur) en over online nascholing in toetsgroepen. Deze documenten zijn ook voor huisartsen die al consulent zijn te raadplegen. U vindt ze in de HAweb-groep EKC bij 'Documenten'.



Meer informatie over de EKC-basisopleiding vindt u op de website van de LHV (academie.lhv.nl/nascholing/ekc-basisopleiding).

ALGEMENE LEDENVERGADERING OP 22 JUNI 2023

Op donderdag 22 juni 2023 is de Algemene Ledenvergadering van het NHG. Op de agenda staat een belangrijk besluitvormingspunt: het nieuwe NHG-meerjarenbeleidsplan 2023-2027. Andere agendapunten zijn onder andere de jaarrekening en diverse jaarverslagen.



Laat u 22 juni bijpraten en beslis mee! Zet de datum vast in uw agenda. NHG-leden ontvangen een persoonlijke uitnodiging.



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



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

Het NHG en de LHV zoeken

Bestuursleden Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten

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

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

U kunt tot **6 juni 2023** uw motivatie en cv sturen naar Lisette Verlee, bestuurssecretaris NHG via l.verlee@nhg.org.

Wetenschap als houvast

De Verenigingsraad van het NHG adviseert gevraagd en ongevraagd het NHG-Bestuur over het inhoudelijk beleid. Zij signaleert ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en gezondheidszorg in een breder maatschappelijk kader. Wie zijn de mensen die in deze raad zitten? Maak kennis met Verenigingsraadlid Gideon den Ouden.

Huisarts

'Toen ik 4 jaar oud was, wist ik al dat ik huisarts wilde worden. Het huisartsenvak kreeg ik mee vanuit de familie; mijn grootvader was al huisarts. Eentje die nog samen met de notabelen aan de tafel zat. De afstand tot de patiënt was in die tijd groot; die durfde nog niet te bellen als hij bijna doodging. Inmiddels is dat veranderd.'

Wetenschap

'Zonder de wetenschap kan ik mijn vak niet uitoefenen op de manier zoals ik dat wil. De huisarts van nu moet van alles heel veel weten. Er wordt van ons verwacht dat we een onderbouwing kunnen geven van ons handelen. De wetenschap vormt daarvoor een enorme houvast. Het NHG voert deze wetenschap uit en als dokter die graag toepast, is het voor mij heel fijn dat ik daarop kan leunen en mijn patiënten daardoor nog beter kan helpen.'



De huisarts van nu moet van alles heel veel weten

Genootschap

'De zoekende patiënt verdwaalt soms in het bos van tips en goede bedoelingen; het internet staat er vol mee. Ik denk dat het de patiënt én ons als huisartsen enorm helpt dat we kunnen terugvallen op het NHG. Het genootschap biedt sturing en maakt uniform handelen mogelijk. Bij de Verenigingsraad zie ik alle kanten van het vak. Als VR-lid voorzie ik het bestuur van feedback en informatie uit de praktijk. Ik bekritiseer, scherp aan en neem ook informatie mee terug naar mijn praktijk. Het is fijn om samen te werken met gepassioneerde collega's die ieder op hun eigen manier ook hun steentje willen bijdragen. Ondanks de drukte overdag en de volheid van systemen. Dat wij met elkaar die moeite nemen voor ons mooie vak, vind ik heel fijn om te zien. Dat maakt het voor mij zo interessant om daar deelgenoot van te zijn. Om niet alleen te nemen, maar ook iets terug te geven.'

Passie

'Mijn passie ligt in het uitvoeren van het huisartsenvak in al zijn facetten. Het kunnen geven van een aai over de bol én patiënten op weg helpen met wetenschappelijk gestoelde informatie. Ik wil dat doen, 5 dagen in de week. Die gedrevenheid zit diep vanbinnen. Ik kom soms om in het werk, maar ik wil mijn steentje bijdragen aan het huisartsenvak en aan het genootschap. Om de onaantastbaarheid van de wetenschap in de praktijk te brengen en om ook de praktijk terug te brengen naar de wetenschap. Bij de Verenigingsraad komt dat samen; ik zie daar alle kanten van het vak. Onlangs heb ik dan ook voor een tweede termijn getekend.'



GIDEON DEN OUDEN

Lid Verenigingsraad NHG
Praktijkhouder te Roermond
Leeftijd: 44 jaar

Toekomst

'De klassieke huisarts die fulltime praktijk houdt, dreigt een uitstervend ras te worden. De invulling van ons vak wordt steeds groter en dreigt uit zijn voegen te barsten met de huidige capaciteit aan huisartsen. Als we ons vak uitvoerbaar willen blijven houden, zouden we er met z'n allen nog meer de schouders onder moeten zetten. Maar gelukkig doen we dit graag, want het huisartsenvak is het mooiste vak van de wereld!'



Maak kennis met de VR-leden



Reinigen oortrechters

Huisarts Melvin Hazelhoff gebruikt niet-herbruikbare oortrechters. Het steeds weggooien van deze trechters staat hem tegen. In het kader van groener werken in de huisartsenpraktijk vraagt hij zich af of herbruikbare oortrechters, die in de autoclaaf kunnen, een beter alternatief zijn. Zijn deze op een eenvoudige manier te reinigen zonder dat het vergroenen ten koste gaat van de patiëntveiligheid? Tot nu toe komt hij op: 1) eerst handmatig afwassen met een aan te schaffen afwasborstel waarmee je ook de binnenkant schoon kunt maken en 2) vervolgens reinigen in de autoclaaf. Dat maakt het reinigen best intensief. Op HAweb Ledenforum reageerden diverse huisartsen op zijn post.



Lees alle reacties op HAweb Ledenforum

Alcohol alleen niet afdoende

Ik raad je aan om herbruikbare oortrechters te reinigen met warm water en een neutraal reinigingsmiddel en daarna goed te drogen. Vervolgens desinfecteer je de trechters met alcohol.

Alcohol alleen is niet afdoende; zit er werkelijk vuiligheid, dan smeer je het uit.

Huisarts in Noord-Brabant



Aantasting plastic door autoclaaf

Ik las bij de productspecificaties dat bij de herbruikbare oortrechters van Welch Allyn je onder andere een autoclaaf kunt gebruiken. Maar ik vraag me af of dan het plastic niet wordt aangetast.

Huisarts in opleiding in Zuid-Holland

Weggoeien het voordeligst

Op de HAP worden de oortrechters weggegooid. Het staat mij al jaren tegen en ik maakte ze, toen ik nog praktijkhouder was, veelal schoon. Een aios had eens een berekening van kosten gedaan. Weggoeien bleek het voordeligst. Maar tijden veranderen...

Waarnemend huisarts in Zuid-Holland

Non-discussie

Zeven cent per stuk. Is dit niet een non-discussie? Kijk eens wat je dagelijks thuis weggooit als plastic verpakkingsmateriaal.

Huisarts in Groningen

HOE IS HET VASTGELEGD IN DE PRAKTIJKORGANISATIERICHTLIJN INFECTIEPREVENTIE?

Oortrechters vallen onder niet-kritisch instrumentarium; deze instrumenten komen alleen in aanraking met de intacte huid. Er is geen rechtstreeks contact met steriele weefsels of organen. Volgens de Praktijkorganisatierichtlijn Infectiepreventie van 2017 moet al het instrumentarium na gebruik gereinigd worden, bij voorkeur in een medische vaatwasser. Deze heeft een gevalideerd proces en geeft minder risico op contaminatie van de omgeving of spatincidenten. De meeste huisartsenpraktijken beschikken echter niet over zo'n vaatwasmachine. Daarom besteedt de richtlijn ook aandacht aan handmatige reiniging van instrumentarium.



Praktijkorganisatierichtlijn infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk

In deze rubriek komen huisartsen aan het woord. Meninge geuit op HAweb kunnen afwijken van standpunten van het NHG. Ook voor deze meningen biedt het NHG graag een podium. De teksten zijn bewerkt: zie HAweb Ledenforum voor de volledige tekst.

Reageren kan op HAweb Ledenforum.

Vaardigheden opfrissen met de NHG-Instructiefilms

Het NHG biedt 60 praktische instructiefilms over onderzoek en therapeutische verrichtingen, exclusief voor NHG-leden. De korte films zijn bedoeld om kennis over eerder aangeleerde vaardigheden op te frissen.

Heeft u een bepaalde verrichting een tijdje niet gedaan? Bekijk dan de instructiefilm en lees de bijbehorende werkbeschrijving. Zo heeft u in korte tijd uw kennis over de verrichting weer paraat. De films zijn geen volledige nascholingen.

Zowel voor huisarts als aios

De NHG-Instructiefilms komen op allerlei momenten in de loopbaan van de huisarts (in opleiding) van pas. Als voorbereiding op het spreekuur, maar ook tijdens de huisartsopleiding. Sommige verrich-

tingen worden voornamelijk vanuit de huisartsenpost gedaan, zoals vernevelen of zuurstof geven.

Nieuwe instructiefilms in 2023

In 2023 staan een aantal nieuwe films op de rol, zoals de net uitgebrachte instructiefilm over het inbrengen van een urinekatheter. Daarnaast komen er films over het inbrengen van een implantatiestaafje (Implanon®) en vestibulaire revalidatie bij duizeligheidsklachten.

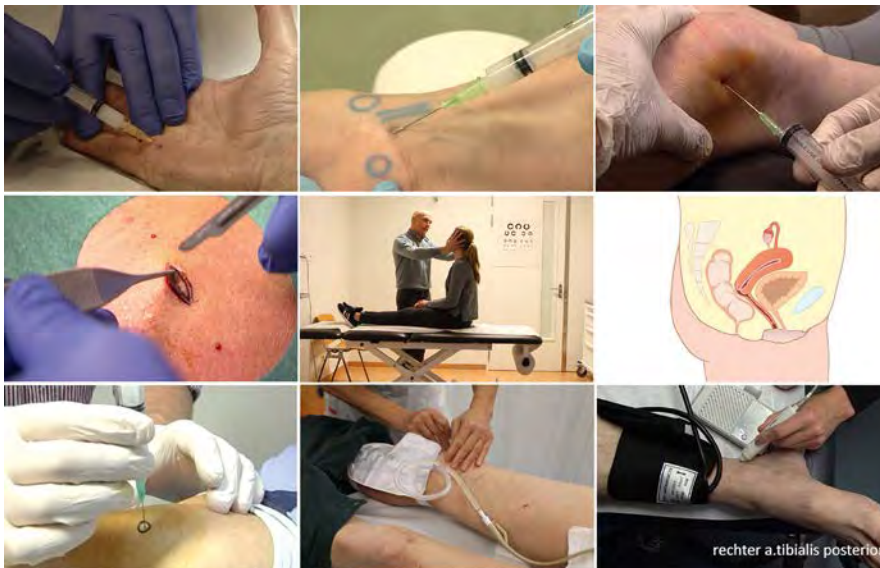
Feedback of ideeën?

De instructiefilms en werkbeschrijving maken we zo duidelijk mogelijk. Verbeteringen zijn natuurlijk altijd mogelijk. Bij elke film kunt u feedback te geven. Maak vooral gebruik van deze mogelijkheid als u suggesties heeft.



Voor alle NHG-leden zijn de instructiefilms een compacte en overzichtelijke ondersteuning

Mist u een onderwerp? Mail dan naar contactcentrum@nhg.org.



Welke instructiefilms bekijkt u het meest?

In totaal is de pagina nhg.org/instructiefilms de afgelopen 2 maanden ruim 13.000 keer bezocht. De meest bekeken video's zijn:

1. Knie: intra-articulaire injectie
2. Triggervinger: injectie
3. Carpaletunnelsyndroom: injectie
4. Pessarium bij een prolaps
5. Trochantair pijnsyndroom: injectie
6. Atheroomcyste verwijderen
7. Enkel-armindex
8. Epleymanoeuvre
9. Urethrale katheter man: verwijderen en inbrengen
10. Spiraal inbrengen (hormoon/koper)



Bekijk de instructiefilms op:
nhg.org/instructiefilms