

H&W

Huisarts en Wetenschap

6

juni 2021
jaargang 64

Hoogleraar Huisartsgeneeskunde Jettie Bont over het belang van goede huisartsenzorg

Twintig jaar huisartsenposten

Oncologische nazorg

Nieuwe LESA
Radiologische
diagnostiek



Het stokje overdragen...

Vijf jaar geleden begon ik als hoofdredacteur. Met de opdracht om de 60-jarige H&W mee te laten gaan met de (digitale) tijd(sgeest). H&W had, zo vertelde men mij, een 'hoog zuchtgehalte', was weinig toegankelijk en te veel zendergericht. Ook werden er te weinig artikelen aangeboden.

Mijn passie is al 34 jaar lang wetenschap naar de praktijk vertalen, en deze uitdaging paste mij dus perfect. Samen met het redactieteam, de uitgever en de websitebouwer ben ik aan de slag gegaan. Het resultaat dat we samen hebben bereikt, geeft dezelfde voldoening als het realiseren van een nieuw of verbouwd praktijkgebouw of gezondheidscentrum. Een prachtige ervaring in een huisartsenleven! Ondertussen liep het spreekuur (lees: H&W maken) gewoon door.

Er waren hoogtepunten, zoals meteen bij mijn start een themanummer '60 jaar H&W', volledig gemaakt door talentvolle aios en jonge (gepromoveerde) huisartsen. En later de oogst van alle inspanningen: de achten uit lezers- en ledenenquêtes, de verbeterde toegankelijkheid met behoud van gedegenheid en wetenschappelijke betrouwbaarheid, het grote bereik door multimediaal te publiceren, de verdubbeling van het aantal ingediende artikelen, de artikelenserie over de kerntaken en kernwaarden, de 8 andere themanummers, de prachtige casuïstiekartikelen en uw bijdragen in de rubriek 'Uw diagnose'. Te veel om op te noemen.

Maar ook met enkele dalen, zoals het predikaat 'Huisarts en (Nep)Wetenschap' van Luc Bonneux in Medisch Contact (dat steekt), het geringe aanbod artikelen over implementatie en VIM, de traagheid van het ambacht van wetenschap, et cetera. Er blijven genoeg uitdagingen voor mijn opvolger!

Met veel genoegen ben ik hoofdredacteur van H&W geweest, en draag ik op 1,5 meter het stokje over met de wens: blijf (kritisch) lezen, luisteren en reageren naar H&W!

*Ivo Smeele,
hoofdredacteur tot juni 2021*



...en overnemen

Met veel plezier start ik als nieuwe hoofdredacteur van H&W: een eervolle taak!

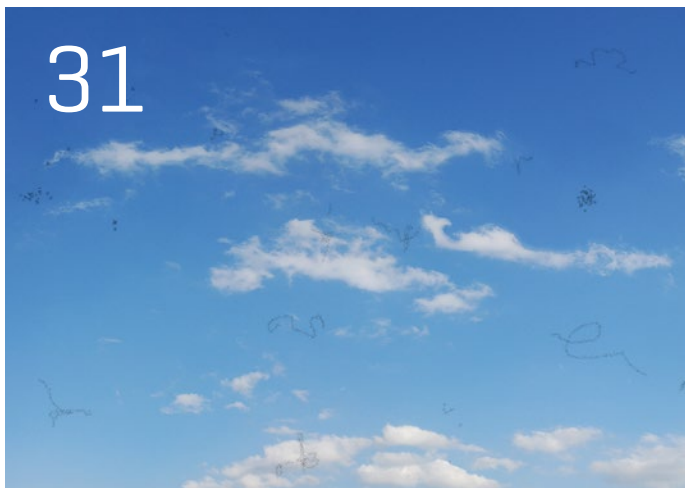
Was H&W voorheen nog voornamelijk een papieren blad, inmiddels is de titel verrijkt met een verbeterde website, een wekelijkse nieuwsbrief en een maandelijkse podcast. Daarmee is H&W, ondanks zijn bijna 65^e levensjaar, helemaal bij de tijd en is het de meest gelezen en hoogst gewaardeerde wetenschappelijke titel voor huisartsen. Om te koesteren!

De veelzijdigheid van de titel en uw enthousiasme daarvoor zijn voor mij heel herkenbaar. Dezelfde eigenschappen heb ik de afgelopen 2,5 jaar als redactielid mogen meemaken bij de vele mensen die H&W allemaal mogelijk maken, uiteraard onder

de inspirerende leiding van Ivo Smeele. Een mooie prestatie, waarvoor veel dank!

Maar H&W gaat gelukkig nog lang niet met pensioen. Graag zet ik mijn eigen veelzijdigheid en enthousiasme in om de inhoud en kwaliteit van alle H&W-uitgaven ook in de toekomst te bewaren en waar nodig verder te verbeteren. Een grote uitdaging ('zucht!'), die ik graag aanga. Samen met de auteurs, het redactieteam en uiteraard u als lezer en luisteraar. Slaat u de bladzijde met mij om?

*Gijs Baaten, hoofdredacteur
met ingang van juni 2021*



31



53

Wetenschap

- 10 **Oncologische nazorg in eerste versus tweede lijn**
Eerste en tweede lijn leveren vergelijkbare nazorg aan kankerpatiënten. Oncologische nazorg in de eerste lijn is goedkoper.
- 17 **Case-finding hepatitis B en C**
Huisartsen testen niet standaard patiënten uit risicogebieden op hepatitis B en C, ondanks het advies in de NHG-Standaard Virushepatitis.
- 23 **De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten**
Huisartsenposten zijn na 20 jaar goed doortimmerde organisaties en leveren een goede kwaliteit van zorg.
- 27 **Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten**
- 31 **Houd plots ontstane mouches volantes goed in het oog!**
Bij mouches volantes die plots ontstaan of in aantal toenemen is er een risico op een netvliesdefect, ook in afwezigheid van flitsen.
- 36 **'Goede huisartsgeneeskunde heeft een positief effect op de zorg en gezondheid'**
Interview met Jettie Bont, hoogleraar en afdelingshoofd huisartsgeneeskunde in Amsterdam.
- 43 **Pickles: een van de eerste huisarts-epidemiologen**
De huidige SARS-CoV-2-pandemie onderstreept het grote belang van bron- en contactonderzoek waarin William Pickles pionierde.

Praktijk

- 46 **Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie**
Dankzij passende en niet-veroordelende zorg kunnen de gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-personen afnemen.
- 49 **Ecg-casus 'Hart in de keel'**
- 50 **Kennistoets 'Valsalva-manoeuvre'**
- 53 **Vroege symptomen van subacute endocarditis**
Bij subacute endocarditis in een vroeg stadium ontbreken vaak de meer klassieke symptomen van onbegrepen koorts en (nieuwe) cardiale soufflé.
- 56 **Ribs-on-pelvisyndroom**
Er is geen eenduidig beleid bij het ribs-on-pelvisyndroom, een hinderlijke soms pijnlijke aandoening veroorzaakt door inzakking van de wervelkolom.



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Artsen kennen behandeldoelen ouderen vaak niet
- De invloed van gezondheidsvaardigheden op opvattingen over medicijnen
- Nieuwe heupklachten? 12% 'kans' op een prothese
- Wees alert op chronische knieklachten bij adolescenten
- Appendectomie bij kinderen is niet altijd nodig
- Krentenbaard gaat vaak spontaan over

35 Ingezonden 'Zorg voor seksuele gezondheid bij chronische zieken'

67 Een acrobatische update van de Valsalva-manoeuvre



Er is een variant van de Valsalva-manoeuvre, die de huisarts bij supraventriculaire tachycardie kan gebruiken zodat de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft.

71 Is snijden in een melanoom schadelijk?

Het is niet duidelijk of het nemen van een stansbiopt uit een cutaan melanoom zonder enig gevaar is voor de patiënt. Houd daarom de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen aan.

73 Boek 'De huisarts als ooggetuige'

74 Ingezonden 'Nu thuismeting van zuurstofsaturatie ineens reguliere huisartsenzorg lijkt te zijn...'

NHG

59 Vernieuwde paragraaf over niet-medicamenteuze behandeling in de NHG-Standaard DM2

Antwoorden op vragen van huisartsen over de niet-medicamenteuze behandeling bij diabetes mellitus type 2 zijn terug te vinden in de herziene paragraaf.

63 Samenwerking tussen huisartsen en radiologen in nieuwe LESA Radiologische diagnostiek



Dit samenwerkingsdocument van huisartsen en radiologen moet het doelmatig aanvragen van radiologische diagnostiek bevorderen. Indicaties en non-indicaties, verwachtingen en communicatie staan onder meer centraal.

65 Met samenwerkingsafspraken doelmatig aanvragen bevorderen



Interview met Marloes Minnaard en Michiel van Werkum, 2 werkgroepleden van de LESA Radiologische diagnostiek.

76 Marc Eyck: 'Afvinklijstje accreditering werd dialoog'

Interview met scheidend NPA-directeur Marc Eyck over de ontwikkeling van de praktijkaccreditering, de huidige werkwijze en de ervaringen met NHG-Praktijkaccreditering 3.0.



huisartspodcast.nl/henw

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



www.henw.org

- De SARS-CoV-2-antigeentest is niet accuraat genoeg

Artsen kennen behandeldoelen ouderen vaak niet

Ariëtte Sanders-van Lennep

Behandeldoelen van patiënten horen te worden meegenomen in het proces van samen beslissen, zeker bij een oncologische behandeling. Het is alleen wel de vraag of (huis)artsen deze doelen goed voor ogen hebben. Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat huisartsen en specialisten in minder dan de helft van de gevallen dezelfde doelen kiezen als de patiënt. Huisartsen doen het daarbij niet beter dan specialisten.

In een cross-sectioneel onderzoek werden 78 ouderen (gemiddeld 76 jaar oud) bevraagd over hun behandeldoelen. Deze ouderen bezochten de polikliniek geriatrie en kregen daarbij te maken met een behandelbeslissing (87,4% oncologische beslissing). De ouderen vulden hiervoor de Outcome Prioritization Tool (OPT) in, een tool die differentieert in 4 universele behandeldoelen. In een gesprek met de hulpverlener gaven zij hierbij vervolgens de prioriteiten aan. Daarnaast werden hun behandelend huisartsen en specialisten bevraagd over wat zij dachten dat de prioriteiten waren.

Behoud van zelfstandigheid was voor de meeste ouderen (51,7%) het belangrijkste behandeldoel, gevolgd door levensverlenging (27,6%), pijnverlichting (13,8%) en symptoomverlichting (6,9%). Behoud van zelfstandigheid werd door 52,8% van de huisartsen en 45,5% van de specialisten beschouwd als belangrijkste behandeldoel. De overeenstemming over het belangrijkste behandeldoel tussen oudere en huisarts was met 41,7% (kappa 0,067; $p = 0,39$) nauwelijks meer dan de 40,3% (kappa 0,074; $p = 0,33$) overeenstemming tussen oudere en specialist. Een leeftijd boven de 75 jaar van de patiënt vergrootte de kans op overeenstemming tussen oudere en huisarts (OR 3,03; 95%-BI 1,10 tot 8,31), terwijl afhankelijkheid en functionele beperkingen de kans op overeenstemming verkleinden (OR 0,34; 95%-BI 0,12 tot 0,96). Specialisten scoorden wat betreft overeenstemming met de oudere beter



bij alleenstaande patiënten (OR 2,88; 95%-BI 1,06 tot 7,81).

Voor de praktijk geldt: ga er niet van uit dat u de behandeldoelen kent en vraag patiënten hier expliciet naar. ■

Festen S, et al. How well do healthcare professionals know of the priorities of their older patients regarding treatment outcomes? Patient Educ Couns 2021 27 February. DOI: 10.1016/j.pec.2021 [epub ahead of print].

De invloed van gezondheidsvaardigheden op opvattingen over medicijnen

Mirrian Hilbink

Een op de 3 Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden hebben meer zorgen over overmatig medicijngebruik en de schadelijke effecten van medicatie. Dat blijkt uit een recent onderzoek naar de invloed van gezondheidsvaardigheden op de opvattingen over medicijnen.

De onderzoekers verkregen de data via het online medicijnpanel van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Alle geregistreerde panelleden ($n = 2157$) ontvingen per e-mail een uitnodiging om aan het onderzoek mee

te doen, nadere informatie over het onderzoek en een link naar de vragenlijst. Die vragenlijst bestond uit 3 onderdelen: 1) demografische en klinische patiëntkenmerken; 2) een gevalideerde vragenlijst om de ervaren gezondheidsvaardigheden te meten (Health Literacy Survey) en 3) een vragenlijst om de opvattingen van patiënten over medicijnen in het algemeen in te schatten (Beliefs about Medicine Questionnaire). Er waren uiteindelijk 539 vragenlijsten bruikbaar voor de analyse.

De resultaten van een lineaire regressieanalyse toonden aan dat mensen met lagere gezondheidsvaardigheden meer zorgen hadden over overmatig medicijngebruik (gecorrigeerde $\beta = -0,174$; $p < 0,001$) als over schadelijke

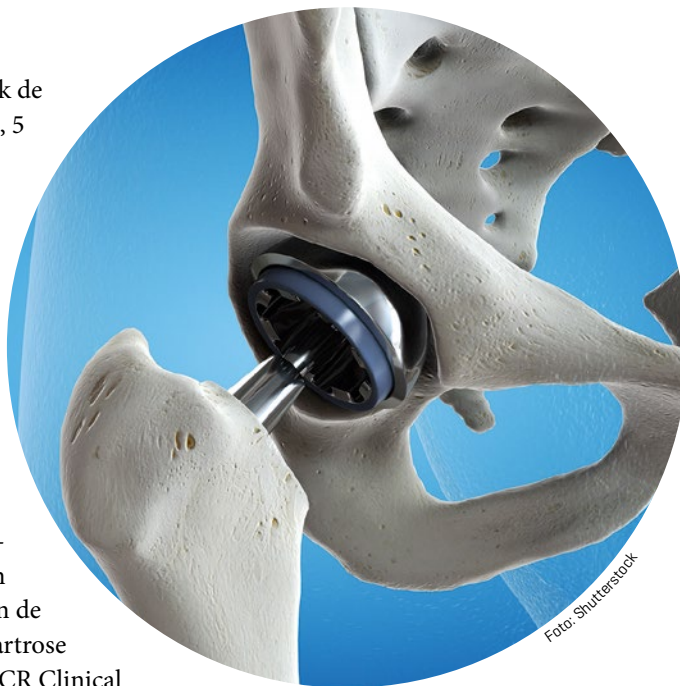
Nieuwe heupklachten? 12% 'kans' op een prothese

Raissa Derckx

Van de patiënten met nieuwe heupklachten krijgt 12% binnen 10 jaar een kunstheup. Dat blijkt uit onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit onderzoek laat daarmee een slechtere prognose zien dan over het algemeen wordt aangenomen.

De onderzoekers gingen het klinisch en radiologisch beloop na van nieuwe heupklachten bij patiënten van middelbare leeftijd. Dat deden zij 10 jaar lang. Zij bestudeerden het verloop van nieuwe heuppijn en -stijfheid bij 588 patiënten die zich daarvoor bij de huisarts meldden. Ruim 70% van hen had ook nieuwe knieklachten en circa 80% was vrouw. De gemiddelde leeftijd was 55 jaar. De onderzoekers vroegen naar pijnklachten (Numerical Rating Scale (NRS)-pijnschaal) in het meest pijnlijke

gewricht – wat dus ook de knie kon zijn – na 0, 2, 5 en 10 jaar. Ze vroegen ook naar het fysiek functioneren en stijfheid met de Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC). Bij iedere controle deden zij lichamelijk onderzoek naar pijn bij heupendorotatie en -flexie, scoorden zij een röntgenfoto van de heup op tekenen van artrose en gebruikten zij de ACR Clinical Classification Criteria for Osteoarthritis of the Hip om heupartrose te classificeren.



Het aantal patiënten met heuppijn daalde in 10 jaar tijd van 588 (100%) naar 242 (51%) en stijfheid van de heup daalde van 55% naar 45%. Het aantal patiënten dat pijnstilling gebruikte steeg daarentegen van 43% naar 50%. Daarnaast voldeden meer patiënten aan de radiologische (van 19% naar 49%) en klinische (33% naar 62%) classificatiecriteria voor artrose. Uiteindelijk kreeg 12% van de patiënten (69 van de 588) een nieuwe heup, 2% zelfs al binnen 2 jaar. Dit onderzoek laat zien dat 1 op de 9 patiënten die zich presenteert met nieuwe heupklachten binnen 10 jaar waarschijnlijk een kunstheup krijgt. Dat is een concreter getal maar ook een slechtere prognose dan op Thuisarts.nl wordt geschetst: een operatie bij heupartrose zou daar 'zelden' nodig zijn. ■

Van Berkel, AC. 10-Year natural course of early hip osteoarthritis in middle-aged persons with hip pain: a CHECK study. Ann Rheum Dis 2021;0:1-7.



effecten van medicatie (gecorrigeerde β = -0,189; $p < 0,001$). Leeftijd, geslacht en aantal medicamenten bleken geen confounders of effectmodificatoren van de relatie tussen gezondheidsvaardigheden enerzijds en zorgen over overmatig medicijngebruik en schadelijke effecten van medicatie anderzijds. Voor de praktijk betekent dit onderzoek dat het belangrijk is om op de hoogte te zijn van het niveau van

gezondheidsvaardigheden van patiënten. Dan kunt u de voorlichting over de voorgeschreven medicatie en de eventuele risico's hierop afstemmen. ■

Visscher BBB, et al. The impact of health literacy on beliefs about medication in a Dutch medication-using population. Eur J Clin Pharmacol 2021 Feb 16. DOI: 10.1007/s00228-021-03105-0 [epub ahead of print].

Wees alert op chronische knieklachten bij adolescenten

Lisanne Stolwijk

Niet-traumatische knieklachten komen bij adolescenten veel voor, met name het patellofemorale pijnsyndroom en de ziekte van Osgood-Schlatter. Uit onderzoek naar het beloop van de klachten blijkt dat deze vaak lang aanhouden. Ruim de helft van de adolescenten heeft na een jaar nog steeds klachten. Knieklachten verdwijnen dus niet altijd na de groeispuurt.

De onderzoekers voerden een *individual participant* meta-analyse uit met data van onderzoeken bij adolescenten die werden gerecruteerd bij scholen, huisartsenpraktijken, fysiotherapiepraktijken en via social media (data uit Denemarken, Nederland en Amerika). Zij keken naar pijnintensiteit en functie na 12 maanden na aanvang van de klachten bij 1281 adolescenten (10 tot 19 jaar). Van deze adolescenten had 51% na 1 jaar nog steeds klachten. Een voorspellende factor voor een gunstig pijnbeloop na 1 jaar was een lagere pijnfrequentie bij aanvang. Adolescenten met dagelijks pijn bij aanvang hadden minder pijnafname bij follow-up dan adolescenten die aangaven wekelijks of maandelijks pijn te hebben (12 respectievelijk 15 minder pijnafname op een schaal van 100).

Ongunstige factoren voor het pijnbeloop waren lagere kwaliteit van leven (uitgedrukt in units verandering in de EQ5D-indexscore), vrouwelijk geslacht en meer bilaterale pijn. De score was daarbij respectievelijk 30 (95%-BI 19 tot 42), 8 (95%-BI 4 tot 12) en 7 (95%-BI 1 tot 3) punten lager na 1 jaar. Vergelijkbare factoren waren van invloed op de functie na 1 jaar. BMI, sportactiviteit en kniekracht hadden geen voorspellende waarde over pijn of functie.

De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten stelt dat de meeste pijnklachten verdwijnen na een aantal maanden of de groeispuurt. Dit onderzoek onderstreept het belang om knieklachten ook bij kinderen serieus te nemen. Hoewel er



Foto: Shutterstock

een flinke verbetering optreedt na 1 jaar, heeft de helft na een jaar nog aanhoudende klachten. Het is belangrijk om daar de voorlichting en het terugbestelbeleid op af te stemmen, rekening houdend met de prognostisch ongunstige factoren. ■

Holden S, et al. Prognostic factors for adolescent knee pain an individual participant data meta-analysis of 1281 patients. PAIN 2021 January 11. DOI:10.1097/j.pain.0000000000002184 [epub ahead of print].

Appendectomie bij kinderen is niet altijd nodig

Sanne Dijkhuizen

Appendectomie bij kinderen levert in zo'n 25% van de gevallen complicaties op. Een operatie is echter niet altijd nodig. Bij een ongecompliceerde appendicitis bij kinderen voldoet behandeling met antibiotica veelal ook. Dat blijkt uit een recent proefschrift.

De onderzoeker bekeek de data van 278 kinderen met appendicitis die tussen 2012 en 2015 in 3 Nederlandse ziekenhuizen werden behandeld. Hij selecteerde 49 kinderen (7-17 jaar) met ongecompliceerde appendicitis. Hij sloot 229 kinderen uit vanwege gecompliceerde appendicitis (n = 138), een echografisch niet-zichtbare appendix (n = 33) en geen bereidheid om aan het onderzoek deel te nemen

(n = 58). Uiteindelijk waren er van 45 kinderen voldoende data beschikbaar voor analyse. Deze kinderen werden behandeld met intraveneus amoxicilline/clavulaanzuur en gentamicine (48-72 uur), gevolgd door 5 dagen oraal amoxicilline/clavulaanzuur na ontslag. Drie kinderen ondergingen



Foto: Shutterstock

Krentenbaard gaat vaak spontaan over

Mariken Stegmann

Niet-bulleuze impetigo (krentenbaard) komt veel voor bij jonge kinderen. De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties adviseert in die gevallen lokale antibiotica (fusidinezuur) als behandeling van eerste keus. Een Australisch systematisch literatuuronderzoek naar het natuurlijk beloop van de aandoening laat zien dat bij ongeveer de helft van de kinderen binnen 7 dagen spontane genezing optreedt. Daarmee lijkt het afwachten van het natuurlijk beloop ook een goede behandeloptie.

De auteurs zochten naar cohortonderzoeken en placebogroepen van RCT's om iets te kunnen zeggen over het natuurlijk beloop van impetigo. Ze includeerden 7 onderzoeken, met elk 12 tot 206 deelnemers, die geschikt waren voor analyse. De deelnemers kregen geen antibiotica, maar in sommige onderzoeken werden wel neutrale lokale middelen geadviseerd.



Foto: Shutterstock

De randomisatie en blinding waren niet in alle artikelen duidelijk beschreven, maar verder beoordeelden de auteurs de kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken als goed.

Omdat de geïncludeerde onderzoeken op verschillende momenten beoordeelden in hoeverre er sprake was van 'genezing' – en daarbij ook elk hun eigen definitie

hanteerden – was het voor de auteurs van de review lastig om de resultaten samen te vatten. Vier onderzoeken beoordeelden het effect na 7 dagen. Het percentage patiënten met genezing was in die onderzoeken op dat moment 13%, 50%, 52% en 74%. Het onderzoek met 13% genezing hanteerde een strenge definitie (volledige afwezigheid van plekjes). Bij herbeoordeling na 14 en 28 dagen waren de genezingspercentages in dit onderzoek respectievelijk 60% en 88%.

In de meeste onderzoeken waren er geen negatieve effecten bij afwachten. Eén onderzoek rapporteerde 'pijn' bij 6 deelnemers (7%) en 2 onderzoeken rapporteerden jeuk en branderigheid door de placebozalf.

De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties adviseert op basis van een cochrane-review uit 2012 lokale behandeling met fusidinezuur als middel van eerste keus. Bij onvoldoende effect wordt behandeling met orale antibiotica aanbevolen. Op basis van deze nieuwe review kan de huisarts tijdens de gezamenlijke besluitvorming met de ouders ook het afwachten van het natuurlijk beloop als optie noemen. ■

Hoffmann TC, et al. Natural history of non-bullous impetigo: a systematic review of time to resolution or improvement without antibiotic treatment. Br J Gen Pract 2021;71:e237-e242.

tijdens opname alsnog appendectomie vanwege klinische verslechtering (n = 2) of fecolietvorming op echo (n = 1). Er werden 42 kinderen ontslagen zonder appendectomie.

Na 2 dagen nam de pijn bij palpatie af bij 31 van de 42 kinderen. De gemiddelde pijnscore (0-10) nam af van 5 (95%-BI 4 tot 7) bij opname tot 2 (95%-BI 0 tot 3) de volgende dag en daalde verder tot gemiddeld 1 (95%-BI 0 tot 2) op dag 2. Misselijkheid en overgeven namen af van 67% (95%-BI 52 tot 79) en 45% (95%-BI 31 tot 60) bij opname tot 2% (95%-BI 0 tot 12) en 0% (95%-BI 0 tot 8) na 2 dagen.

In een vervolgonderzoek werden 47 kinderen na een mediane tijd van 5,4 jaar telefonisch geïnterviewd. Van deze kinderen had 70% (n = 33; 95%-BI 56 tot 81) nog steeds geen appendectomie ondergaan. Van de 14 kinderen die wel appendectomie ondergingen,

reageerden er 4 onvoldoende op de behandeling met antibiotica in de eerste 7 dagen. Tien kinderen ondergingen 'verlate appendectomie'. Van deze kinderen liet histopathologie in 7 gevallen een ongecompliceerde appendicitis zien, 2 een niet-ontstoken appendix en 1 een chronische appendicitis met fibrose. Geen van de kinderen met verlate appendectomie ontwikkelde een gecompliceerde appendicitis.

De onderzoeker concludeert dat antibiotische behandeling van ongecompliceerde appendicitis bij kinderen veilig is. Daarmee kan bij deze groep bij zo'n 70% een appendectomie worden vermeden. ■

Knaapen M. The treatment of simple appendicitis in children. Advancing research to optimise treatment [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2021.

Oncologische nacontroles en nazorg in eerste versus tweede lijn

Julien Vos, Thijs Wieldraaijer, Henk van Weert, Kristel van Asselt

Oncologische nacontroles en nazorg vinden gewoonlijk in de tweede lijn plaats. Door hun persoonsgerichte werkwijze zouden huisartsen in sommige opzichten een verbetering in de kwaliteit van nazorg kunnen geven. Uit ons onderzoek bleken eerste- en tweedelijnszorg vergelijkbare effecten te hebben op klinische uitkomsten (zoals overleving en aantal vastgestelde recidieven) en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten na kanker (bijvoorbeeld kwaliteit van leven en symptomen). We zagen wel kleine verschillen in gedocumenteerde en zelfgerapporteerde follow-up, maar die waren niet relevant. Eerstelijnszorg is daarom in een aantal gevallen een alternatief voor tweedelijnszorg.

De afgelopen decennia zien we een sterke toename in het aantal patiënten met kanker.¹ Het is de vraag in hoeverre nacontroles en nazorg in de tweede lijn haalbaar blijven. Bij de oudere patiënt met 1 of meer chronische aandoeningen is de huisarts vaak al betrokken bij het verlenen van de reguliere, niet-oncologische zorg.^{2,3} In 2007 oppeerde een rapport van de Gezondheidsraad daarom aan de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat de huisarts na de behandeling van kanker een grotere rol zou kunnen spelen.⁴ Hiermee zou de druk op de duurder tweede lijn kunnen afnemen. Een grotere betrokkenheid van de huisarts bij oncologische nacontroles en nazorg heeft mogelijk ook positieve effecten op uitkomstmaten als kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.^{5,6} Bij de meer generalistische benadering van de huisarts komen immers niet alleen de fysieke problemen, maar ook psychosociale aspecten en leefstijlfactoren aan bod. Al eerder hebben Nederlandse patiënten en het KWF gewezen op het belang van psychosociale begeleiding en het tekortschieten hiervan in de huidige tweedelijnszorg.^{7,8} Uit een recente enquête onder Nederlandse kankerpatiënten bleek bovendien dat zij wilden dat de huisarts meer wordt betrokken bij de oncologische zorg, vooral op het gebied van gezamenlijke besluitvorming.⁹ In

het NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk staat dat nazorg een onderdeel is van de huisartsenzorg en dat de oncologische nacontroles hier onder bepaalde voorwaarden deel van kunnen uitmaken, mits hier voldoende wetenschappelijke bewijs voor is en de kwaliteit van de zorg kan worden gewaarborgd.¹⁰ Tot op heden is er echter nog weinig bekend over de uitkomsten na kanker als de huisarts de oncologische zorg op zich neemt.^{11,12} In dit systematische literatuuronderzoek vergelijken we de uitkomstmaten van oncologische nacontroles en nazorg in de eerste en de tweede lijn.

METHODE

Onderzoeksopzet

In februari 2020 verrichtten we in MEDLINE en EMBASE een systematisch literatuuronderzoek naar originele onderzoeken over oncologische nacontroles en nazorg in de eerste en de tweede lijn. Onder oncologische nacontroles verstaan we de geplande medische onderzoeken die zijn bedoeld om eventuele terugkeer of nieuwe vormen van kanker op te sporen. Oncologische nazorg richt zich op onder andere revalidatie, begeleiding en behandeling van (late) gevolgen van kanker.¹⁰ We gebruikten algemene zoektermen voor kanker en eerste- en tweedelijnszorg om de zoekstrategie zo breed mogelijk te houden (zie de originele publicatie voor de zoektermen). Alleen de onderzoeken waarbij patiënten alle oncologische nacontroles en nazorg via de eerste (huisarts), dan wel tweede lijn (specialist) kregen, hebben we geselecteerd. Omdat er tot op heden nog weinig literatuur over dit onderwerp beschikbaar is, namen we alle typen kanker en uitkomst-

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Vos JAM, Wieldraaijer T, Van Weert HCPM, et al. Survivorship care for cancer patients in primary versus secondary care: a systematic review. *J Cancer Surviv* 2021;15:66-76. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Tabel 1

Klinische uitkomsten

	Referentie (zie literatuurlijst)	Resultaat
Overleving		
Overleving [OS]	24	69,5% [huisarts] versus 68,6% [tweedelijnszorg]; p = 0,888
	27	HR 0,81 [PCP*]; 95%-BI 0,49 tot 1,35; p = 0,43
	28	p = 0,34 [‡]
Ziektevrije overleving [RFS]	24	83,0% [huisarts] versus 78,1% [tweedelijnszorg]. Start behandeling bij 17,0% [huisarts] versus 21,9% [tweedelijnszorg]; p = 0,424. Geen verschil in tijd tot behandeling (p = 0,188)
	27	HR 0,62 [PCP*]; 95%-BI 0,39 tot 0,98; p = 0,041. Patiënten bij PCP* ondergingen minder vaak palliatief chemotherapie bij een recidief [34% versus 58%; p = 0,03]
	28	p = 0,59 [‡]
Klinische events		
Recidieven en metastasen	13	6 [huisarts] versus 8 [tweedelijnszorg]. Geen verschil in tijd tot diagnose (p = 0,46)
	14	6,8% [huisarts] versus 10,8% [tweedelijnszorg]. Tijd tot diagnose scheelde gemiddeld 1,5 dag [spreiding -13 tot 22]
	17	11,2% [FP*] versus 13,2% [specialist], verschil 2,02%, 95%-BI -2,13 tot 6,16%
	18	1 recidief in beide groepen
	19	Recidiefkans 7,1 per 1000 maanden [huisarts] versus 8,0 [chirurg]; p = 0,92. Geen verschil in tijd tot diagnose (p = 0,76)
	20	1,6% [eerste lijn] versus 0% [tweede lijn]; p = 0,74
Overlijden	17	6,0% [FP*] versus 6,2% [specialist]; verschil 0,18%; 95%-BI -2,90 tot 3,26
	19	Overlijdensrisico 6,6 per 1000 maanden [huisarts] versus 5,4 [chirurg]; p = 0,67. Geen verschil in tijd tot overlijden (p = 0,69)
	23	18,6% [PCP*] versus 20,3% [specialist]; p = 0,7
Andere events	17	Paraneoplastisch event 3,5% [FP*] versus 3,7% [specialist]; verschil 0,19%; 95%-BI -2,26 tot 2,65%
	18	1 nieuwe primaire tumor in beide groepen
	20	Nieuwe primaire tumor bij 5% [eerste lijn] versus 10,4% [tweede lijn]; p = 0,67. Andere ziektebeelden bij 46,7% [eerste lijn] versus 60,5% [tweede lijn]; p = 0,21]
Gedocumenteerde follow-up		
Naleving van het protocol	18	Patiënten bij de huisarts werden vaker volgens protocol gezien [98,1% versus 80,9%; p = 0,020]
	19	Patiënten bij de huisarts kwamen vaker op consult [1,27 versus 0,84 keer per kwartaal] en hadden vaker een iFOB-test [ratio 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,4; p = 0,003]. Patiënten bij de chirurg hadden vaker een echografie [ratio 0,5; 95%-BI 0,3 tot 1,0; p = 0,040] en coloscopie [rate ratio 0,7; 95%-BI 0,5 tot 1,0; p = 0,027]

‡ gerapporteerd als figuur

* FP: family physician; PCP: primary care physician

HR: hazardratio; 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval

maten mee. Onderzoeken met zorgprofessionals in een vergelijkbare (poortwachters)functie als die van de huisarts (zoals een *family physician* en *primary care physician*) includeerden we ook. We excludeerden onderzoeken naar de voorkeuren van patiënten en zorgverleners voor nacontroles en nazorg, en onderzoeken naar gedeelde zorg voor kanker. Twee onafhankelijke onderzoekers (JV en TW) verrichtten de screening en selectie van onderzoeken. Eén onderzoeker (JV) extraheerde de gegevens op basis van een vooraf opgesteld extractieformulier. We bespraken onduidelijkheden binnen de selectie van artikelen en gegevensextractie, en zo nodig raadpleegden we een derde onderzoeker (KvA).

Gegevensanalyse

Doordat we brede inclusiecriteria hanteerden, was er sprake van een aanzienlijke onderzoeksheterogeniteit. Een meta-analyse was mede om die reden niet mogelijk en daarom kozen we voor een narratieve synthese van de onderzoeksresultaten. We beschreven 3 verschillende typen uitkomsten van eerste- en tweedelijnszorg na kanker: 1) klinische uitkomsten (onder andere overleving, klinische events en gedocumenteerde follow-up), 2) door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (kwaliteit van leven, symptomen, patiënttevredenheid en zelfgerapporteerde follow-up) en 3) kosten (zowel op maatschappelijk als patiëntniveau).

WAT IS BEKEND?

- Uit onderzoek onder Nederlandse kankerpatiënten blijkt dat zij willen dat de huisarts meer wordt betrokken bij oncologische zorg.

WAT IS NIEUW?

- Oncologische zorg in de eerste en de tweede lijn heeft vergelijkbare effecten op klinische en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten na kanker.
- De zorg in de eerste lijn is goedkoper.

Kwaliteitsbeoordeling

Voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van de onderzoeken gebruikten we gevalideerde tools voor gerandomiseerde trials (Cochrane-instrumenten) en observationele onderzoeken (ROBINS-I).

RESULTATEN

Onderzoekselectie

In totaal vonden we 1766 originele onderzoeken. Op basis van de vooraf gedefinieerde selectiecriteria includeerden we er 16.

Kwaliteitsbeoordeling

Het risico op bias hebben we in 10 onderzoeken laag geschat, in 3 intermediair en in 3 hoog (deze gegevens tonen we hier niet). Het risico op bias was vaak inherent aan de observationele aard van het betreffende onderzoek, zoals het risico op selectie, misclassificatie, *recall* en interviewerbias.

Onderzoekskennmerken

Zeven artikelen beschreven de uitkomsten van gerandomiseerde trials, waarvan er 3 waren gebaseerd op dezelfde trial, maar verschillende uitkomsten belichtten.¹³⁻¹⁹ Daarnaast includeerden we 9 observationele onderzoeken.^{14-16,20-28} De meeste onderzoeken werden verricht onder patiënten met mamma- ($n = 7$) of colorectaal carcinoom ($n = 3$). Het type carcinoom heeft invloed op de frequentie en duur van de nacontroles en nazorg, waarbij voor tumoren met een lager stadium over het algemeen een minder intensief schema wordt aangehouden. Het aantal patiënten varieerde van 98 tot 5009. Twee onderzoeken rapporteerden geen specifieke informatie over de zorgverlener die de eerstelijnszorg had verleend, behalve dat deze arts was.^{25,26} In de gerandomiseerde trials besloeg de follow-up 1 tot 5 jaar. In de observationele onderzoeken was de maximale follow-upduur 15 jaar. Het tijdstip waarop de zorg aan de eerste lijn werd overgedragen varieerde van enkele weken tot jaren na de behandeling. De observationele onderzoeken noemden de overdracht van de zorg vaak niet.

Klinische uitkomsten

Tien onderzoeken beschreven de klinische uitkomsten van eerste- en tweedelijnszorg [tabel 1]. Drie onderzoeken vonden

geen duidelijke verschillen in de algehele overleving bij 3 tot 15 jaar follow-up.^{24,27,28} In 1 onderzoek onder patiënten met pancreascarcinoom hing de follow-up in de tweede lijn samen met een kortere ziektevrije overleving en een grotere kans op palliatieve chemotherapie (58% versus 34%, $p = 0,03$). Dat kwam deels doordat patiënten in de tweede lijn vaker een tumor met een slechtere prognose hadden.²⁷ Acht onderzoeken beschreven klinische events, waarbij er geen belangrijke verschillen waren tussen eerste- en tweedelijnszorg in het aantal (en de tijd tot de diagnose) van recidieven of metastasen, overlijden of andere events.^{13,14,17-20,23,24}

Twee gerandomiseerde trials onderzochten de verschillen in gedocumenteerde follow-up. De ene vergeleek de naleving van het follow-upprotocol tussen eerste- en tweedelijnszorg. Daarbij werden patiënten in de eerste lijn vaker conform het protocol gezien (98,1% versus 80,9%, $p = 0,020$).¹⁸ In de tweede trial werd geconstateerd dat zorgverleners in de eerste lijn vaker een iFOB-test voor hun patiënt aanvroegen (ratio 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,44; $p = 0,003$), terwijl dat in de tweede lijn vaker een echografie en colonoscopie was.¹⁹ Het is hierbij niet duidelijk in hoeverre dit conform het protocol was.

Door de patiënt gerapporteerde uitkomsten

Elf onderzoeken beschreven de door de patiënt gerapporteerde uitkomsten [online tabel 2]. Er was geen verschil tussen eerste- en tweedelijnszorg wat betreft kwaliteit van leven en het voorkomen van angst of depressie.^{13,14,17-20} In 1 onderzoek rapporteerden patiënten die door de huisarts werden begeleid minder vermoeidheid (62,0% versus 81,1%; $p = 0,005$).²⁵ De patiënttevredenheid over zowel de eerste- als de tweedelijnszorg was hoog, hoewel er kleine verschillen binnen onderzoeken waren.^{16,18-21,26} Twee van 3 gerandomiseerde trials lieten een grotere patiënttevredenheid over de eerstelijnszorg zien, wat onder andere te maken had met de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg.^{16,18} Uit 1 observationeel onderzoek kwam echter een hogere tevredenheid over de tweedelijnszorg naar voren, die onder andere samenhang met aandacht en informatievoorziening.²⁰

Vijf observationele onderzoeken betroffen de vraag in hoeverre patiënten zelf rapporteerden dat ze de nacontroles en nazorg voor kanker hadden gekregen. De resultaten van deze onderzoeken liepen uiteen en er werd geen overtuigend bewijs gevonden voor een relevant voordeel voor eerste- dan wel tweedelijnszorg. Bij 2 onderzoeken rapporteerden mammacarcinoompatiënten dat ze in de eerste lijn minder vaak periodiek lichamelijk werden onderzocht dan in de tweede lijn (ongeveer 80% versus 90%; $p < 0,05$).^{25,26} In een ander onderzoek rapporteerden mammacarcinoompatiënten juist vaker lichamelijk onderzoek in de eerste lijn (58% versus 36%; $p = 0,004$).²¹ Een derde onderzoek stelde vast dat mammacarcinoompatiënten in de eerste lijn vaker preventieve onderzoeken ondergingen, zoals cervixcytologie (gecorrigeerde oddsratio (OR) 2,90; 95%-BI 1,05 tot 8,04; $p = 0,040$) en colonoscopie (gecorrigeerde OR 2,99; 95%-BI 1,5 tot 8,51; $p = 0,041$).²² Eerstelijnszorgverleners hielpen vaker bij leefstijl-



Het is nog onduidelijk in hoeverre oncologische zorg een integraal onderdeel van de Nederlandse huisartsenzorg kan worden.

Foto: ANP

veranderingen bij coloncarcinoompatiënten (83% versus 63%; $p = 0,015$), een verschil dat de onderzoekers niet bij mammacarcinoompatiënten vonden.^{21,25}

Kosten

De kosten van eerstelijnszorg waren in alle geïncludeerde onderzoeken lager dan die van tweedelijnszorg [**online tabel 3**].^{13,15,20,23} In de 2 gerandomiseerde onderzoeken betrof dit een kosteneffectiviteitsanalyse en in de observationele onderzoeken ging het om een totale kostenanalyse. Het verschil werd vooral bepaald door een verschil in de kosten voor het consult van de huisarts versus die voor een consult van de specialist. Uitgangspunt in alle onderzoeken was een gelijk controleschema in de eerste en tweede lijn, zodat daardoor geen verschillen in kosten zijn te verwachten.

BESCHOUWING

In deze review vonden we vergelijkbare effecten van eerste- versus tweedelijnszorg op klinische en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten na kanker. Die wijzen erop dat de kwaliteit van oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts vergelijkbaar is met die van de zorg door de specialist. De kosten van de zorg in de eerste lijn waren lager. De gehoopte positieve effecten op de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid zagen we echter nauwelijks terug. Nu het aantal patiënten met kanker toeneemt, is het belang-

rijk om te onderzoeken of we de druk op de dure tweede lijn kunnen verminderen. Een recente cochrane review onderzocht enkele alternatieven voor tweedelijnszorg na kanker (zoals de nacontroles en nazorg door een huisarts of verpleegkundige).¹¹ Deze cochrane review liet weinig tot geen effecten zien op uitkomstmaten als overleving en kwaliteit van leven, maar het aantal onderzoeken was beperkt en de bewijskracht laag. De resultaten van ons onderzoek onderschrijven die van de cochrane review. Wij beschrijven bovendien extra uitkomstmaten die samenhangen met de inhoud en kwaliteit van de oncologische zorg. De resultaten tezamen wijzen erop dat oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts op zijn minst vergelijkbare uitkomsten biedt als de zorg door de specialist, en resulteert in lagere zorgkosten. De meeste onderzoeken (waaronder alle gerandomiseerde trials) vonden plaats in landen waarin de organisatie van de eerstelijnszorg vergelijkbaar is met die in Nederland, zoals het Verenigd Koninkrijk, Canada, Noorwegen en Australië. De resultaten zijn dan ook toepasbaar op de Nederlandse situatie.

In hoeverre er ook voldoende capaciteit en draagvlak zijn voor de oncologische zorg in de eerste lijn, hangt af van de context.⁵ Barrières voor oncologische zorg in de eerste lijn, zoals tijd, expertise, werkdruk, IT-ondersteuning en financiën, zijn al vaker beschreven.⁶ Nederlandse patiënten, huisartsen en specialisten denken bovendien wisselend over het idee om de huisarts bij oncologische zorg een centralere rol te geven.^{7,9}

Dat er ruimte is voor verbeteringen in de huidige oncologische zorg wordt echter ook onderschreven, waarmee verder onderzoek op Nederlandse bodem gerechtvaardigd is. In 2015 is daarom het I CARE-onderzoek in Nederland van start gegaan, waarbij huisartsen oncologische nacontroles en nazorg voor coloncarcinoompatiënten leveren. In de vergelijkbare PROSPEC-trial is de zorg voor prostaatankerpatiënten gerandomiseerd tussen huisarts en uroloog. Een onlangs verschenen proefschrift sluit hier verder op aan. Daarin werd een grotere betrokkenheid van de eerste lijn na de diagnose en tijdens de behandeling van kanker onderzocht en bepleit.²⁹

Onze review onderscheidt zich van eerder literatuuronderzoek doordat we ons exclusief richten op de huisarts en vergelijkbare professies. Omdat we een brede zoekstrategie en inclusiecriteria hanteren, kunnen we een uitgebreid overzicht van de beschikbare literatuur geven. Het risico op bias was vaak inherent aan de observationele aard van de geïnccludeerde onderzoeken. Patiënten die de nacontroles en nazorg in de eerste lijn kregen waren vaker ouder of hadden prognostisch gunstigere tumoren dan patiënten in de tweede lijn.^{20,21,24-28} Hierbij lijkt een selectie van patiënten op te treden. Deze vorm van *selection by indication* is mogelijk te wijten aan de voorkeuren van patiënten, huisartsen en specialisten bij bepaalde kenmerken, zoals een prognostisch ongunstige tumor. Deze factoren kunnen de resultaten beïnvloeden. Aangezien de meeste onderzoeken niet zijn opgezet om een verschil in klinische uitkomstmaten aan te tonen, zoals overleving of aantal recidieven, blijft het lastig om een definitieve conclusie over deze uitkomstmaten te trekken. Een meta-analyse was niet mogelijk vanwege onderzoeksheterogeniteit, maar het alternatief – een narratieve synthese – leverde geen belangrijke verschillen tussen eerste- en tweedelijnszorg op, conform eerdere literatuuronderzoeken.^{11,12} De meeste onderzoeken zijn verricht bij patiënten met mamma- en coloncarcinomen, waarbij het follow-upschema relatief eenvoudig is. Voor deze typen tumoren lijkt eerstelijnszorg een mogelijkheid. Dat betekent nog niet dat de resultaten ook van toepassing zijn op andere vormen van kanker, waarbij vaak complexere en intensievere controles noodzakelijk zijn. De mogelijke voor- en nadelen van eerstelijnszorg na kanker zullen daarom per type tumor goed moeten worden afgewogen. Daarnaast moet ook de rol van de patiënt helder worden gedefinieerd, zodat er meer duidelijkheid ontstaat over de taken en verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van oncologische zorg in de eerste lijn. Andere alternatieven, zoals gedeelde zorg tussen eerste en tweede lijn, en zorg door een verpleegkundig specialist, worden momenteel ook verder onderzocht, maar wezen

er eerder al op dat de kwaliteit ten minste even groot is als bij louter specialistische nazorg.³⁰

CONCLUSIE

Het NHG-Standpunt Oncologie stelt dat oncologische nacontroles en nazorg onder bepaalde voorwaarden een onderdeel kunnen zijn van de Nederlandse huisartsenzorg, mits hier voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor is. Dit literatuuronderzoek geeft een uitgebreid overzicht van de uitkomsten van oncologische nacontroles en nazorg in de eerste en tweede lijn. Hiermee lijkt de kwaliteit van deze oncologische zorg door de huisarts vergelijkbaar met die door de specialist, terwijl deze resulteert in lagere kosten. De gehoopte positieve effecten op het welzijn zijn echter minder duidelijk. Het trekken van een definitieve conclusie wordt belemmerd door onderzoeksheterogeniteit en de omvang. Op basis van deze resultaten kan eerstelijnszorg na kanker in een aantal gevallen, zoals bij mamma- en coloncarcinoom, als alternatief voor zorg door de specialist worden overwogen. De eerstelijnszorg na kanker zal de werkdruk voor de huisarts echter ook vergroten. Daarnaast moet er voldoende draagvlak onder patiënten en zorgverleners zijn. In hoeverre deze oncologische zorg daarom een integraal onderdeel van de Nederlandse huisartsenzorg kan worden, moet blijken uit onderzoek van eigen bodem, met afstemming van patiënt- en huisartsorganisaties, en met heldere randvoorwaarden. ■

LITERATUUR

1. Integraal Kanker Centrum Nederland. <https://iknl.nl>, geraadpleegd op 28 november 2020.
2. Duineveld LA, Molthof H, Wieldraaijer T, et al. General practitioners' involvement during survivorship care of colon cancer in the Netherlands: primary health care utilization during survivorship care of colon cancer, a prospective multicentre cohort study. *Fam Pract* 2019;36:765-70.
3. Kenzik KM. Health care use during cancer survivorship: review of 5 years of evidence. *Cancer* 2019;125:673-80.

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

Vos JAM, Wieldraaijer T, Van Weert HCPM, Van Asselt KM. Oncologische nacontroles en nazorg in eerste versus tweede lijn. *Huisarts Wet* 2021;64(6):10-6. DOI:10.1007/s12445-021-1109-z. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: J.A.M. Vos, promovendus, j.a.m.vos@amsterdamuc.nl; dr. T. Wieldraaijer, huisarts; prof. dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. K.M. van Asselt, senior onderzoeker, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Case-finding voor hepatitis B en C bij patiënten uit risicolanden

Ellen Generaal, Eline van Dulm, Frans Thomas, Wendy van der Veldt, Jan van Bergen, Maria Prins

In de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen staat het advies om in risicolanden geboren patiënten te testen op hepatitis B en C, maar huisartsen doen dit te weinig. In dit onderzoek benoemen de auteurs een aantal barrières en doen ze praktische aanbevelingen ter verbetering van de standaard. Ze pleiten voor betere registratiemogelijkheden om de betreffende patiënten snel te kunnen identificeren.

Infecties met het hepatitis B- en C-virus (HBV en HCV) kunnen levercirrose en hepatocellulair carcinoom veroorzaken, maar blijven vaak onontdekt.¹ Zonder behandeling wordt een acute HBV-infectie bij 5-10% en een acute HCV-infectie bij 50-80% van de volwassen patiënten chronisch.² Van de patiënten met chronische hepatitis B ontwikkelt ongeveer 20% binnen 20 jaar levercirrose, bij hepatitis C is dit 12-30%.²⁻⁴ Beide infecties worden zowel verticaal overgedragen van moeder op kind, als horizontaal binnen gezinnen en instellingen, via seksueel contact

en via medische instrumenten of (injectie)materiaal. In Nederland overlijden jaarlijks ongeveer 500 mensen aan chronische hepatitis B en C en dat is onnodig, want er zijn goede behandelingsmogelijkheden.⁵ Met een combinatietherapie van *direct-acting antivirals* (DAA) geneest > 90% van de patiënten met chronische hepatitis C.^{6,7} En met nucleosideanalogen kan actieve chronische hepatitis B in een inactieve fase worden gebracht, zodat de kans op complicaties en transmissie op lange termijn aanzienlijk afneemt.⁸



Test patiënten die zijn geboren in risicolanden standaard op hepatitis B en C.

Foto: Shutterstock

WAT IS BEKEND?

- In de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen wordt huisartsen geadviseerd actieve case-finding voor hepatitis B en C te overwegen bij patiënten die zijn geboren in risicolanden, maar huisartsen doen dit te weinig.
- Voor hepatitis C zijn goede, kortdurende behandelingen beschikbaar zonder veel bijwerkingen en hepatitis B is goed onder controle te brengen.

WAT IS NIEUW?

- Als barrières voor case-finding noemen huisartsen onder andere onvoldoende bekendheid met de NHG-Standaard, tijdgebrek, onvoldoende registratiemogelijkheden met betrekking tot de migratiegeschiedenis en financiële bezwaren voor de patiënt.
- Praktische aanbevelingen zijn: een lijst van HBV- en HCV-risicolanden opnemen in de NHG-Standaard, de registratiemogelijkheden in het elektronisch patiëntendossier [EPD] uitbreiden en het standaard labformulier uitbreiden met hepatitis B en C.
- Het verdient aanbeveling huisartsen bij te scholen over hepatitis en te ondersteunen bij de bepaling wie en wanneer te testen.

De prevalentie van chronische HBV-infectie in de algemene bevolking van Nederland is ongeveer 0,3% en die van chronische HCV-infectie ongeveer 0,16%.⁹ Voor een gemiddelde huisartsenpraktijk komt dat neer op 6 personen met een chronische HBV-infectie en 3 personen met een chronische HCV-infectie.

De meeste infecties komen voor bij mensen die zijn geboren in risicolanden zoals Suriname, Turkije, Marokko en Polen.^{9,10} De hoge prevalentie in die landen hangt onder andere samen met slechte hygiëne in de zorg, druggebruik met besmette spuiten (met name bij HCV) en de beperkte beschikbaarheid van bijvoorbeeld prenatale HBV-screening bij zwangere vrouwen (in Nederland gebeurt dat sinds 1989). Een groot deel van de ongeveer 13% van de Nederlandse bevolking die elders is geboren, is afkomstig uit risicolanden en er is dus veel voor te zeggen om zich bij de opsporing en behandeling van hepatitis met name op deze bevolkingsgroepen richten.^{10,11}

Case-finding voor HBV en HCV bij mensen met een migratiegeschiedenis is kosteneffectief gebleken.^{12,13} Rotterdams onderzoek liet zien dat 86% van de patiënten met een nieuw gediagnosticeerde chronische HBV-infectie een niet-Nederlandse achtergrond heeft.¹⁴ In een onderzoek onder 709 in Turkije geboren Arnhemmers bleken de prevalenties van chronische HBV-infectie (3,0%) en van antistoffen tegen HCV (0,4%) hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking (anti-HCV 0,06-0,3%).^{9,15} Ook in het recente HELIUS-onderzoek in een Amsterdams multi-etnisch cohort (n = 3000)

bleek de prevalentie van chronische HBV-infectie aanzienlijk hoger bij eerstegeneratie-Amsterdammers met een Ghanese, Turkse of Creools-Surinaamse achtergrond (2-5%) dan bij Amsterdammers die in Nederland waren geboren (0,4%). De prevalentie bij Amsterdammers met een Marokkaanse of Hindoestaans-Surinaamse migratieachtergrond verschilde niet significant van die bij in Nederland geboren Amsterdammers. In het cohort kwamen weinig chronische HCV-infecties voor.¹⁶ De Gezondheidsraad adviseert HBV- en HCV-infecties actief op te sporen via case-finding in de huisartsenpraktijk door mensen te testen die zijn geboren in intermediair- of hoog-endemische gebieden, dat wil zeggen met prevalentiecijfers > 2% voor HBV of HCV.¹⁷ De NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen adviseert patiënten uit risicolanden te testen,¹⁸ maar in de praktijk blijken huisartsen dit niet standaard te doen.¹⁹ Om inzicht te krijgen in de uitvoerbaarheid van de NHG-Standaard hebben we een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder in Amsterdam werkzame huisartsen. We vroegen welke barrières zij ondervonden voor case-finding met hepatitis in deze doelgroepen en welke adviezen ze hadden.

METHODE

In maart en april 2019 namen we bij 10 Amsterdamse huisartsen een semigestructureerd diepte-interview af. In de interviews vroegen we naar barrières op het gebied van kennis, attitude, patiëntfactoren en context, en naar adviezen om deze barrières te verlagen. Onze gerichte, niet-representatieve steekproef omvatte 9 huisartsenpraktijken in Amsterdam-Zuidoost en 1 in Amsterdam-West. We selecteerden deze stadsdelen omdat de huisartsenpraktijken daar relatief veel patiënten hebben die zijn geboren in landen waar hepatitis endemisch is (Turkije, Marokko, Suriname). We benaderden in totaal 13 huisartsen: 5 huisartsen via collega's van de GGD, 6 via de 5 eerder benaderde huisartsen en de interviewer vond er zelf nog 2. Uiteindelijk zagen 3 huisartsen door tijdgebrek af van deelname. Alle interviews werden afgenomen door 1 onderzoeker (FT) aan de hand van een korte vragenlijst, de duur was gemiddeld 20 minuten. De interviewgesprekken werden getranscribeerd en in MAXQDA geanalyseerd met *open coding*, gevolgd door categorisatie naar relevante thema's.

RESULTATEN

Na 7 interviews kwamen er weinig nieuwe inhoudelijke gezichtspunten meer naar voren en werd saturatie bereikt. De huisartsen benoemden 18 barrières en 17 adviezen [**online tabel**], waarvan we hierna de belangrijkste belichten.

Is het mijn taak om op HBV en HCV te testen, en bij wie dan?

De geïnterviewde huisartsen meenden dat ze onvoldoende kennis hadden over de NHG-Standaard. Ze gaven aan niet te weten dat preventief testen op HBV en HCV bij patiënten uit risicolanden tot hun taak en verantwoordelijkheid behoort. Sommigen verkeerden ten onrechte in de veronderstelling dat er in asielzoekerscentra reeds op hepatitis wordt getest. Enke-

len adviseerden te bezien of testen op HBV en HCV bij risicogroepen wel uitvoerbaar is binnen de huisartsenpraktijk en of deze taak niet beter kan worden belegd bij de GGD of het asielzoekerscentrum. Ook vonden ze het aanvragen van tests een grote tijdsinvestering ten opzichte van het feit dat hepatitis in hun huisartsenpraktijk weinig voorkomt. Zij adviseerden de GGD spiegelinformatie te laten verschaffen over hoe vaak HBV- en HCV-tests waren aangevraagd vanuit hun praktijk en hoeveel daarvan positief waren.

Er lijkt behoefte aan verduidelijking van de NHG-Standaard Virushepatitis. De geïnterviewden wisten niet goed aan wie ze de tests moesten aanbieden, mede omdat de standaard geen landenlijst bevat. Ook staat in de standaard niet duidelijk vermeld of testen alleen nodig is bij personen uit hoog-endemische landen of ook bij personen uit intermediair-endemische landen. Daarnaast ontbreekt een advies wanneer te testen op een van beide infecties of op allebei. Een advies was dus een lijst van risicolanden op te nemen in de NHG-Standaard. Andere adviezen betroffen vergroting van het bewustzijn over hepatitis onder huisartsen via bijscholing over de NHG-Standaard, publicaties in tijdschriften voor huisartsen of e-mailalerts bij wijzigingen in NHG-Standaarden.

Hoe pak ik het testen praktisch aan?

De geïnterviewden zeiden dat ze tijdens (de voorbereiding van) het consult vaak te weinig tijd hadden om de voorgeschiedenis van HBV- en HCV-tests en HBV-vaccinaties op te zoeken in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het eerste consult met een nieuwe patiënt leek hen het meest geschikte moment om te testen, maar enkelen waren bang dat het ter sprake brengen van het geboorteland als stigmatiserend kon worden ervaren. Bovendien vonden zij het bezwaarlijk dat een hepatitistest op dat moment niet aansloot bij de hulpvraag van de patiënt. Ze deden de suggestie dat er tijdwinst te behalen zou zijn als in het EPD al een voorselectie was gemaakt van patiënten die in aanmerking komen voor de tests, zodat het bijvoorbeeld een pop-up kon tonen op basis van het land van herkomst.

De beperkte registratiemogelijkheden in de Amsterdamse huisartsenpraktijken werden frequent benoemd als barrière om te testen op hepatitis. Het EPD heeft geen apart registratieveld voor geboorteland, generatiestatus, eerdere testuitslagen en HBV-vaccinatie. Ook werd als nadeel ervaren dat de HBV- en HCV-tests op een apart labformulier moeten worden aangevinkt. Dit zou kunnen leiden tot het advies om het EPD, het labformulier en het registratieformulier voor nieuwe patiënten in die zin aan te passen, voor zover uitvoerbaar om technische en privacyredenen.

Zit mijn patiënt wel op een hepatitistest te wachten?

De voornaamste barrières voor patiënten waren volgens de geïnterviewden de taalbarrière en de kosten van een test, die binnen de ziektekostenverzekering voor rekening van het eigen risico komen. Als andere mogelijke barrières noemden ze angst voor een positieve testuitslag en angst voor het delen van

persoonsgegevens (bij ongedocumenteerden). Om de drempel voor het testen te verlagen, adviseerden ze voorlichting aan de doelgroep over de risico's van hepatitis en de gezondheidswinst bij opsporing en behandeling, en over de vergoedingen voor onverzekerden. Deze voorlichting zou ook buiten de huisartsenpraktijk kunnen worden gegeven, bijvoorbeeld bij ambassades of moskeeën.

BESCHOUWING

Barrières en algemene aanbevelingen

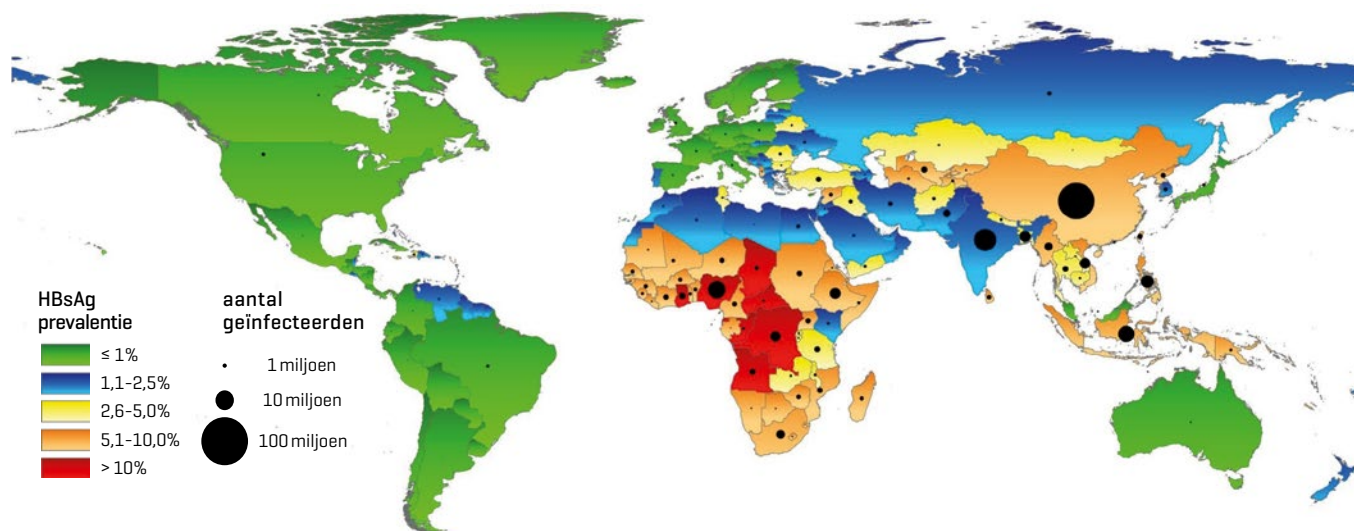
De barrières die de geïnterviewde huisartsen noemden, zijn voor een deel dezelfde als die huisartsen eerder noemden in een onderzoek naar hiv-diagnostiek bij indicatorziekten: reserves ten aanzien van het bespreken van etniciteit, twijfels over de kosteneffectiviteit van tests, hogere urgentie van andere gezondheidsproblemen, tijdgebrek en mismatch met de ingangsvraag van het consult.²⁰ Het lijkt effectief om tests op HBV, HCV en hiv gecombineerd aan te bieden, ook omdat de risicolanden voor deze infecties deels overlappen.^{9,13,21,22} Aangezien de geïnterviewde huisartsen aangaven dat ze twijfelden over de opbrengst aan diagnoses, is het te overwegen een gecombineerd testpakket voor HBV, HCV, hiv en tbc aan te bieden in *hotspot areas* waar deze ziekten veel voorkomen.^{13,19-21}

Praktische aanbevelingen

De geïnterviewde huisartsen deden de suggestie om in de NHG-Standaard een lijst van risicolanden op te nemen, zodat men kan bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor een test op HBV en/of HCV. Ook kunnen de prevalentiekaarten in de standaard worden vernieuwd [figuur 1 en online figuur 2], want er zijn recentere gegevens beschikbaar.^{9,23,24} In 2017 heeft het RIVM een 'hepatitistool' ontwikkeld waarmee men de top 10 risicolanden voor HBV en HCV per GGD regio kan selecteren.¹⁰ Huisartsen kunnen deze tool gebruiken om inzicht te krijgen in de risicopopulatie in hun eigen regio. Geautomatiseerde voorselectie in het EPD van patiënten die in aanmerking komen voor een test op HBV of HCV is problematisch. Het geboorteland wordt momenteel niet geregistreerd als variabele, hooguit aangegeven in het vrije tekstveld. Er zijn digitale alertservices voor huisartsen om bij personen met verhoogde leverwaarden de juiste diagnostische bepalingen aan te vragen, maar het daarin registreren van etniciteit staat ter discussie vanwege 'etnisch profileren'.²⁵⁻²⁷ Daartegenover wordt benadrukt dat er in de huisartsgeneeskunde wel degelijk rekening moet worden gehouden met de etnische achtergrond bij diagnostiek en therapiekeuze.^{28,29} Automatische pop-ups in het EPD op basis van migratiegeschiedenis zouden ook relevant zijn voor andere NHG-Standaarden, bijvoorbeeld voor het testen op diabetes mellitus type 2, het inzetten van bloeddrukverlagende medicatie of het aanbieden van een hiv-test tijdens een soa-consult.²⁹⁻³³ Registratie van etniciteit is geneeskundig wel degelijk van belang omdat de migratiegeschiedenis aantoonbaar een rol speelt bij veel (infectie)ziekten.²⁸⁻³⁴

Figuur 1

Wereldwijde prevalentie van chronische hepatitis B in 2016



Bron: Polaris 2018.²³

Case-finding voor hepatitis B en C een taak van de huisarts?

De huisartsen in ons onderzoek meldden een gebrek aan gevoel van eigenaarschap bij de NHG-Standaard. Toch strookt het advies in de standaard om HBV- en HCV-tests te overwegen bij patiënten uit risicolanden met de uitkomsten van de recente Woudschotenconferentie, waarin 'zorggerelateerde en geïndiceerde preventie' met nadruk tot de kerntaken van de huisartsenzorg wordt gerekend.^{35,36} Kennelijk moeten huisartsen, in het licht van de actuele discussie over overbelasting in de huisartsenpraktijk, beter worden geïnformeerd, betrokken en ondersteund met betrekking tot de kernwaarden van de huisartsenzorg en de plaats van preventie daarin.

Beperkingen van het onderzoek

Dit was een kwalitatief onderzoek binnen een niet-representatieve steekproef van slechts 10 huisartsen die allemaal in Amsterdam werkten. Het zou interessant zijn om een eventueel vervolgonderzoek uit te breiden naar andere regio's, om te zien of er nog nieuwe gezichtspunten bijkomen. De barrières en adviezen die onze geïnterviewden noemden, zijn zeker herkenbaar voor huisartsen in stadswijken waar veel patiënten wonen met een migratieachtergrond. Wij zijn echter van mening dat onze bevindingen over het opsporen van virale hepatitis ook relevant zijn voor huisartsen die veel minder patiënten met een migratiegeschiedenis in hun praktijk hebben.

CONCLUSIE

Huisartsen ervaren diverse barrières bij het uitvoeren van het advies uit de NHG-Standaard Virushepatitis om patiënten geboren in risicolanden standaard te testen op HBV en HCV. We hebben in dit artikel een aantal praktische aanbevelingen

gedaan ter verbetering van de standaard, maar pleiten vooral ook voor betere registratiemogelijkheden om de betreffende patiënten snel te kunnen identificeren. ■

LITERATUUR

1. Perz JE, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol* 2006;45:529-38.
2. Urbanus AT, Van Steenberghe JE. Hepatitis B-virus en hepatitis C-virus screeningsprojecten voor migranten in Nederland: stand van zaken 2014. *Tijdschrift voor Infectieziekten* 2015;10:31-6.
3. Ganem D, Prince AM. Hepatitis B virus infection: natural history and clinical consequences. *N Engl J Med* 2004;350:1118-29.

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

Generaal E, Van Dulm E, Thomas F, Van der Veldt W, Van Bergen JE, Prins M. Case-finding voor hepatitis B en C bij patiënten uit risicolanden. *Huisarts Wet* 2021;64(6):17-22. DOI:10.1007/s12445-021-1140-0.
GGD Amsterdam, afdeling Infectieziekten Onderzoek en Preventie-ontwikkeling; dr. E. Generaal, postdoctoraal onderzoeker, egeneraal@ggd.amsterdam.nl; E. van Dulm, teamleider bron- en contactonderzoek; F. Thomas, stagiair; W. van der Veldt, onderzoeker. Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam Institute for Infection and Immunity, Amsterdam; prof. dr. M. Prins, hoogleraar Publieke Gezondheid en Epidemiologie van infectieziekten [tevens GGD Amsterdam]. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, prof. dr. J.E.A.M. van Bergen, bijzonder hoogleraar Hiv en soa in de eerste lijn [tevens Soa Aids Nederland].
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten

Paul Giesen, Marleen Smits, Wim Verstappen, Jojanneke Kant, Alja Sluiter, Martijn Rutten

Rond de eeuwwisseling ontstonden in Nederland huisartsenposten (HAP's). Aanvankelijk reageerden patiënten, media, politiek en sommige huisartsen kritisch, wat de HAP's aanzette tot verregaande kwaliteitsontwikkeling. We beschrijven het ontstaan en de organisatie van HAP's, en gaan dieper in op thema's als ervaringen van huisartsen, zorgconsumptie, triage, veiligheid en ketensamenwerking.

De eerste grootschalige huisartsenposten (HAP's) ontstonden tussen 1996 en 1999 in Rotterdam en later in Nijmegen, Groningen, Enschede en Maastricht. Ze vormden het antwoord op de vele knelpunten in de kleinschalige waarneemgroepen, zoals hoge werkdruk en afnemende motivatie voor het dienstdoen. Daarnaast was de kwaliteit van die waarneemgroepen gebrekkig, wat mede kwam door onvoldoende financiering en

personele en materiële ondersteuning. De HAP's vormden ook het antwoord op de toenemende vraag naar parttime werken en een betere scheiding van werk- en privéleven.¹⁻⁴ Ten slotte steeg het aantal 112-meldingen en SEH-zelfverwijzers al jaren – een trend die de komst van de HAP met een sterke rol voor de huisarts poogde te doorbreken.^{1,5-6}

Huisartsen richtten de meeste HAP-coöperaties zelf op en financierden deze door een bijdrage per praktijk. De HAP's leerden van elkaar door ervaringen uit te wisselen en evaluatie en onderzoek uit te voeren.⁷⁻¹⁰ Ook staken ze hun licht op bij parallelle ontwikkelingen in vooral het Verenigd Koninkrijk en Denemarken.¹¹⁻¹⁴ Dankzij dit unieke leerproces werden de beste elementen gecombineerd en groeiden de HAP's uit tot 1 uniform organisatie-model met regionale varianten. Na een succesvolle demonstratie in Den Haag lukte het de huisartsen



Huisartsen zijn tevreden over de organisatie en de geleverde zorg op de HAP.

Foto: ANP

DE KERN

- Huisartsenposten (HAP's) blijken een succes wat betreft de ontwikkeling van de organisatie, kwaliteit, en veiligheid van de huisartsenspoedzorg.
- Ongeveer 70% van de HAP's deelt een locatie met de SEH, waar 80% van de zelfverwijzers door de HAP wordt behandeld.
- Er zijn zeker nog verbetermogelijkheden, maar huisartsen zijn tevreden over de organisatie en de geleverde zorg op de HAP.

in 2000 om erkenning en financiering van de HAP's te krijgen, waarna de HAP's als paddenstoelen uit de grond schoten. Het HAP-organisatiemodel is sinds 2000 niet meer wezenlijk veranderd [kader].

EFFECTEN VAN HET HAP-MODEL OP HUISARTSEN

De HAP's hadden in de beginjaren een positief effect op de ervaringen, de werkdruk en het privéleven van de huisartsen. Het gemiddelde aantal diensturen verminderde van 19 uur in waarneemgroepen naar 4 uur per week op de HAP.^{3,5,6} De huisartsen kregen organisatorische ondersteuning en randvoorwaarden, zoals salaris, personeel, ingerichte spreekkamers, spoedauto's, planning en ICT-ondersteuning.^{3-6,15-17} Tijdens hun diensten werkten de huisartsen minder als solist en meer in teamverband met triagisten, chauffeurs en verpleegkundig specialisten.^{3-6,18,19} Belangrijk is dat de huisartsen zich verantwoordelijk voelden voor een ongedeelde 24 uur spoedzorg.⁵⁻⁶ Uit herhaald onderzoek kwam naar voren dat 80% van de huisartsen tevreden was met de HAP als organisatiemodel en de geleverde kwaliteit.^{3,5,6} De meerderheid (83%) wilde niet terug naar de waarneemgroep of stoppen met de 24 uren beschikbaarheid.^{5,6} De huisartsen deden de meeste diensten zelf: 10-25% van de diensten werd uitbesteed, waarvan de helft nachtdiensten.²⁰

Toch bleef een deel van de huisartsen ontevreden over de werkdruk, 'onterechte' zorgconsumptie, te hoge urgenties, gebrek aan feedback en matige samenwerking met ketenpartners.²⁰ Daarnaast rapporteerden sommige huisartsen over de keerzijde van grootschalige HAP's, zoals gevoelens van lage betrokkenheid, anonimiteit en verlies van professionele autonomie door dwingende protocollen.²¹⁻²³ Ten slotte waren er klachten over belastende nachtdiensten, waarbij er tussen waarnemers en praktijkhouders ook discussie was over passende tarieven voor deze diensten.²³

ZORGCONSUMPTIE

Algemeen wordt aangenomen dat de zorgconsumptie op de HAP 'almaar toeneemt'. Uit onderzoek blijkt de contactfrequentie echter al 10 jaar rond 250 per 1000 patiënten per jaar te schommelen [figuur].²⁴⁻²⁶

Wel stijgt het percentage telefonische consulten (ongeveer

40%) licht en neemt het aantal consulten (rond 50%) en visites (circa 10%) iets af.²⁴⁻²⁶ De HAP-contacten betreffen vooral kinderen jonger dan 5 jaar en volwassenen ouder dan 65 jaar.²⁶ In de beginfase van de HAP ging het vooral om patiënten met infectieuze aandoeningen, maar tegenwoordig betreft het vooral patiënten met trauma's.^{10,26} Deze verschuiving kunnen we onder andere verklaren door de substitutie van zelfverwijzers met trauma's van de SEH naar de HAP.²⁷⁻²⁹

De redenen waarom patiënten contact met de HAP zoeken hangen vooral samen met onrust, 'een gevoel van spoed' en ervaren pijn.³⁰ Andere (beïnvloedbare) redenen vormen de beperkte bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen huisartsenpraktijk.³¹ Omdat huisartsen zich ergeren aan de vele 'onnodige' (U4- en U5-)contacten, zijn maatregelen getroffen, zoals het tijdens de triage inplannen van een afspraak in de agenda van de dagpraktijk.³²⁻³³ We weten echter niet hoe effectief deze maatregelen zijn. Online voorlichting met bijvoorbeeld Thuisarts.nl blijkt de zorgconsumptie wel te verminderen.³⁴ Ook leidt het gebruik van een voorlichtingsboekje bij kinderen met koorts tot minder consulten en minder antibioticagebruik op de HAP.³⁵

TRIAGE

In de beginjaren van de HAP's waren er veel kinderziekten en werden er calamiteiten gerapporteerd vanwege problemen met de urgentie-inschatting bij triage, te afhoudend gedrag van de HAP en het gemis van het elektronisch patiëntendos-

KENMERKEN VAN 118 HUISARTSENPOSTEN IN NEDERLAND^{5-10,15-17}

- 75% van de HAP's deelt een locatie met de SEH
- Toegankelijk via 1 regionaal telefoonnummer
- Open van 's middags 17:00 uur tot ochtends 08:00 uur, het hele weekend en tijdens feestdagen
- Grootschalige populaties van 100.000 tot 600.000 patiënten in een straal van 20 tot 30 kilometer
- Herkenbare visiteauto's met getrainde chauffeurs en uitrusting [bijvoorbeeld zuurstof, infuus, medicatie, hechtsets, kathetersets, AED]; in sommige regio's ook het gebruik van optische en akoestische signalen
- ICT-ondersteuning, zoals elektronisch patiëntendossier, elektronische berichtgeving naar de eigen huisarts en online verbinding met de visiteauto
- Getrainde triagisten doen telefonische en fysieke triage met de NTS en werken onder supervisie van een regiearts
- Gemiddeld 4 uur per week per fte huisarts en dienstduur ongeveer 5 tot 9 uur
- Meestal coöperatie als juridische vorm, waarbij huisartsen in hoge mate het beleid kunnen bepalen
- Management en bureaumedewerkers zorgen voor beleidsuitvoering, organisatie, kwaliteitsontwikkeling en kwaliteitsbewaking

sier (EPD).³⁶⁻³⁸ Om die redenen werd de Nederlandse Triage Standaard (NTS) ontwikkeld en ingevoerd. Recent onderzoek toont aan dat de NTS een betrouwbaar en valide systeem is.³⁹ De NTS blijkt ook als ketentriagesysteem goed te voldoen, want de urgentie-inschattingen van triagisten van de HAP, SEH en meldkamer ambulancezorg (MKA) komen in hoge mate overeen.³⁹ Uit ander onderzoek komt naar voren dat een betere medische en communicatieve kwaliteit leidt tot juistere triagebeslissingen.^{40,41} Om de kwaliteit en veiligheid te bevorderen, is er een verplichte landelijke triageopleiding en worden triage-audiocontacten jaarlijks beoordeeld met een gevalideerd observatie-instrument (de KERNset).⁴² Ten slotte worden triagisten gesuperviseerd door regieartsen.⁴³ De combinatie van de genoemde maatregelen draagt bij aan een goede kwaliteit en veiligheid van de triage en tevredenheid onder patiënten.^{16,17,44}

Toch klinkt er de laatste jaren ook kritiek: de triage met de NTS zou tot te hoge urgenties en te veel 'onnodige' consulten leiden. Inderdaad is de gemiddelde urgentie in de loop der jaren toegenomen, maar uit recent onderzoek van het Nivel blijkt dat deze weer is afgenomen en er minder U3- en meer U4- en U5-contacten plaatsvinden. Het aantal U1- en U2-contacten is gelijk gebleven. De percentuele verdeling is nu: 2% U1, 17% U2, 39% U3, 14% U4 en 28% U5.²⁶

Ten slotte laat onderzoek naar 'onnodige' consulten zien dat consultartsen ongeveer 70% van de consulten achteraf als medisch noodzakelijk, 20% als invoelbaar en slechts 10% als medisch onnodig en/of niet invoelbaar beschouwen – een compliment voor triagisten.⁴⁵

VEILIGHEID

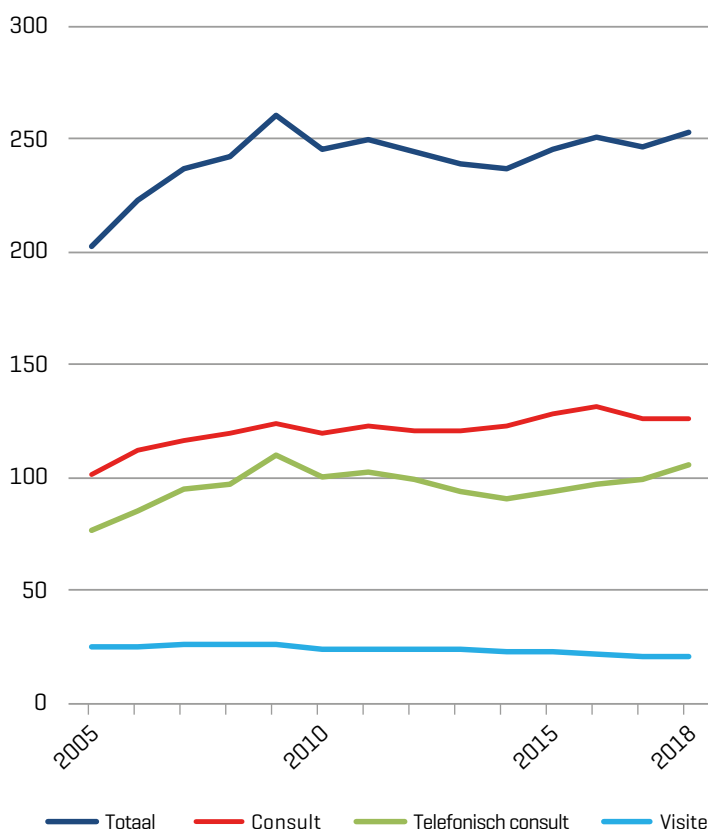
Patiëntveiligheid op de HAP staat hoog in het vaandel en het creëren van een positieve veiligheidscultuur, bijvoorbeeld door calamiteitenbesprekingen en feedback op elkaars handelen, is een voorwaarde voor veilige zorg. Huisartsen en triagisten blijken een positieve veiligheidscultuur te ervaren; triagisten en oudere, meer ervaren huisartsen staan hier positiever tegenover dan jongere huisartsen.⁴⁶

Als er op de HAP een calamiteit plaatsvindt, dan wordt deze verplicht bij de inspectie (IGJ) gemeld. In 2014 en ook recentelijk vond een analyse van deze calamiteiten plaats.^{47,48} Hierbij was er bij 6 op de 100.000 contacten sprake van een calamiteit. Risicofactoren betroffen vooral herhaalde contacten met de HAP of huisartsenpraktijk en nachtelijke contacten. De calamiteiten waren grotendeels (70%) gerelateerd aan het medisch-inhoudelijke handelen en betroffen in afnemende volgorde een gemist hartinfarct, een CVA, aneurysma, sepsis en longembolie. Voor het beter herkennen van deze ziektebeelden worden scholing en meer mogelijkheden tot aanvullende diagnostiek geadviseerd.^{47,48}

Ten slotte wordt gepoogd de veiligheid te verbeteren door de inbreng van meer expertise. Hiervoor is in 2015 de NHG-kaderopleiding Huisarts en spoedzorg gestart, die wordt verzorgd door het Erasmus MC en Radboudumc. Inmiddels dragen ongeveer 60 kaderhuisartsen bij aan scholing, veilig-

Figuur

Aantal contacten met de huisartsenpost per 1000 inwoners in de jaren 2005-2019



heid, richtlijnontwikkeling, beleidsondersteuning en ketensamenwerking.⁴⁹

KETENSAMENWERKING HAP EN SEH

Driekwart van de HAP's deelt een locatie met de SEH, waarbij de HAP's zelfverwijzers opvangen die voorheen naar de SEH gingen. Ongeveer 80% van deze zelfverwijzers wordt kosteneffectief, doelmatig en veilig door de HAP behandeld.^{28-32,50,51} Bij rechtstreekse toegang tot röntgendiagnostiek ligt dit percentage nog hoger en neemt de druk op de SEH verder af. Helaas was toegang tot röntgendiagnostiek in 2017 beperkt tot slechts 20 HAP's.⁵²

Door de verbeterde poortwachtersfunctie is het aandeel van patiënten op de SEH die door de huisarts of HAP werden verwezen, sterk toegenomen (7,8% in 2012 naar 50,3% in 2015).^{53,54} De verwezen patiënten betreffen echter wel een andere populatie dan voorheen, want ze hebben meer chronische en complexere aandoeningen. Toch zijn er signalen vanuit de SEH's dat huisartsen en HAP's te veel onnodig verwijzen, waardoor de werkdruk op de SEH's nog verder toeneemt.^{53,54} Voor de toekomst dienen HAP's rekening te houden met ontwikkelingen bij de SEH's: in 1984 waren er 128 SEH's, in 2018 resteerden er 89.⁵⁵ Het zullen er nog minder worden, waarbij de overgebleven SEH's wel groter zijn, met continu aanwezige

SEH-artsen en specialisten. Ook zien we een toenemende taakverdeling tussen ziekenhuizen, waarbij een beperkt aantal gespecialiseerde ziekenhuizen zich richt op levensbedreigende aandoeningen, zoals hartinfarcten, CVA's, aneurysma's en ernstige trauma's.⁵⁶ Dit alles vergroot de kans op betere kwaliteit en samenwerking, hoewel de grotere afstanden wel een keerzijde vormen.⁵⁶

KETENSAMENWERKING HAP EN AMBULANCEHULPVERLENING

De druk op de ambulancezorg is de laatste jaren vergroot door de grotere afstanden, maar ook door het toegenomen aantal 112-meldingen en verwijzingen via de huisarts of HAP. Hierbij worden de meeste U1-meldingen van HAP's direct telefonisch 'doorgezet' naar de ambulancedienst.^{57,58} Uit onderzoek in 1 HAP-regio blijkt dat bij ongeveer 40% van deze U1-meldingen achteraf sprake was van overtriage en dat de betreffende patiënten ook geholpen zouden zijn met huisartsvisite.⁵⁸ Ook blijkt uit onderzoek dat 40% van de 112-bellers meer baat heeft bij huisartsenzorg.⁵⁸ Mogelijk dat een gedeelde locatie van de MKA en HAP kan leiden tot een doelmatiger inzet bij U1- en 112-meldingen, en minder druk op de ambulancezorg.



Lees ook het artikel 'Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten' van Giesen PHJ, Kant J, Sluiter A, Verstappen W, Rutten M. *Huisarts Wet* 2021;64(6):27-8. DOI:10.1007/s12445-021-1134-y.

CONCLUSIE

Na 20 jaar kunnen huisartsen en HAP's met gepaste trots terugkijken op wat er is bereikt. De HAP's zijn goed doortimmerde organisaties en samen met triagisten, chauffeurs en andere medewerkers leveren huisartsen een goede kwaliteit van zorg. Onze HAP staat model voor andere Europese landen die met problemen kampen die in Nederland al ver achter ons liggen. Toch blijven continue innovatie en kwaliteitsverbetering noodzakelijk, om ook de komende 20 jaar hoogstaande HAP-spoedzorg te kunnen leveren. ■

LITERATUUR

1. Mokkink HGA, Van den Bergh ETAM. Als elke seconde knelt. Een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen. *Huisarts Wet* 1997;40:576-80.
2. Giesen PHJ, Haandrikman LGR, Broens S, Schreuder JLM, Mokkink HGA. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
3. Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, De Haan J, Grol R. Tevreden over diensten. *Med Contact* 2002;57:1657-60.

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

Giesen PHJ, Smits M, Verstappen W, Kant J, Sluiter A, Rutten M. De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64(6):23-6. DOI:10.1007/s12445-021-1135-x. Radboudumc, Scientific Center for Quality of Healthcare (IQhealth-care), Nijmegen: dr. P.H.J. Giesen, huisarts en senior onderzoeker, paul.giesen@radboudumc.nl; dr. M. Smits, postdoc-onderzoeker. Weert: dr. W. Verstappen, huisarts. Den Haag: J. Kant, kaderhuisarts Spoedzorg, waarnemend huisarts. Huisartsencoöperatie Medicamus, Harderwijk: A. Sluiter, kaderhuisarts Spoedzorg, medisch directeur. UCG Heyendaal, Nijmegen: dr. M. Rutten: kaderhuisarts Spoedzorg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten

Paul Giesen, Jozanneke Kant, Alja Sluiter, Wim Verstappen, Martijn Rutten

Rond 2000 ontstonden in Nederland huisartsenposten (HAP's). Huisartsen hebben op de laatste Woudschotenconferentie 2019 opnieuw bevestigd dat 24 uur spoedzorg tot hun kerntaken behoort. Om dit te kunnen waarmaken en de huidige 118 HAP's toekomstbestendig te houden zijn er dan wel aanzienlijke vernieuwingen nodig en is onderzoek naar de meerwaarde hiervan aangewezen. Bijvoorbeeld op het gebied van triage en zelfzorg, diagnostiek en de inzet van expertise, werkdrukregulatie, en samenwerking met de ambulancehulpverlening en spoedeisende hulp.

Triage en zelfzorg

Binnen huisartsenposten (HAP's) valt er nog het een en ander te winnen op het gebied van triage en zelfzorg. De triage is van goede kwaliteit, maar kan verder worden verbeterd door het gebruik van 1 actueel patiëntendossier (EPD), dat wordt gedeeld met de dagpraktijk en ketenpartners.^{1,2} Ook zou een vaste groep, continu aanwezige, getrainde en ervaren regieartsen triagisten kunnen ondersteunen.³ Volgens ons sluiten regieartsen met hun diagnostische, contextuele en epidemiologische kennis aan op het urgentiegericht denken van triagisten. Hiermee ontstaat een veiliger en doelmatiger triage die onnodige inzet van huisartsen en ambulances kan voorkomen.³ Ten slotte kunnen zelftriage, videotriage en e-consultaties een deel van de consulten en visites vervangen en ook worden ingezet om zelfzorg te bevorderen.^{4,5} Met herhaalde persoonsgerichte voorlichting is dan zowel op de HAP als in de huisartsenpraktijk aan te sturen op zelfzorg en zelfredzaamheid van de patiënt.^{1,2,6,7} Ook door optimalisatie van de bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwalitatief goede spoedzorg in de dagpraktijk, is contact met de HAP deels te voorkomen.⁸

Diagnostiek en expertise

Om de diagnostiek op de HAP te ondersteunen en de veiligheid en doelmatigheid van de zorg te verbeteren kunnen klinische beslisregels meer worden ingezet.⁹ het bekendste voorbeeld is de Wells-score, maar er zijn meer bruikbare beslisregels, zoals de National Early Warning Score (NEWS), om ernstig zieke patiënten vroegtijdig te detecteren en de Marburg Heartscore, waarmee een hartinfarct kan worden uitgesloten.¹⁰⁻¹² Het is dan wel nodig om deze beslisregels voor HAP's te valideren en aan te passen. Daarnaast kan *point-of-care* (POCT) laboratoriumdiagnostiek de kwaliteit en veiligheid verbeteren.¹³ HAP's dienen ook rechtstreeks toegang te krijgen tot rönt-

gendiagnostiek, want uit onderzoek blijkt daarmee het aantal onnodige verwijzingen naar de SEH af te nemen.¹⁴ De waarde van echografie voor de HAP moet nog worden onderzocht. Voor de dagpraktijk lijkt echografie in elk geval een veelbelovende innovatie, omdat deze in meer dan de helft van de gevallen leidt tot veranderingen in diagnose en beleid, en tot minder verwijzingen.¹⁵⁻¹⁷ Meer inbreng van expertise kan ook bijdragen aan de kwaliteit van de spoedzorg. Zo zouden NHG-kaderhuisartsen Spoedzorg bij de HAP in dienst kunnen gaan, om op vaste tijden diensten te draaien. Bij twijfel, een niet-pluisgevoel of zeldzame ziektebeelden zijn ze dan beschikbaar voor (digitale) meekijkconsulten op de HAP.¹⁸⁻¹⁹ Ook kunnen meekijkconsulten door andere dienstdoende huisartsen de kwaliteit en het werkplezier vergroten. Ten slotte kan systematische feedback van de eigen huisarts op het medisch handelen van de dienstdoende huisarts de 'leercirkel' helpen verbeteren.

Werkdrukregulatie en meer werkplezier

In het algemeen kan de werkdruk van huisartsen worden geoptimaliseerd door de triage en ketensamenwerking te verbeteren. Meer teamwerk door de inzet van verpleegkundig specialisten en een spreekuur van assistentes en basisartsen kunnen eveneens de druk verminderen en het werkplezier vergroten.²⁰⁻²¹

De nachtdiensten vormen een probleem, want dan zijn er weinig patiëntcontacten, terwijl relatief veel hulpverleners in de spoedketen paraat zijn. Dat is inefficiënt en relatief kostbaar. Bovendien zijn nachtdiensten ontregelend en belastend. Daarom is het goed om vooral de inzet van huisartsen in de nacht te beperken, bijvoorbeeld door sommige HAP's 's nachts te sluiten. Dan neemt de afstand tot de patiënt weliswaar toe, maar dat kan in nauwe afstemming met de ambulancedienst worden ondervangen.

Op spoedposten is het aantal huisartsen in de nacht ook te beperken door bij grote drukte of tijdelijke afwezigheid vanwege een visite een SEH-arts of -verpleegkundige in te zetten bij hoogurgente consultpatiënten.

Ten slotte vormt de dienstbelasting in dunbevolkte gebieden een probleem vanwege het grote aantal diensturen. Met 190 uur dienst is dat soms wel het dubbele aantal uren van het landelijk gemiddelde.²² De diensten zijn volgens ons een gezamenlijke verantwoordelijkheid van praktijkhouders en waarnemend huisartsen. Hierbij kan de inzet van waarnemend huisartsen de (nachtelijke) dienstbelasting van praktijkhouders verkleinen en hun motivatie en werkplezier vergroten.²³

Samenwerking ambulancezorg

Ambulancezorg Nederland (AZN) en VWS zijn gestart met het opzetten van Zorg Coördinatie Centra (ZCC), waar de triage voor alle spoedzorgketenpartners plaatsvindt.²⁴ Op deze zorgmeldkamers verrichten triagisten van de HAP, ambulancedienst, thuiszorg en de ggz 24 uur per dag multidisciplinaire triage. Dat zou ervoor moeten zorgen dat zoveel mogelijk meteen de juiste hulpverlener wordt ingezet. Volledige dossierinzage, een getrainde regiearts voor consultatie en supervisie, inzicht in de beschikbare regionale capaciteit van visiteauto's, ambulances, en ziekenhuis- en eerstelijnsverblijfsbedden dragen hieraan bij. Voor patiënten is er dan per regio 1 loket, waar ze zich digitaal of telefonisch kunnen melden. Tijdens de praktijken kunnen ze met de eigen huisarts overleggen. Ook hier is het uitgangspunt dat de eigen huisarts bij niet-levensbedreigende spoed het eerste aanspreekpunt is.

Op de zorgmeldkamer wordt de Nederlandse Triage Standard (NTS) gebruikt. Deze blijkt een valide en betrouwbaar systeem voor de triage van zowel kinderen als volwassenen.²⁵ Ze is geschikt voor alle ketenpartners en uit recent onderzoek blijkt dat de urgentie-inschattingen van HAP-, ambulance- en SEH-triagisten in hoge mate overeenkomen.²⁵

Het idee voor ZCC klinkt aantrekkelijk. Het wordt dan nog wel een uitdaging om de verschillende bedrijfsculturen en belangen te overstijgen. Volgens ons is het een eenvoudiger optie om aan te sluiten bij de actuele ontwikkelingen, waarbij HAP's hun triageposten opschalen en er een gedeelde locatie ontstaat met de triage van de thuiszorg, specialist ouderengeneeskunde en ggz. Triagisten van de meldkamer kunnen daarbij dan (eventueel virtueel) aanschuiven.

Samenwerking met SEH op de spoedpost

Per regio zal bekeken moeten worden of de bestaande SEH kan worden behouden of dat de regio meer geschikt is voor een volledig geïntegreerde 24 uursspoedpost, conform het voorstel in houtskoolschets, waarbij huisarts, specialist, ggz, thuiszorg en specialist ouderengeneeskunde fysiek samenwerken.^{26,27} Dan moet er behalve voor preventie van de instroom ook aandacht zijn voor het optimaliseren van de uitstroom, door bijvoorbeeld directe beschikbaarheid van eerstelijnsverblijven en thuiszorg.

CONCLUSIE

Op de laatste Woudschotenconferentie in 2019 gaven huisartsen aan dat ze 24 uursspoedzorg willen blijven leveren.²⁸ Om dit waar te maken zijn vanuit onze ervaring en vanuit wat wij hierover signaleren in de literatuur wel aanzienlijke innovaties nodig.

Er is op veel punten winst te boeken. Om deze innovaties en ontwikkelingen te onderbouwen moet ook meer worden geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld naar de rol van regieartsen, klinische beslisregels, aanvullend diagnostiek, de waarde van feedback en de kwaliteit van verwijzingen. HAP's en landelijke koepels als InEen, LHV en NHG kunnen bij de innovaties een ondersteunende, voorwaardescheppende rol spelen. De inbreng van huisartsen met creativiteit, slagvaardigheid en leiderschap is daarbij zeer noodzakelijk en gewenst. ■

LITERATUUR

1. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2011;155:108-13.
2. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2017;166:737-42.
3. Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts. *Med Contact* 2007;69:371-3.

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



Lees ook het artikel 'De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten' van Giesen PHJ, Smits M, Verstappen W, Kant J, Sluiter A, Rutten M. *Huisarts Wet* 2021;64[6]:23-6. DOI:10.1007/s12445-021-1135-x.

Giesen PHJ, Kant J, Sluiter A, Verstappen W, Rutten M. Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64[6]:27-8. DOI:10.1007/s12445-021-1134-y. Radboudumc, Scientific Center for Quality of Healthcare (IQHealthcare), Nijmegen: dr. P.H.J. Giesen, huisarts en senior onderzoeker, paul.giesen@radboudumc.nl. Den Haag: J. Kant, kaderhuisarts Spoedzorg, waarnemend huisarts. Huisartsencoöperatie Medicamus, Harderwijk: A. Sluiter, kaderhuisarts Spoedzorg, medisch directeur. Weert: dr. W. Verstappen, huisarts (niet praktiserend). UCG Heyendaal, Nijmegen: dr. M. Rutten, kaderhuisarts Spoedzorg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Houd plots ontstane mouches volantes goed in het oog!

Elise Declerck, Niels Crama, Floris van de Laar

In de oogartsenpraktijk is gebleken dat glasvochttroebelingen (mouches volantes) een sterkere associatie hebben met retinadefecten dan lichtflitsen. In dit dossieronderzoek vonden wij dat dit waarschijnlijk ook geldt voor de huisartsenpraktijk. Daarom zouden plots ontstane mouches volantes meer urgentie verdienen dan ze momenteel krijgen in de NHG-Standaard Visusklachten. Mouches volantes zonder flitsen zijn geen geruststellend symptoom!

Een netvliesloslating ontstaat meestal door een retinadefect ten gevolge van een glasvochtmembraanloslating. De incidentie in Nederland is 18 per 100.000 inwoners per jaar.¹ Om schade aan het netvlies te voorkomen of in ieder geval te beperken, is het belangrijk dat de symptomen van een glasvochtmembraanloslating tijdig herkend worden. De NHG-Standaard Visusklachten noemt als alarmsymptomen voor een spoedverwijzing naar de oogarts met name visusdaling, lichtflitsen en gezichtsvelduitval.² In de oogartspraktijk is echter uit onderzoek gebleken dat glasvochttroebelingen (mouches volantes) een sterkere associatie hebben met een retinadefect dan lichtflitsen, zelfs in afwezigheid van lichtflitsen.³ Wij onderzochten hoe vaak glasvochttroebelingen en/of flitsen als primaire klacht voorkomen binnen de eerstelijnszorg en hoe vaak deze leiden tot een netvliesloslating.

METHODE

Definities

'Mouches volantes', 'floaters' en 'glasvochttroebelingen' zijn verschillende termen voor vlekken die door het oog bewegen. Het zijn opaciteiten in het glasvocht die bestaan uit collageenvezels en die een schaduwbeeld projecteren op de retina.^{4,6} Mouches volantes die plots ontstaan (< 2 weken) of plotseling in aantal toenemen, kunnen verband houden met een netvliesdefect omdat tijdens een glasvochtmembraanloslating tractie kan ontstaan aan de retina.³ Langer bestaande mouches volantes zonder progressie zijn meestal een gevolg van geleidelijke degeneratie van het glasvocht en gaan minder vaak samen met een netvliesdefect.⁷ Lichtflitsen kunnen onder andere veroorzaakt worden doordat de achterste glasvochtmembraan aan de retina trekt en zo de retinacellen prikkelt.^{4,6}

Patiëntselectie

Wij selecteerden in huisartspraktijk Thermion, onderdeel van het academische huisartsenregistratienetwerk FaMe-net alle patiënten die zich tussen 29 maart 2017 en 23 mei 2019 (29 maanden) hadden gemeld met de ingangsklacht 'mouches volantes en/of lichtflitsen'. In FaMe-net worden alle contacten van de deelnemende praktijken episodegewijs geregistreerd en gecodeerd. Naast de diagnose wordt ook de ingangsklacht (*reason for encounter*, RFE) gecodeerd, inclusief de duur.⁸ Vervolgens bestudeerden we de dossiers die als RFE ICPC-code F04 ('vlekken/vliegjes') of F05 ('andere visusstoornissen') hadden. Van de patiënten bij wie 'mouches en/of flitsen' daadwerkelijk de ingangsklacht was, noteerden we leeftijd, geslacht, duur van de klachten en eventuele verwijzing naar de oogarts. De 'einddiagnose' was de diagnose tijdens het laatste contact van de episode. We keken tot 6 maanden na inclusie of er niet alsnog een netvliesloslating of andere ernstige oogheelkundige pathologie was ontstaan. In aanvulling hierop zochten wij voor dezelfde periode naar patiënten met de ICPC-codes F82 ('netvliesloslating') of F99 ('andere ziekte(n) oog/adnaxen'), om ook patiënten in beeld te krijgen bij wie de episode op een andere manier begon dan met mouches volantes of flitsen.

RESULTATEN

Gedurende de inclusieperiode raadpleegden 114 patiënten de huisarts met als ingangsklacht mouches volantes en/of flitsen (incidentie 4,6 per 1000 patiënten per jaar). Van deze patiënten hadden er 64 alleen mouches volantes, 29 alleen flitsen en 21 zowel mouches volantes als flitsen. Bij 79 patiënten (69%) bestonden de klachten < 2 weken. Uiteindelijk bleken 5 van de 114 patiënten (4%) een netvlies-

WAT IS BEKEND?

- Flitsen en mouches volantes kunnen een teken zijn van een glasvochtmembraanloslating.
- Volgens de NHG-Standaard Visusklachten zijn persisterende flitsen een reden voor spoedverwijzing naar de oogarts, maar mouches volantes zonder flitsen niet.

WAT IS NIEUW?

- Mouches volantes die plots ontstaan of plots in aantal toenemen zijn ook zonder flitsen een teken van een glasvochtmembraanloslating, met risico op een netvliesdefect.

loslating te hebben: 4 waren met spoed verwezen en 1 patiënt werd na 9 dagen alsnog verwezen na verergering met visusdaling. Bij alle 5 de patiënten was de duur van de ingangsklacht < 2 weken geweest, 1 patiënt had alleen flitsen en 4 patiënten hadden alleen mouches volantes. Dat zou de incidentie van netvliesloslating met als ingangsklacht mouches volantes op 0,2 per 1000 patiënten per jaar brengen. Onze beperkte steekproefgrootte laat echter geen statistisch onderbouwde uitspraak toe of mouches volantes vaker geassocieerd zijn met een netvliesdefect dan lichtflitsen ($p > 0,05$). In de inclusieperiode werd bij geen andere dan de genoemde 5 patiënten een netvliesloslating gediagnosticeerd.

Van de 114 patiënten met mouches volantes en/of flitsen werden er 62 (54%) verwezen naar de oogarts. Binnen de groep met kort bestaande klachten (< 2 weken) werden 26 patiënten met mouches volantes, 5 patiënten met lichtflitsen en 5 patiënten met flitsen en mouches volantes niet naar de oogarts verwezen.

Bij 34 patiënten (30%) stelde de oogarts de einddiagnose 'glasvochtmembraanloslating' (F04), wat neerkomt op een incidentie van 1,4 per 1000 patiënten per jaar. Bij 5 patiënten (4%) luidde de einddiagnose 'netvliesloslating' (F82) en bij 47 patiënten (41%) kwam het niet tot een classificerende diagnose, maar bleef het bij een symptoomdiagnose door de huisarts. De overige 28 patiënten met de ingangsklacht 'mouches of flitsen' hadden regelmatig ook een totaal andere oorzaak, zoals migraine of een stressreactie [online tabel].

BESCHOUWING

Voor zover wij weten is dit het eerste onderzoek naar de associatie tussen plots ontstane mouches volantes en netvliesdefecten binnen de eerstelijnszorg. Opvallend is dat de netvliesloslating bij 4 van de 5 patiënten alleen voorafgegaan werd door plotseling ontstane mouches volantes en slechts bij 1 patiënt door alleen flitsen, terwijl de NHG-Standaard Visusklachten juist flitsen aanwijst als indicatie voor een spoedverwijzing, en niet mouches volantes zónder flitsen. Onderzoek in de tweedelijnszorg laat zien dat het risico op een netvliesloslating bij plots ontstane mouches volantes nog aanzienlijk hoger is (13,5-16,5%)

dan in onze populatie (6%).^{3,5} Een verklaring is ongetwijfeld dat de huisarts patiënten bij een sterk vermoeden van netvliesloslating sneller verwijst.

Mouches volantes als alamsymptoom

De door ons gesignaleerde incidentie van netvliesloslatingen, 0,2 per 1000 patiënten per jaar, komt overeen met ander Nederlands onderzoek, wat onderstreept dat onze steekproef representatief was.¹ Alle patiënten die flitsen hadden en uiteindelijk de diagnose 'netvliesloslating' kregen, waren conform de NHG-Standaard Visusklachten met spoed naar de oogarts verwezen. Bij 1 patiënt met plots ontstane mouches volantes volgde geen spoedverwijzing en werd de diagnose 'netvliesloslating' pas gesteld nadat de klachten verergerden met visusdaling.

Zowel de NHG-Standaard als Thuisarts.nl adviseren verergerende (niet: plots ontstane) mouches volantes als een alarmsymptoom te beschouwen, maar in strijd hiermee noemt de standaard dit niet als reden voor een spoedverwijzing naar de oogarts.^{2,9} Toch blijkt uit onderzoek in de tweedelijnszorg dat het risico op een netvliesscheur bij plots ontstane mouches volantes (16,5%) hoger is dan bij lichtflitsen (5,3%),³ en ook buitenlandse richtlijnen voor de eerste lijn noemen plotse of verergerende mouches volantes als indicatie voor een spoedverwijzing naar de oogarts.¹⁰⁻¹²

Onze resultaten zijn weliswaar niet statistisch significant, maar wijzen in dezelfde richting als de genoemde onderzoeken en richtlijnen: plots ontstane mouches volantes verdienen meer urgentie dan ze momenteel krijgen in de NHG-Standaard Visusklachten. Uiteraard verdient het aanbeveling ons onderzoek te herhalen in een grotere patiëntenpopulatie. Ons voorstel is om, tot het tegendeel bewezen is, patiënten met plots ontstane mouches volantes op dezelfde manier te behandelen en te verwijzen als patiënten met flitsen.

Duur van de klachten

De tijdsduur vanaf het ontstaan of verergeren van lichtflitsen of mouches volantes tot aan het bezoek aan de huisarts is een belangrijke factor in de overweging de patiënt al dan niet met spoed naar de oogarts te verwijzen. In ons dossieronderzoek kon 'duur van de klacht' op 2 manieren geïnterpreteerd worden: als de totale duur dat de patiënt de flitsen of vlekjes als hoofdklacht beschouwde of als de periode tussen het verergeren van de flitsen of vlekjes en de gang naar de huisarts. Dit onderscheid is van belang. Het persisteren van mouches volantes houdt geen verband met de ernst van een mogelijke netvliesscheur, maar wel met het mechanisme van een glasvochtmembraanloslating. (Asymptomatische) glasvochtmembraanloslating komt op hogere leeftijd vaker wel dan niet voor, de prevalentie is 24% in de leeftijd 50-59 jaar en 87% in de leeftijd 80-89 jaar.⁵ In het beloop van dit proces kunnen mouches volantes en lichtflitsen optreden. Een netvliesscheur ontstaat wanneer het glasvocht tractie uitoefent op het netvlies: hoe uitgebreider de tractie, hoe sneller de scheur kan groeien. Langer bestaande mouches vo-



Plots ontstane mouches volantes verdienen meer urgentie dan ze momenteel krijgen in de NHG-Standaard.

Foto: Shutterstock

lantes hoeven niet per se te wijzen op een netvliesscheur, het zijn vrij bewegende collageestructuren die als ze eenmaal ontstaan zijn permanent aanwezig blijven in het glasvocht.⁷ Patiënten kunnen ze negeren en eraan wennen, of ze dalen door de zwaartekracht tot onder de visuele as. Als mouches volantes echter plots ontstaan of verergeren (van < 10 naar > 10 stuks), is dit een teken van een plotselinge structuurverandering in het glasvocht, waarbij door tractie aan het netvlies wél een netvliesscheur kan ontstaan.⁵ Als lichtflitsen persisteren, is dit een teken van persisterende tractie en dus van risico op een netvliesloslating. In ons onderzoek trad bij geen van de patiënten bij wie de klacht > 2 weken bestond een netvliesloslating op. Dit lijkt er dus op te wijzen dat de huisarts minder gealarmeerd hoeft te zijn bij langer bestaande, stabiele klachten.

CONCLUSIE

Mouches volantes die plots ontstaan of plots in aantal toenemen zijn, ook in afwezigheid van flitsen, een teken van een glasvochtmembraanloslating met risico op een netvliesdefect. De huidige NHG-Standaard Visusklachten noemt deze klacht, in tegenstelling tot de eerstelijns richtlijnen in andere landen, nog niet als reden voor een spoedverwijzing naar de oogarts. Daardoor worden patiënten mogelijk te laat verwezen. Ons onderzoek geeft aan dat patiënten met plots

ontstane mouches volantes zonder flitsen minstens evenveel risico op een netvliesscheur hebben als patiënten met flitsen. Mouches volantes zonder flitsen zijn dus geen geruststellend symptoom. ■

LITERATUUR

1. Van de Put MA, Hooymans JM, Los LI. Dutch Retinal Detachment Study Group. The incidence of rhegmatogenous retinal detachment in The Netherlands. *Ophthalmology* 2013;120:616-22.
2. Blom GH, Van der Pol BAE, Soeters I, Dukker NGJ, Heus P, Morshuis-Kottink M, et al. NHG-Standaard Visusklachten, versie 3.0. Utrecht: NHG, 2015.
3. Gishiti O, Van den Nieuwenhof R, Verhoekx J, Van Overdam K. Symptoms related to posterior vitreous detachment and the risk of developing retinal tears: a systematic review. *Acta Ophthalmol* 2019;97:347-52.

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

Declerck E, Crama N, Van de Laar FA. Houd plots ontstane mouches volantes goed in het oog! *Huisarts Wet* 2021;64(6):31-4. DOI:10.1007/s12445-021-1147-6.
Radboudumc, afdeling Oogheelkunde, Nijmegen: E. Declerck, aios oogheelkunde: elise.declerck@radboudumc.nl; N. Crama, oogarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde: dr. F.A. van de Laar, huisarts [tevens Huisartspraktijk Thermion, Nijmegen]. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Reactie van Wietze Eizenga, huisarts en lid werkgroep NHG-Standaard Visusklachten

De auteurs hebben de NHG-Standaard Visusklachten (2015) kritisch bekeken. Dit kleinschalige onderzoek in de eigen praktijk geeft hier blijk van. Ze suggereren op grond van hun bevindingen, hoewel statistisch niet significant, om de NHG-Standaard Visusklachten aan te passen. Mouches volantes zonder flitsen zouden minder onschuldig zijn dan de richtlijn suggereert.

WAT ZEGT DE NHG-STANDAARD PRECIES?

In de kernboodschappen staat dat mouches volantes in de regel onschuldig zijn. Wanneer mouches volantes plotseling in aantal toenemen of gepaard gaan met lichtflitsen, kan dit wijzen op een achtersteglasvochtmembraanloslating (AGVL), die kan leiden tot een perifere retinascheur en soms tot een ablatio retinae. In de wetenschappelijke onderbouwing staat dat een AGVL als een fysiologisch fenomeen beschouwd moet worden, hoewel hinderlijke mouches volantes kunnen ontstaan. Mouches volantes, waarbij in korte tijd tientallen vlekjes aanwezig zijn, kunnen een voorbode zijn van een ablatio retinae. Bij 10 tot 15% van de patiënten met een symptomatische AGVL ontwikkelt zich een retinascheur, vooral in de periferie, die kan resulteren in een ablatio retinae. Tijdige laserbehandeling van een retinascheur voorkomt een ablatio. De tekst op Thuisarts.nl sluit aan op de tekst van de standaard.

DE STUDIE NADER BEKEKEN

De auteurs pleiten voor een spoedverwijzing naar de oogarts bij patiënten met mouches volantes zonder lichtflitsen die plots ontstaan of plots toenemen in aantal, omdat ze kunnen wijzen op een netvliesscheur of -loslating. De cruciale vraag is wat bedoeld wordt met 'plots'. Als ze er eerst niet en dan wel zijn, zijn ze in zekere zin altijd plots ontstaan. Opmerkelijk genoeg blijken de huisartsen in de studie bij patiënten met mouches volantes zonder flitsen goed te kunnen inschatten wie met urgentie moet worden verwezen. Hun overwegingen om te verwijzen zijn niet vermeld.

De auteurs verwijzen naar tweedelijns onderzoek en richtlijnen elders om hun pleidooi te bekrachtigen. In de geciteerde systematische review werd gekeken naar symptomen die gerelateerd waren aan [aangetoonde] AGVL en het risico op ontwikkeling van een retinascheur. Lichtflitsen en/of mouches volantes hadden een relatie met retinascheuren. Mouches volantes zonder lichtflitsen hadden een sterkere relatie met retinascheuren dan lichtflitsen; deze relatie was nog sterker bij aanwezigheid van zowel lichtflitsen als mouches volantes. Patiënten met > 10 mouches volantes hadden een hoog risico op retinascheuren. Dit risico bleef 4 tot 8 weken na de eerste symptomen aanwezig.¹

AANPASSING VAN DE NHG-STANDAARD?

De NHG-Standaarden worden in principe iedere 5 jaar gereviseerd. Mouches volantes zijn in de regel een onschuldig fenomeen, dat verandert niet. Wel kan in de NHG-Standaard verduidelijkt worden dat plotselinge toename [> 10] van bestaande mouches of acute optredende aanwezigheid van > 10 mouches alarmsymptomen zijn, die moeten leiden tot snelle verwijzing. Visusverlies, gezichtsvelduitval of aanwezigheid van risicofactoren voor een netvliesscheur of netvliesloslating bepalen de urgentie van deze verwijzing. Omdat de NHG-Standaard tot stand is gekomen in samenwerking met meerdere beroepsverenigingen, is het verstandig om met hen afspraken te maken over deze urgentie: dezelfde dag of binnen 1 of enkele dagen.

LITERATUUR

1. Gishti O, Van den Nieuwenhof R, Verhoekx J, Van Overdam K. Symptoms related to posterior vitreous detachment and the risk of developing retinal tears: a systematic review. *Acta Ophthalmol* 2019;97:347-52.

Reactie 'Zorg voor seksuele gezondheid bij chronische zieken'

Beste collega's, dank voor dit onderzoek. Goed om aan te tonen wat velen al vermoedden, en relevant gezien de positie van de POH-somatiek en -ggz. In de beschouwing mis ik echter de overweging dat POH's waarschijnlijk niet over seks gaan praten omdat hun baas dat ook niet doet. Maar liefst 89% vindt inderdaad dat de huisarts over seks zou moeten praten, maar dat doet deze 89% bij lange na niet. Voor huisartsen gelden dezelfde belemmeringen als voor de POH.¹ Mijn suggesties: in de beschouwing lijkt het alsof jullie niet goed op de hoogte zijn van al langer bestaande informatie voor de POH's. Ik mis met name een verwijzing naar de NHG-Standaard Seksuele klachten en naar de inzet en producten van de NHG-Expertgroep SeksHAG (Huisarts Advies Groep Seksuele gezondheid).

- Een protocol of richtlijn lijkt het voor POH's makkelijker te maken om seksuele problemen ter sprake te brengen. Zie de NHG-Standaard Seksuele klachten (2015).²
- Ook in de NHG-Standaarden over chronische ziekten zou het uitvragen van seksuele problemen (nog) explicieter aan bod moeten komen, zoals al gebeurt in de NHG-Standaard Diabetes mellitus. De SeksHAG refereert al 21 jaar alle NHG-Standaarden op seksuologische aspecten.
- Het beschikken over meer informatie voor patiënten kan POH's helpen. Al sinds 2015 staan er vele video's en informatie op Thuisarts.nl.
- SeksHAG en Rutgers hebben de websites Seksualiteit.nl en Seksindepraktijk.nl ontwikkeld. Ook is er een NHG-Nascholing Praten over seksuele klachten en heeft de SeksHAG modules gemaakt voor zowel de POH-s als de POH-ggz.

De informatie, producten en trainers zijn er. Voor het overige sluit ik me bij jullie conclusies aan ■

Peter Leusink, huisarts en voorzitter SeksHAG

LITERATUUR

1. Tsimtsiou Z, et al. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med* 2006;3:583-8.
2. NHG-werkgroep Seksuele klachten. NHG-Standaard Seksuele klachten (versie 2.0). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/seksuele-klachten>



DE AUTEURS: GEVEN VERBETERINGEN DAADWERKELIJK RESULTAAT?

Hartelijk dank voor uw commentaar. Wetenschap is inderdaad vaak aantonen wat we al vermoedden. Deze publicatie is slechts een samenvatting van een recent door ons in *Family Practice* gepubliceerd, uitgebreider beschreven onderzoek.¹ Het was vooral onze intentie om te onderzoeken hoe op dit moment seksualiteit bij chronisch zieke patiënten door de POH in de huisartsenpraktijk besproken wordt. De door u aangegeven verwijzingen zijn een mooie aanvulling en zeker bekend bij de schrijvers.

Het zou goed zijn te onderzoeken of mogelijke verbeteringen ook daadwerkelijk in de praktijk resultaat zullen geven, andere andere met de door u aangegeven suggesties.

Onze onderzoeksgroep onderzocht reeds hoe de Nederlandse huisartsen zelf seksualiteit bespreken. Dit onderzoek wordt op dit moment gereviseerd. Houd de internationale literatuur dus goed in de gaten!

Pieter Barnhoorn

1. Barnhoorn PC, et al. Unravelling sexual care in chronically ill patients: the perspective of GP practice nurses. *Health Service Research. Fam Pract* 2020;37(6):766-71.

Wie is Jettie Bont?

Prof. dr. Jettie Bont (1973) is sinds juni 2020 afdelingshoofd en sinds november 2020 hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Eén dag per week werkt zij als huisarts in een praktijk in Amsterdam-Oost. Voorheen was zij onder andere voorzitter van de LOVAH, praktijkhoudend huisarts in Hilversum, bestuurslid van de LHV en hoofd van de huisartsopleiding van het AMC. Zij is gepromoveerd op onderste-luchtweginfecties bij ouderen.



‘Goede huisartsgeneeskunde heeft een positief effect op de zorg en gezondheid’

Susan Umans, Mascha Witteman-de Kok

De fusie tussen de afdelingen huisartsgeneeskunde van AMC en VUmc in goede banen leiden en hart voor het huisartsenvak waren voor Jettie Bont belangrijke redenen om te solliciteren naar de functie van hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Andere speerpunten zijn bijdragen aan een lerende beroepsgroep, vanuit ‘haar’ thema audit en feedback, en zorgen dat onderzoeksresultaten daadwerkelijk op de werkvloer belanden.

‘Ik vind dat we niet alleen een mooi, maar ook een belangrijk vak hebben’, vertelt Jettie Bont, sinds november 2020 hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde van Amsterdam UMC. ‘Ik geloof dat als de huisartsgeneeskunde in Nederland goed is, dit een positief effect heeft op de zorg en gezondheid. Vanuit de academie heb je hier invloed op, in de opleiding van basisartsen en huisartsen, maar ook door relevant onderzoek te doen dat dicht bij de praktijk staat.’

Continuïteit van zorg

Jettie Bont stopte in 2015 met haar Hilversumse praktijk omdat ze hoofd huisartsopleiding van het AMC werd. Bij 60 praktijken waar opleiders werkten liep ze een dagje mee om input voor de huisartsopleiding te krijgen. Nu werkt ze 1 dag per week vast in een huisartsenpraktijk in Amsterdam-Oost. ‘Ik krijg daar veel energie van en geloof dat ik een betere bestuurder en manager ben door te blijven werken als huisarts. Maar in 1 dag per week kan ik niet de huisarts zijn waar ik voor sta. Ik krijg er veel inspiratie van en voor de patiënten die ik zie ben ik ook betekenisvol. Ik kan echter geen palliatieve zorg doen, wat ik het allermooiste vind van het vak. Dat mis ik. Gelukkig hebben we bij de afdeling in Amsterdam de kaderopleiding Palliatieve zorg en kan ik me er vanuit die hoek toch nog hard voor maken. In mijn ogen is continuïteit van zorg nog steeds de hoeksteen van ons vak. Daar maak ik mij de meeste zorgen over; dat patiënten niet steeds terugkomen bij iemand die ze kennen, met wie ze een relatie opbouwen waardoor ze betere keuzes maken.’

Energie van Audit & Feedback

Als coördinator van de lijn Onderzoek van onderwijs vindt Bont het interessant om te kijken hoe onderzoek kan helpen om de huisartsopleiding naar een hoger niveau te tillen. ‘Van mijn eigen thema Audit & Feedback krijg ik veel energie. Een leven lang leren is de essentie van een goede professie. In de huisartsopleiding leren we reflectief te zijn, dat is belangrijk. Zien wat je goed doet en waar je moet verbeteren. We doen onderzoek naar hoe je dat zo goed mogelijk kan doen, zodat je daadwerkelijk gedragsverandering krijgt. Het is mijn ambitie om huisartsen te helpen om de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid te nemen. We zijn daarover ook in gesprek met het NHG, de LHV, InEen en het Nivel.’

Fusie afdelingen huisartsgeneeskunde

AMC en VUmc zitten in een fusieproces. De afdelingen Huisartsgeneeskunde zijn per 1 juni 2020 gefuseerd. Bont: ‘Per 1 januari 2022 is naast de bestuurlijke fusie ook de juridische fusie een feit en is er echt sprake van 1 Amsterdam UMC. Dan moeten ook beide huisartsopleidingen 1 worden. Echter, beide universiteiten blijven een geneeskundestudie houden. Dat is interessant en complex, want we gaan straks met 1 afdeling Huisartsgeneeskunde 2 geneeskundestudies vullen die hun eigen identiteit en kleur hebben.’

Ik vind het heel belangrijk om de fusie goed te laten verlopen. Mensen werken nu met veel plezier aan beide kanten van de Amstel. Zo’n fusie kan bedreigend zijn. Het is een mooie uitdaging om voor elkaar te krijgen dat met zo’n complexe verandering mensen met evenveel plezier blijven werken. Een manier om dat te bereiken is kleinschaligheid in te bedden in grootschaligheid. Mensen halen plezier uit hun werk doordat ze elkaar makkelijk weten te vinden en gezien worden binnen de organisatie. Het is een flinke puzzel om te zorgen dat het contact tussen werknemers onderling goed blijft in een organisatie die 2 keer zo groot wordt. Elkaar leren kennen is ontzettend belangrijk. De grootste uitdaging van de fusie is huisvesting. Nu in coronatijd werken we natuurlijk allemaal thuis. Maar

waar werknemers hun werkplek op VUmc of AMC hebben, wordt dat straks 1 van beide. Dat heeft consequenties voor het werkplezier en de identiteit van mensen. Maar ook logistiek: je moet verhuizen en verbouwen. De huisartsopleiding heeft enorm veel onderwijsruimte nodig.'

Lerende beroepsgroep

'Naast de fusie is mijn doel vanuit het thema Audit & Feedback een lerende beroepsgroep. Ook wil ik proberen meer onderzoeksresultaten op de werkvloer te krijgen. Er wordt veel ontwikkeld, maar het is moeilijk om het goed geïmplementeerd te krijgen. Ik kan met Audit & Feedback bedenken hoe het idealiter zou leiden tot gedragsverandering, maar hoe zorg je dat alle huisartsen werkelijk aan feedback gaan doen? Dat is een heel ander vraagstuk.

Zo zijn we ook aan het onderzoeken of we een praktijk van de toekomst kunnen oprichten, samen met Gezondheidscentrum Amsterdam Zuid-Oost. Die praktijk zou moeten komen in een nieuwe wijk vlak bij het AMC, een omgeving met veel laaggeletterden en allerlei problemen. De praktijk gaat zich richten op het onderzoeken van nieuwe ontwikkelingen in het huisartsenvak, zoals een opsporingsinstrument voor boezemfibrilleren of e-healthapplicaties. Het zou mooi zijn als je juist binnen die populatie kunt kijken wat mensen nodig hebben. Of je e-health kan inzetten met de juiste tools of scholing. Bij e-health moet je goed kijken of het echt tot een verbetering leidt. Dan gaat het niet alleen om mortaliteit en ziekenhuisopnames, maar ook over zorgbeleving en de regie houden over je gezondheid. Zo'n praktijk van de toekomst biedt ook kansen om eigen onderzoek uit onze 6 onderzoekslijnen in uit te zetten, zowel wat betreft de ontwikkeling als de implementatie van innovaties.'

Spiegelpilots

'Een aantal praktijken uit ons netwerk doet mee aan spiegelpilots. Daar helpen we ze mee, want spiegelen klinkt heel mooi, maar data uit je HIS halen en er vervolgens een benchmark en verbeterplan van maken kost veel tijd. Wij lezen de HIS'en uit en helpen presentatiebijeenkomsten van bijvoorbeeld HAGRO's voor te bereiden. We bedenken samen wat belangrijke informatie is, halen de juiste indicatoren eruit en spiegelen die op een informatieve manier. Voorbeelden van thema's zijn labdiagnostiek bij vermoeidheid of voorschrijfgedrag bij opioïden. Veel onderwerpen zijn geschikt voor benchmarking, maar er zijn niet overal relevante data van. Huisartsen kunnen ook zelf een thema aandragen en dan kijken we of dat geschikt is.

De data uit HIS'en van aangesloten praktijken gebruiken we op verschillende manieren bij onderzoek. Zo is er een kwalitatief onderzoek naar de beste manier om te spiegelen. En een onderzoek naar het verbeteren van voorschrijfgedrag bij opioïden. Ook gebruiken we de data uit het netwerk voor klinische onderzoekslijnen, zoals duizeligheid. Een mooi thema vind ik continuïteit van zorg. Daar kijken we met behulp van HIS-data

in hoeverre adequaat voorschrijven en meer continuïteit door dezelfde zorgverlener aan elkaar gerelateerd is.'

Onderzoeksresultaten bij de juiste mensen

'In Nederland doen we heel goed huisartsgeneeskundig onderzoek. We staan wereldwijd gezien aan de top. We hebben het goed voor elkaar met de HIS'en. We werken digitaal. En de consortiavorming, de samenwerking tussen huisartsafdelingen van verschillende instituten, is een fantastische ontwikkeling. Uiteindelijk gaat het om de huisartsenzorg in Nederland. Zowel je eigen instituut als het algemene belang heeft daar voordeel bij.

Natuurlijk zijn er verbeterpunten. Zoals zorgen dat onderzoeksresultaten bij de juiste mensen terecht komen. Niet alleen op de werkvloer, maar ook bij zorgverzekeraars en de bestuurders van NHG, LHV en InEen. Die zitten immers aan de onderhandelingstafels en op plekken waar inhoudelijke beslissingen worden genomen. Dan moet je weten hoe het zit en wat verantwoord is. Die samenwerking moet intensiever en dat heeft nu volop de aandacht. Zo zijn er recent gesprekken geweest tussen de academies en LHV, NHG, InEen en Nivel. Alleen een mail sturen met onderzoeksresultaten werkt niet, je moet met elkaar in gesprek gaan. Als het bijvoorbeeld gaat om oncologische nacontroles bij darmkanker die de huisarts kan doen, moet je met elkaar bespreken wat dit concreet betekent.'

Thuiswerken en kampvuurgesprekken

'Momenteel werk ik 4 dagen per week voornamelijk thuis. Op woensdag zit ik in de praktijk. Mijn werkdag begint meestal vroeg. Ik ben een ochtendmens. Ik start als man en kinderen nog in bed liggen. Dat vind ik een heerlijk rustig moment om de dag te beginnen met een kopje koffie en mijn laptop op de bank. Ik bereid dan dingen voor en beantwoord mailtjes. Daarna start de dag met digitale meetings door alle secties heen. Voor een groot deel bestaat mijn werk uit het aansturen van het managementteam en samen met hen de lijntjes uitzetten.' Bont ziet voor- en nadelen van het thuiswerken. 'De reistijd valt weg en je kunt nu heel gemakkelijk een afspraak maken. Het is heel efficiënt. Maar het kennismaken met mensen die je nog niet kent gebeurt digitaal en dat is anders dan dat je bij elkaar in 1 ruimte zit. Ik vind het moeilijk om echt contact op te bouwen via schermpjes. Wat we missen volgens antropoloog Jitske Kramer zijn kampvuurgesprekken. Soms komt er iets in je op dat je wil bespreken. Nu is er geen uitlaatklep om het erover te hebben zoals voorheen; dan gingen dingen leven. Dat is een verarming. Ik haal daardoor nu minder energie uit mijn werk. Menselijke relaties hebben veel invloed op je werkplezier. Ook in de huisartsenpraktijk merk ik dat e-consults iets doen met je arts-patiëntrelatie.

Van de andere kant ben ik nu meer moeder dan ooit. Ik heb een zoon van 14 en een dochter van 12. Tussen de middag plan ik een half uur lunchpauze met ze, hoe uniek is dat? Je krijgt dingen mee van school die je anders mist. Dat wil ik graag behouden als we straks helemaal op locatie kunnen werken.' ■

William Pickles: een van de eerste huisarts-epidemiologen

Wim Opstelten, Ted van Essen, Theo Verheij

William Pickles was plattelandsdokter in het Britse Wensleydale en een van de grondleggers van epidemiologisch onderzoek in de huisartsenpraktijk. Nauwgezet registreerde hij de incidentie en verspreiding van infectieziekten, zoals waterpokken en geelzucht. De huidige SARS-CoV-2-pandemie onderstreept het grote belang van het bron- en contactonderzoek waarin Pickles pionierde.

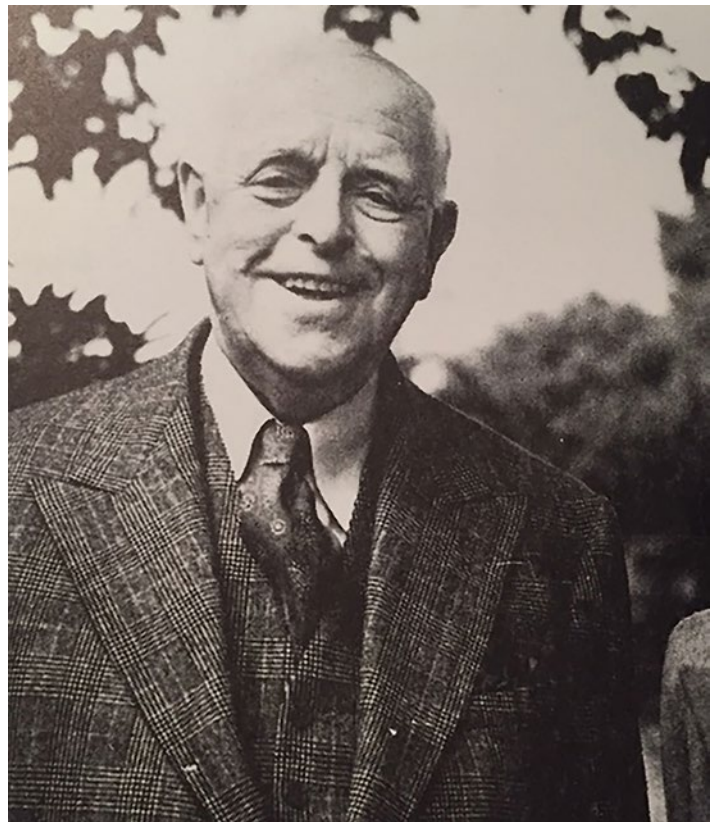
William Norman Pickles wordt in 1885 geboren in Leeds als tweede in een gezin van 6 zoons. Hij komt uit een medische familie. Zijn vader is huisarts. Pickles' grootvader combineerde de functie van beheerder van een lokaal postagentschap met die van drogist. In een tijd waarin dokters schaars en duur waren, behandelden drogisten kleine kwalen. Ook aan moeders zijde waren er veel artsen. Na zijn middelbare school in Leeds begint Pickles in 1902 de studie geneeskunde aan het *Yorkshire College*, doet hij zijn coschappen in het *Leeds General Infirmary* en behaalt hij in 1910 in Londen zijn artsenbul.

DE EERSTE JAREN ALS HUISARTS

In de eerste jaren na zijn studie werkt Pickles als waarnemer, zowel in de stad als op het platteland. Vooral in de stedelijke gebieden heerst zo veel armoede dat patiënten hun dokter niet of nauwelijks kunnen betalen, waardoor huisartsen zich genoodzaakt zien tot het voeren van grote praktijken. Toch glijden ze niet zelden ook zelf af in armoede en overmatig drankgebruik. De *National Health Service* zal pas in 1948 ingevoerd worden. Regelmatig assisteert Pickles zijn collega-huisartsen bij appendectomieën en – bijvoorbeeld in geval van tuberculose van het kniegewricht – amputaties. Uiteraard maakt de verloskunde een belangrijk deel van zijn werk uit. Na een korte onderbreking als scheepsarts op de vaart naar India, strijkt hij in 1913 neer in Aysgarth, een dorpje in het district Wensleydale in de Yorkshire Dales. Daar zal hij – met een onderbreking als marinearts tijdens de Eerste Wereldoorlog – tot enkele maanden voor zijn tachtigste verjaardag als huisarts werken [figuur 1].

AYSGARTH

Aysgarth ligt in een glooiend landschap, doorkruist door enkele rivieren en is bekend om zijn prachtige watervallen. De praktijk van Pickles, waarin hij samenwerkt met collega's, bestrijkt verschillende dorpjes en gehuchten, die door



William Pickles [1885-1969], door velen beschouwd als de 'grand old man of general practice'.

Foto: Wikipedia

de slechte wegen lastig bereikbaar zijn. Door de beperkte vervoersmiddelen van patiënten is het gebruikelijker dat de huisarts naar de patiënt gaat dan dat deze de praktijk bezoekt. Afhankelijk van afstand en conditie van de wegen worden de visites afgelegd per fiets, loopfiets, motor of te paard.¹ Bij sterke wind neemt Pickles soms de trein naar de uiterste punt van zijn praktijkgebied om vervolgens op de terugweg per fiets, met de wind in de rug, zijn patiënten te bezoeken. De postbode brengt de verzoeken voor een huisbezoek over. Tot 1931 houden de huisartsen een telefoonaansluiting tegen: het zou niet-noodzakelijke visiteaanvragen alleen maar stimuleren. Maar als de postbode uiteindelijk overbelast dreigt te raken door de vele visiteaanvragen, gaan de huisartsen overstag en komt er een telefoon in de praktijk. De afgeleggen ligging met

DE KERN

- De Britse huisarts William Pickles [1885-1969] was een pionier op het gebied van epidemiologisch onderzoek in de huisartsenpraktijk.
- Zijn afgelegen plattelandspraktijk bood bij uitstek gelegenheid om optreden en verspreiding van infectieziekten te bestuderen.
- Door zijn nauwgezette rapportages en goede klinische blik groeide hij uit tot een onderzoeker van wereldfaam.

nauwelijks verplaatsingen van bewoners naar omliggende streken zou dit gebied bij uitstek geschikt maken voor epidemiologisch onderzoek naar infectieziekten.

EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK

In 1926 leest Pickles *The principles of diagnosis and treatment in heart affections* van de veelzijdige James Mackenzie (1853-1925).² Deze huisarts, die later cardioloog zou worden, beschrijft in dit boek het belang van nauwkeurige klinische observatie. Waar tot dan toe het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek vooral plaatsvond in laboratoria en ziekenhuizen, zag hij ook een belangrijke rol weggelegd voor huisartsen om bij te dragen aan de vooruitgang van de medische wetenschap. Die zouden immers een beeld kunnen geven van vroege manifestaties van ziekten die in het ziekenhuis alleen in een verder gevorderd stadium gezien worden. Dit boek is voor Pickles de drijfveer om zich toe te gaan leggen op onderzoek naar de besmettelijkheid en verspreiding van infectieziekten. Pickles had al eerder zijn belangstelling voor infectieziekten getoond. In 1911, toen hij nog waarnemer was, had hij een dorpspomp laten sluiten om een tyfusepidemie te stoppen – dit in navolging van de beroemde John Snow, die in Londen een besmette waterpomp had aangemerkt als oorzaak van een cholera-epidemie.³ Als in 1928 in Wensleydale een epidemie van geelzucht (*catarrhal jaundice*, zoals hepatitis A toen werd genoemd) uitbreekt, waardoor 250 van de naar schatting 5700 dalbewoners getroffen worden, is dat het begin van zijn epidemiologisch onderzoek. Als een Sherlock Holmes gaat hij consciëntieus de contacten van iedere geelzuchtpatiënt na, waardoor hij uiteindelijk de incubatietijd van 26 tot 35 dagen vaststelt. Enthousiast stuurt hij zijn bevindingen op naar het *British Medical Journal (BMJ)*. Het stuk wordt afgewezen: veel te lang met saaie patiëntbeschrijvingen. Teleurgesteld, maar overtuigd van het belang van zijn bevindingen schrijft hij een kortere versie die uiteindelijk wel wordt gepubliceerd.⁴ Meerdere publicaties in onder andere *BMJ* en *The Lancet* zullen volgen.

THE SHORT AND ONLY POSSIBLE CONTACT

Als een van de belangrijkste pijlers van zijn onderzoek ziet Pickles een nauwgezette registratie. Op zijn visiteronde heeft hij altijd een kleine zakagenda bij zich, waarin hij aan het bed

de naam van de patiënt met de precieze datum van het begin van de klachten noteert. Thuis verwerkt hij, met hulp van zijn vrouw Gerty, deze gegevens op maandkaarten om vervolgens daaruit wijze van verspreiding en incubatietijden af te leiden. Bij de interpretatie van zijn data concentreert hij zich op wat hij noemt ‘*the short and only possible contact*’. In de relatief afgesloten gemeenschap van mensen die nauwelijks contact hebben met de buitenwereld kan hij de bron van besmetting vaak onomstotelijk aanwijzen en zo de incubatietijd berekenen. De jarenlange registraties vormen de basis voor Pickels’ wetenschappelijke oeuvre.

WATERPOKKEN EN GORDELROOS

Pickles registreert op deze manier veel infectieziekten, zoals mazelen, influenza, dysenterie en de ziekte van Bornholm (pleurodynie). Deze laatste virale infectieziekte – een inmiddels wat ‘vergeten’ aandoening die voorheen in morbiditeitsclassificaties was opgenomen, maar niet meer als zodanig in de ICPC vermeld staat⁵ – beschrijft hij in detail.⁶ Zijn observaties en analyses moeten gezien worden in het licht van de in die tijd beschikbare kennis. Zo noteert hij over een periode van 20 jaar 411 patiënten met waterpokken (*chickenpox*) en 213 met gordelroos (*shingles*). Dat beide aandoeningen aan elkaar verwant zijn, is hem bekend, maar de precieze relatie is nog onduidelijk. Hij beschrijft dat patiënten waterpokken oplopen door contact met waterpokken of gordelroos, maar in de toelichting bij een patiënte met gordelroos op 15 juli 1937 [figuur 2] veronderstelt hij ook een omgekeerde overdracht van het virus: ‘*This sufferer was an elderly woman who lived at a very remote farm and seldom left her home. Her initial symptoms commenced on July 15, and the probable source of her infection was a child of three, who visited the farm on July 4, but whose rash did not appear until the 7th.*’⁷ Blijkbaar veronderstelt Pickels dat gordelroos het gevolg is van een exogene besmetting met het varicellazostervirus. Het is uiteindelijk zijn collega en landgenoot Robert Edgar Hope-Simpson (1908-2003), die als eerste postuleert dat gordelroos het gevolg is van een endogene reactivering van het virus, dat zich sinds de primaire infectie – met waterpokken als klinische manifestatie – schuilhoudt in een sensibel ganglion.^{8,9}

ISOLATIE

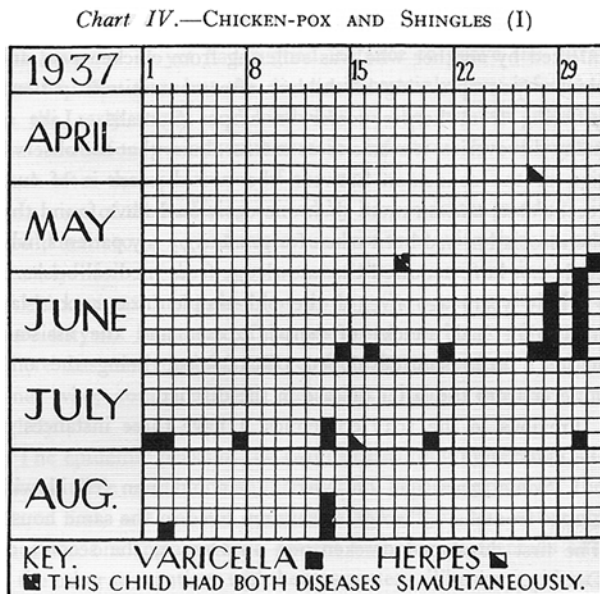
Pickles legt grote nadruk op het belang van isolatie om verdere verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. Zo beschrijft hij een jong meisje met hepatitis A, dat zijn dwingende advies om thuis in bed te blijven negeert. Stiekem sluipt ze het huis uit om toch naar een dorpsfeest te gaan. Het zal niet alleen leiden tot 13 extra besmettingen, maar ook tot het opbiechten van een heimelijke amoureuze relatie. Want om *the short and only possible contact* vast te kunnen stellen, onderwerpt Pickles zijn patiënten aan een strenge ondervraging.

INTERNATIONALE REPUTATIE

Met zijn nauwgezette observaties die uitmondten in talrijke publicaties op hoog niveau en zeker ook door zijn aimabele

Figuur 2

De maandkaarten van William Pickles waaruit verspreiding en incubatietijden waren af te leiden..



persoonlijkheid, verwerft Pickles groot aanzien. In eigen land onderhoudt hij intensief contact met Major Greenwood, hoofd van de afdeling Epidemiologie en Statistiek van de *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, en krijgt hij een functie in de publieke gezondheidszorg in Wensleydale, waar hij zich onder andere inzet voor vaccinaties. Ook internationaal rijst zijn ster: hij wordt niet alleen uitgenodigd voor congressen over de hele wereld, maar ontvangt in zijn praktijk ook wetenschappers uit het buitenland om te vertellen over zijn epidemiologisch onderzoek in Wensleydale. In 1939 bundelt hij zijn observaties in het beroemd geworden boek *Epidemiology in Country Practice*.⁷

Voor zijn werk ontvangt hij vele prijzen. De Universiteit van Leeds onderscheidt hem in 1950 met een eredoctoraat en in 1953 wordt hij de eerste voorzitter van het (*Royal*) *College of General Practitioners*, dat nog steeds jaarlijks de *William Pickles Lecture* organiseert. De Nederlandse emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Chris van Weel was de eerste spreker van buiten het Verenigd Koninkrijk die deze lezing hield.¹⁰

NEDERLAND

En de Nederlandse Pickles? Misschien wel dr. P.C. Korteweg, een 'eenvoudigen plattelandsarts in Wormerveer', die begin vorige eeuw op grond van zijn praktijkobservaties de lange latentietijd vaststelde van malaria, welke ziekte in Nederland toen nog endemisch was.¹¹ En wat de registratie van ziekten in de huisartsenpraktijk betreft kan Frans Huygen niet onvermeld blijven. Zijn boek *Family Medicine*, waarin hij vooral de registratie van gezinsmorbiditeit laat

zien, behoort tot de klassiekers uit de huisartsgeneeskundige wereldliteratuur.¹²

EEN EEUW LATER

Pickles was een geboren wetenschapper: geboeid door wat hij zag, nieuwsgierig naar onderlinge verbanden. Zijn kracht lag in zijn scherpe observaties, consciëntieuze registraties en heldere verstand. Feitelijk betrof zijn wetenschappelijk onderzoek de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve analyses, waarvoor de huisartsenpraktijk zich zo goed leent. Dat is vandaag niet anders. Nog steeds is observationeel onderzoek in de huisartsenpraktijk van groot belang, vooral omdat de context daarvan vaak sterk verschilt van de tweede lijn.¹³ Zo attendeerden oplettende huisartsen in Herpen in 2007 op het frequent voorkomen van een tot op dat moment niet-herkend ziektebeeld; later werd dit beeld gediagnosticeerd als Q-koorts.¹⁴ Ook buiten het domein van de infectieziekten blijft observationeel en experimenteel wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk noodzakelijk. Denk aan alledaagse aandoeeningen, multimorbiditeit en palliatieve zorg.¹⁵

TOT SLOT

Pickles overlijdt in 1969 op 83-jarige leeftijd. Op een koude, zonnige winterdag wordt hij begraven vanuit de kerk in Aysgarth, waar velen uit het Wensleydale zijn samengekomen om afscheid te nemen van 'hun' huisarts. Want hoewel Pickles inmiddels was geworden tot een man van wereldfaam, bleef hij voor zijn patiënten de vriendelijke en vertrouwde huisarts. Sinds Pickles heeft de medische wetenschap een grote vlucht genomen, maar sommige van zijn inzichten hebben nog niets aan waarde verloren. Wat je het beste kon doen om niet verkouden te worden? Blijf uit de buurt van hoesters en proesters, was zijn advies. Deze wijze woorden van een pionier van de huisartsgeneeskundige epidemiologie klinken vandaag luider dan ooit tevoren. ■

LITERATUUR

1. Pemberton J. Will Pickles of Wensleydale: the life of a country doctor. Exeter: Royal College of General Practitioners;1984.
2. Mackenzie J. The principles of diagnosis and treatment in heart affections. London: Henry Frowde, Hodder & Stoughton;1916.
3. Snow J. On the mode of communication of cholera. London: Churchill;1855.

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

Opstelten W, Van Essen T, Verheij T. William Pickles: een van de eerste huisarts-epidemiologen. *Huisarts Wet* 2021;64(6):43-5. DOI:10.1007/s12445-1146-7.

Huisartsenpraktijk Vondelplein, Amersfoort: dr. W. Opstelten, huisarts: w.opstelten@umcutrecht.nl. Stichting Financiering Huisartsopleiding, Utrecht: dr. G.A. van Essen, huisarts n.p. Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht: prof. dr. T.J.M. Verheij, huisarts.

Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie

Peter Leusink, Karlijn de Blécourt, Bouko Bakker

Hoewel steeds meer huisartsen zich realiseren dat passende, persoonsgerichte zorg de effectiviteit van een behandeling verbetert, kunnen verschillen in gender en seksuele oriëntatie buiten beeld raken. Er zijn echter duidelijke gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-personen, ten nadele van de laatste groep. We laten zien waarom aandacht voor seksuele oriëntatie belangrijk is. Ook doen we concrete suggesties om huisartsen (en hun team) sensitiever te maken voor diversiteit.

De aandacht voor sekse-, gender- en seksuele diversiteit in de (eerstelijns)gezondheidszorg wordt steeds groter, onder meer dankzij het Kennisprogramma Gender & Gezondheid van ZonMw en met de activiteiten van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Hoeveel huisartsen tijdens hun consult geen aandacht besteden aan sekse-, gender- en seksuele diversiteit is niet bekend. Wel is de relevantie van diversiteitsspecifieke gezondheidszorg aangetoond.^{1,2} Ongelijke behandeling van bijvoorbeeld mannen en vrouwen kan leiden tot gelijke gezondheidskansen, en ze verbetert de medische zorg aan mannen en vrouwen.¹

WAAROM OOG VOOR SEKSUELE DIVERSITEIT?

‘Elke dag zit de wachtkamer van de dokter vol met mensen: mannen, vrouwen, homo’s, lesbiennes, hetero’s, bi’s, transgenders, interseksepersonen, asexuelen... Allemaal hebben ze recht op zorg die bij hen past, maar door onwetendheid, schaamte en verkeerde aannames krijgen ze die niet altijd.’ Aldus de campagnewebsite www.komteenmensbijdedokter.nl van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Het ontbreken van passende zorg komt doordat in gezondheidsonderzoek nauwelijks onderscheid wordt gemaakt tussen hetero- en homoseksuele proefpersonen. Dat leidt tot een heteronormatief perspectief.³ Lesbische, homoseksuele en biseksuele (LHB) personen verschillen echter ten opzichte van heteroseksuele personen op een aantal uitkomstmaten in de geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg.^{4,5} Ze kampen met wat wel minderheidsstress wordt genoemd, wat komt doordat ze van een bepaalde sociaal-maatschappelijke norm afwijken. LHB-personen met minderheidsstress hebben door negatieve reacties van andere mensen een geïnternaliseerde homonegativiteit ontwikkeld.⁵ Nederlands onderzoek is ons niet bekend,

CASUS 1 MEVROUW OVERBEEK

Mevrouw Overbeek, 36 jaar, heeft klachten van een blaasontsteking en levert aan de balie bij de doktersassistente een urinepotje in. De assistente ziet dat het dossier van mevrouw geen uitslag uit het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bevat. Nadat ze de uitslag van het urineonderzoek met mevrouw heeft besproken, zegt ze dat het belangrijk is om een uitstrijkje te laten maken. ‘Ik heb een relatie met een vrouw,’ zegt mevrouw, waarop de assistente haar verontschuldiging aanbiedt en aangeeft dat een uitstrijkje niet nodig is.

CASUS 2 MENEER EL YAACOUBI

Meneer el Yaacoubi, 21 jaar, had afgelopen jaar 2 keer een urethrale chlamydia-infectie, die is behandeld. Hij komt nu met klachten van slapeloosheid en moeheid. Bij doorvragen van de huisarts blijkt dat hij somber is, lusteloos, nauwelijks iets onderneemt en weinig van dingen geniet. Hij heeft ook suicidale gedachten, maar maakt geen concrete plannen. Hij zegt geen problemen op zijn werk te hebben. Op de vraag ‘...of met je vriendin?’, antwoordt hij ontkennend.

maar in de Verenigde Staten zegt 6% van een representatieve groep artsen zich niet comfortabel te voelen wanneer ze een LHB-persoon behandelen.⁶ In Groot-Brittannië hoorde 24% van de gezondheidswerkers in de voorafgaande 5 jaar negatieve opmerkingen over LHB-personen.⁷

Het ontbreekt veel (eerstelijns)zorgverleners aan kennis over de (ervaren) gezondheidsverschillen en de factoren die deze veroorzaken.^{8,9} Daardoor missen ze soms essentiële signalen en bieden ze minder passende zorg. Inzicht in de barrières die LHB-personen ervaren, onder andere de attitude van artsen, is essentieel voor het verbeteren van hun gezondheid.¹⁰ Ook de patiënt zelf is zich niet altijd bewust van de invloed van bestaande normen.

SEKSUELE ORIËNTATIE EN GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Sommige gezondheidsproblemen komen vaker voor bij LHB-personen. Die zien we het duidelijkst bij LHB-jongeren. Van de LHB-scholieren beoordeelt 68% de eigen gezondheid positief, terwijl heteroseksuele scholieren met 86% een stuk hoger scoren.¹¹ LHB-scholieren hebben relatief vaak last van psychosomatische klachten.⁴ LHB-jongeren doen ruim 4 keer vaker een suïcidepoging dan heteroseksuele jongeren.^{4,5} Het uitkomen voor de seksuele identiteit verloopt niet altijd vanzelfsprekend goed.¹²

Ook onder de volwassen bevolking zien we opvallende verschillen in gezondheidsindicatoren. De belangrijkste daarvan zijn samengevat in de [online tabel].¹³⁻¹⁷ Vergeleken met heteroseksuele personen zijn LHB-personen vaker psychisch ongezond en depressief, doen ze vaker een suïcidepoging en hebben ze vaker een (seksuele) geweldservaring. Biseksuele vrouwen hebben meer dan heteroseksuele vrouwen een seksueel probleem, gebruiken vaker overmatig alcohol en bezoeken vaker een psycholoog.¹³⁻¹⁶ De meeste problemen komen meer voor bij biseksuele personen.¹⁷

Daarnaast hebben homoseksuele en biseksuele mannen vaker dan heteroseksuele mannen een soa, waaronder hiv.¹⁷ Toch wordt preventie van hiv-overdracht door verstrekking van PrEP via de huisarts niet ondersteund door de LHV.¹⁸ Lesbische vrouwen hebben een verhoogd risico op het krijgen van baarmoederhalskanker omdat ze minder vaak deelnemen aan bevolkingsonderzoek, terwijl verspreiding van het humaan papillomavirus (HPV) onder lesbische vrouwen – ongeacht of ze ooit seks hebben gehad met een man – evenveel voorkomt.^{19,20} Ook hebben lesbische vrouwen een verhoogd risico op eierstokkanker omdat ze minder vaak dan heteroseksuele vrouwen de pil gebruiken, zwanger zijn en borstvoeding geven.²¹ In een systematisch literatuuroverzicht van ervaringen met kankerzorg kwam naar voren dat LHB-personen ervaring hebben met en angst hebben voor homofobie, negatief gedrag van artsen en heteronormativiteit, en onvervulde behoeften hebben aan LHB-specifieke informatie.^{22,23}

DIVERSITEITSENSITIEF WERKEN

Diversiteitssensitieve zorg is passende, persoonsgerichte zorg op basis van specifieke kenmerken van de patiënt, zoals cultuur, gender, leeftijd of seksuele oriëntatie. Bedenk dat het erom gaat alleen verschil te maken wanneer dat relevant is. Ook specifieke kenmerken van de huisarts kunnen van invloed zijn op onder andere de gespreksonderwerpen, de communicatiestijl, de non-verbale communicatie en de lengte van het consult.²⁴ Wanneer de huisarts bijvoorbeeld laat

DE KERN

- Wat betreft geestelijke gezondheid, risicogedrag en preventie zijn er duidelijke gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-personen, ten nadele van de laatste groep.
- In diversiteitssensitieve zorg hebben zorgverleners en patiënten bewustzijn, kennis en begrip van relevante verschillen.
- Door diversiteit mee te nemen in de anamnese, diagnose en behandeling kan iedereen de best passende zorg ontvangen. Zo kunnen onderlinge gezondheidsverschillen afnemen.

blijken positief te staan tegenover LHB-personen, hen niet veroordeelt en respect toont, zullen patiënten meer geneigd zijn om open te zijn en vertrouwen te hebben.²⁴

Het doel van diversiteitssensitieve zorg is de bestaande gezondheidsverschillen tussen LHB-personen en heteroseksuele personen te verkleinen.²⁵ Een review laat zien dat kennis, attitude en gedrag van studenten en professionals met betrekking tot diversiteitsspecifieke gezondheidszorg na een training op de korte termijn verbeteren.²⁶ Elders zijn richtlijnen verschenen voor huisartsen die handvatten bieden.^{27,28} We geven hieronder enkele praktische adviezen.

1. Ga er niet van uit dat iemand heteroseksueel is. LHB-personen durven niet altijd vanzelf te vertellen over hun seksuele oriëntatie. Dit hangt af van de open en empathische attitude van de gesprekspartner.²⁹ Vraag een nieuwe patiënt of een patiënt die u nog niet goed kent of hij of zij een relatie heeft, samenwoont en/of seksueel contact heeft met een man of vrouw. Niet iedereen die zich aangetrokken voelt tot iemand van hetzelfde geslacht heeft daarmee ook seks of noemt zichzelf homoseksueel of lesbisch.

2. Wanneer u naar seksuele oriëntatie vraagt zal de patiënt dat meestal positief waarderen, mits u 'inclusieve' taal gebruikt die niet uitgaat van stereotiepe vooronderstellingen.³⁰ Voorbeelden van inclusieve woorden: 'ouders' in plaats van 'vaders en moeders' of 'partner' in plaats van 'hij/zij/man/vrouw/echtgenoot/echtgenote'. Bedenk dat LHB-personen kunnen trouwen en kinderen kunnen wensen of hebben. Stereotiepe vooronderstellingen zijn bijvoorbeeld dat alle homoseksuele mannen anale seks zouden wensen of hebben, dat lesbische vrouwen nooit vaginale penetratie zouden wensen of hebben, of alleen maar seks hebben gehad met



Campagne van Alliantie Gezondheidszorg op Maat: www.komteemensbijdedokter.nl. Bron: WOMEN Inc

een vrouw. Of dat biseksuele personen niet zouden kunnen kiezen voor een hetero- of homoseksuele oriëntatie. Wees open en vraag de patiënt om hulp. Zeg bijvoorbeeld: 'Ik ben niet bekend met de LHB-gemeenschap, dus corrigeer me alsjeblieft als ik niet de juiste vragen stel.'

2. Vraag bij onderwerpen die zijn gerelateerd aan seksuele gezondheid (soa, anticonceptie, seksuele problemen, seksueel misbruik) naar seksueel gedrag en niet naar identiteit. Vraag dus: 'Voel je je aangetrokken tot of heb je seks met een vrouw en/of man?' En niet: 'Ben je lesbisch, homo- of biseksueel?' Niet iedereen identificeert zich met een bepaald label. Heteroseksuele mannen kunnen seks hebben met mannen, lesbische vrouwen hebben wellicht seksueel contact (gehad) met mannen. Informeer bij lesbische vrouwen of ze weten dat ook zij risico lopen op baarmoederhalskanker, ook als ze nooit gemeenschap met een man hebben gehad.³¹ Wees bij mannen die seks hebben met mannen proactief bij het bespreken van preventie met PrEP en hepatitis B-vaccin (geïndiceerde en zorggerelateerde individuele preventie).
3. Denk bij depressieve klachten, suïcidale uitingen en verslavingsproblematiek ook aan minderheidsstress als mogelijke oorzaak. Dat wil zeggen dat iemand door veroordeling van en negativiteit over de eigen seksuele oriëntatie klem komt te zetten. Dit komt vooral voor bij jongvolwassenen die na hun coming-out stigmatisering, discriminatie en geweld kunnen meemaken.³² De ervaren negativiteit past de persoon dan toe op zichzelf.
4. Noteer (met toestemming van de patiënt) de seksuele oriëntatie in het dossier of als werkaantekening. Leg uit waarom u dit belangrijk vindt.^{33,34} Vragen naar de seksuele oriëntatie krijgt pas betekenis als de patiënt weet waarom de huisarts ernaar vraagt en als de vraag is ingebed binnen de context van het consult.³⁵ Een notitie in het dossier maakt het mogelijk de gezondheidsproblematiek eventueel te relateren aan de seksuele oriëntatie en helpt om deze patiënt niet heteronormatief te benaderen.

CASUS 1 MEVROUW OVERBEEK (VERVOLG)

De assistente vertelt later op de dag aan de huisarts dat ze haar verontschuldiging heeft aangeboden aan mevrouw Overbeek. De huisarts weet echter dat ook lesbische vrouwen door HPV baarmoederhalskanker kunnen krijgen. Een uitstrijkje is daarom wel noodzakelijk. Ze belt mevrouw op, legt de situatie uit en raadt haar aan alsnog een uitstrijkje te laten maken.

CASUS 2 MENEER EL YAACOUBI (VERVOLG)

Nadat hij de klachten heeft samengevat, geeft de huisarts de volgende gevoelsreflectie. 'Ik heb het gevoel dat je behoorlijk klem zit, klopt dat?' Hierop valt een stilte en de heer el Yaacoubi wendt zijn blik af. 'Heb je een goede vriend of vriendin met wie je kunt praten?', vraagt de huisarts. 'Of met je ouders?' Het blijft stil. 'Schaam je je ergens voor? Ik heb een beroepsgeheim, je kunt alles vertellen.' Dan vertelt de heer el Yaacoubi dat hij niet zeker weet of hij homo is en niet weet met wie hij erover moet praten. De huisarts geeft vervolgens erkenning voor de nood waarin de heer el Yaacoubi zit.

5. Bespreek het thema seksuele diversiteit met het hele huisartsenteam, zodat de praktijk op eenzelfde manier aan een LHB-positieve houding kan werken. LHB-personen zijn namelijk minder tevreden over hun huisarts dan heteroseksuele personen (respectievelijk 13% en 8%), voelen zich vaker onbegrepen (17% en 8%) en geven vaker aan dat ze te maken hebben met discriminatie door of vooroordelen van huisartsen (28% en 9%).³⁶ Gebruik in de spreek- of wachtkamer ook posters en folders over onderwerpen rond sekse-, gender- en seksuele diversiteit.²⁷
6. Maak in opleiding en scholing gebruik van LHB-casuïstiek. Onderzoek laat zien dat specifieke scholing over diversiteit zin heeft.²⁵ Deze verbetert zowel de kennis, attitude als de vaardigheden met betrekking tot LHB-specifieke gezondheidsproblemen. Diversiteitssensitieve aspecten kunnen een plek krijgen in scholing over persoonsgerichte zorg en gezamenlijke besluitvorming, mits ook LHB-casuïstiek een plaats krijgt. Daarnaast draagt het persoonlijke contact met LHB-personen of het leren van LHB-rolmodellen in de gezondheidszorg bij aan het verminderen van vooroordelen.³⁷ In Nederland maakt de artsengroep Roze in Wit zich hiervoor sterk.

CONCLUSIE

Rekening houden met diversiteit in seksuele oriëntatie betekent dat huisartsen biologische, psychische en sociale aspecten meenemen in de anamnese, diagnose en behandeling, die recht doen aan de specifieke seksuele oriëntatie van de patiënt. Dankzij passende en niet-veroordelende zorg kunnen de gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-personen afnemen. Belangrijk zijn daarbij thema's als geestelijke gezondheid (depressie en suïcidaliteit), risicogedrag (overmatig alcohol- en drugsgebruik, verhoogd soa- en hiv-risico) en preventie (screening van HPV, verstrekking van PrEP en hepatitis B-vaccinatie). ■

LITERATUUR

1. Lagro-Janssen T. Gender, gelijkheid en geneeskunde. *Huisarts Wet* 2014;57:452-6.
2. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine. *Med Educ* 2011;45:613-24.
3. McClelland S, Dutcher H. Heterosexist bias in research. In: Golberg A, editor. *The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies*, 2016:502-5.

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

Leusink P, De Blécourt KE, Bakker BHW. Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie. *Huisarts Wet* 2021;64(6):46-8. DOI:10.1007/s12445-021-1139-6.

Praktijk de Huisarts, Gouda/De Seksuele Zaak, Utrecht, dr. P. Leusink, huisarts en arts seksuele gezondheid, peter.leusink@kpnmail.nl. Rutgers, Utrecht: K.E. de Blécourt, senior programmamedewerker Zorg & Informatie; B.H.W. Bakker, senior programmamedewerker Zorg & Informatie.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus 'Hart in de keel'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 24-jarige student geneeskunde komt tussendoor op het spreekuur van de huisarts.

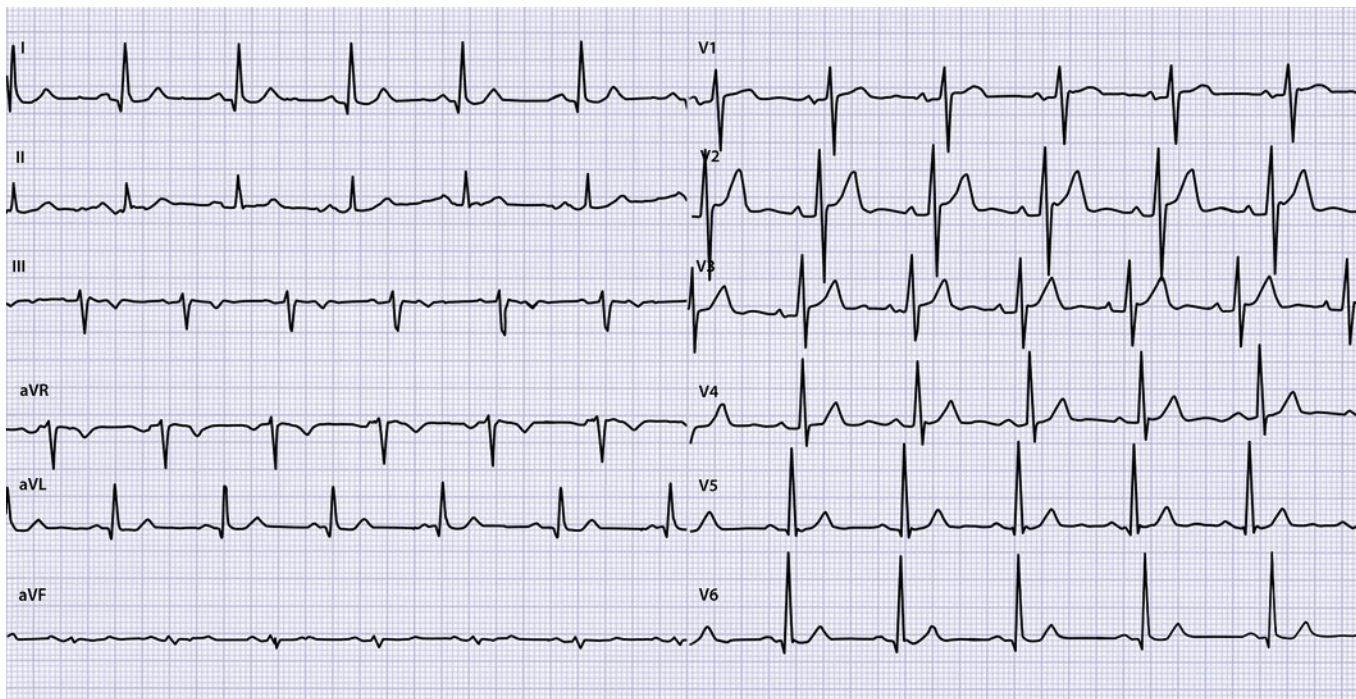
Voorgeschiedenis: Blanco. Een vriend van hem overleed vorig jaar plotseling in zijn slaap. Bij autopsie is daarvoor geen goede verklaring gevonden.

Medicatie: Geen.

Anamnese: De patiënt heeft vaak het gevoel dat zijn 'hart in de keel bonst', ongeveer een half uur lang. De polsfrequentie varieert daarbij van 100-120/min. Nu zijn de klachten ook aanwezig en hij ervaart daarbij druk op de borst en angst.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk: 130/80 mmHg. Puls: 84/min. Hart en longen zonder afwijkingen.

Vanwege de klachten en de daarbij toch normale polsfrequentie acht de huisarts de kans op een hartritmestoornis klein. Toch beschouwt hij dit als een goed moment om een ecg te maken om een hartritmestoornis uit te sluiten. Er zijn op dit moment immers klachten en zo kan hij de patiënt geruststellen.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10+.^{1,2}
2. Hoe luidt uw diagnose en welk beleid stelt u voor?

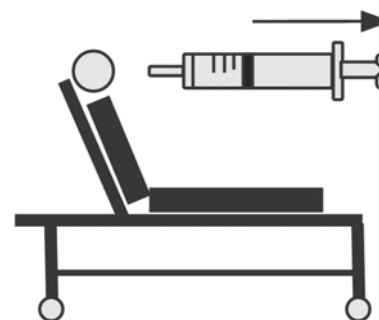
➤ Het antwoord vindt u op pagina 58 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Hart in de keel'.

LITERATUUR

1. Konings KTS, Willemsen RTA. ECG-10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.
2. Konings K, Willemsen RTA, Bertholet GJM. ECG's beoordelen én begrijpen. De ECG-10+ methode. Leer- en oefenboek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.

Valsalva-manoeuvre

- In het artikel van Euwema en Stegmann worden carotismassage, de Valsalva-manoeuvre en de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre beschreven voor conversie van een supraventriculaire tachycardie. Het werkingsmechanisme is activatie van de nervus vagus. Waar zorgt dit voor?
 - Stijging van de bloeddruk
 - Stijging van de cardiale output
 - Toegenomen prikkelgeneratie in de sinusknop
 - Vertraagde prikkelgeleiding in de AV-knoop
- Welke uitvoering van de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre is juist?
 - Liggend uitvoeren van de Valsalva-manoeuvre met de benen vlak, daarna passief heffen van de gestrekte benen in een hoek van 45-90 graden
 - Zittend uitvoeren van de Valsalva-manoeuvre, daarna passief heffen van de gestrekte benen in een hoek van 45-90 graden in liggende houding
 - Liggend uitvoeren van de Valsalva-manoeuvre met de gestrekte benen in een hoek van 45-90 graden
- Het werkingsmechanisme van de Valsalva-manoeuvre is het creëren van een verhoogde druk in de thoraxholte en thoracale vaten met als gevolg stimulatie van de n. vagus. Wat is het additionele effect van de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre?
 - Compensatoire activatie van de n. vagus door stijging van de cardiale output en bloeddruk
 - Plotselinge deactivatie van de n. vagus door houdingsverandering
- Euwema en Stegmann noemen 2 manieren om de Valsalva-manoeuvre uit te voeren. De eerste is blazen in een 10 ml-spuitje, waarbij de patiënt de zuiger wegblaast. In een tweede methode blaast de patiënt in de slang van een bloeddrukmeter. Welk onderdeel wordt genoemd van deze tweede methode?
 - De opgebouwde druk is hoger.
 - De opgebouwde druk is meetbaar.
 - Het is eenvoudiger voor de patiënt.
 - Het is effectiever.
- Hoe hoog is idealiter de opgebouwde druk bij de Valsalva-manoeuvre?
 - 10-20 mmHg
 - 30-40 mmHg
 - 50-60 mmHg
- Carotismassage kent (zeldzame) potentieel ernstige bijwerkingen. Welke ernstige bijwerkingen komen het vaakst voor?
 - Neurologische bijwerkingen, zoals TIA of CVA
 - Cardiale bijwerkingen, zoals ventrikelfibrilleren of asystolie
- Er zijn een aantal voorwaarden voor het toepassen van een therapeutische of diagnostische interventie: de interventie moet effectief zijn, de opbrengst groot en het risico klein. Aan welke andere voorwaarde moet worden voldoen?
 - De interventie moet bewezen zijn in een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek.
 - Er mogen geen veiligere alternatieven voorhanden zijn.
 - Er mogen geen goedkopere alternatieven voorhanden zijn.



- Aios en opleider bespreken tijdens het leergesprek de ecg-afwijkingen die passen bij de verschillende supraventriculaire tachycardiën. De opleider vraagt wat er te zeggen is over de P-toppen bij een AV-nodale re-entry tachycardie. Welk antwoord is juist?
 - De p-toppen bevinden zich voor het QRS-complex.
 - De p-toppen bevinden zich na het QRS-complex.
 - De p-toppen zijn irregulier.
 - De p-toppen zijn afwezig.

De kennistoets is gemaakt door Anne Klijnsma, toetsredacteur. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

LITERATUUR

Euwema JJ, Stegmann ME. Een acrobatische update van de Valsalva-manoeuvre. *Huisarts Wet* 2021;64(6):67-8. DOI:10.1007/s12445-021-1137-8.
 Van den Brink RB, De Lange FJ. Carotismassage is geen onschuldige interventie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1312.
 Van Munster CE, Van Ballegoij WJ, Schroeder-Tanka JM, Van den Berg-Vos, RM. Een ernstig herseninfarct na carotismassage. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D826E.
 Willemsen R, Konings K. Hartkloppingen. <https://www.henw.org/artikelen/ecg-casus-hartkloppingen>.

ANTWOORDEN

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

Vroege symptomen van subacute endocarditis

Anke Steerneman

Endocarditis is een zeldzame, maar ernstige aandoening met hoge mortaliteit. Het klassieke beeld van endocarditis is koorts met eventueel de andere B-symptomen nachtzweeten en gewichtsverlies, met bij auscultatie een soufflé. Bij subacute endocarditis (endocarditis lenta) ontstaan deze symptomen en bevindingen vaak pas in een laat stadium en is er daaraan voorafgaand al enige tijd sprake van een specifiek beeld. Door vroegtijdige herkenning en tijdige, juiste verwijzing kan de huisarts mogelijk levens redden en levenslange complicaties voorkomen. Zijn er vroege symptomen die bij (jonge) gezonde patiënten zonder vooraf bekende hartaandoening de huisarts tijdig(er) op het spoor van endocarditis kunnen zetten?

Endocarditis is met een geschatte jaarlijkse incidentie van 3 tot ruim 9 per 100.000 personen per jaar een zeldzame ziekte.^{1,2} Een onderzoek in Nederland laat zien dat gedurende 2 jaar 438 patiënten voldeden aan de criteria voor endocarditis, van wie 89 op basis van een kunstklep en 349 op basis van een

natieve hartklep. De incidentie neemt toe met de leeftijd en is hoger bij mannen dan bij vrouwen.³ Vóór de introductie van antibiotica was endocarditis een dodelijke ziekte. Ook nu nog overlijdt 20% van de patiënten in het ziekenhuis, de mortaliteit na 6 maanden wordt geschat op 25 tot 60%.^{4,5}

PATHOFYSIOLOGIE

(Subacute) endocarditis is een infectie van het cardiale endotheel die kan leiden tot de vorming van klepvegetaties, intracardiale abcessen, aantasting van cardiale structuren en extra-cardiale complicaties.¹ Meestal is er pre-existente schade zoals een congenitaal klepgebrek of veroudering, maar bij 50% van de patiënten met een endocarditis op een natieve klep is er geen pre-existent kleplijden.⁵

Endocarditis kan leiden tot cardiale en extracardiale complicaties door 1) lokale uitbreiding van de infectie, 2) bacteriëmie, 3) (septische) embolisatie en 4) immunologisch gemedieerde mechanismen.⁵

De extracardiale manifestaties ontstaan door metastatische

CASUS: JONGE VROUW MET NEUROLOGISCHE KLACHTEN

Een patiënte [27 jaar] komt bij de huisarts met sinds enkele weken flitsen in beide ogen en, recenter, niet tegelijk optredende, niet goed te beschrijven sensibiliteitsstoornissen aan de linkerarm, beide benen, en de linker gezichtshelft. De huisarts verwijst de patiënte naar de neuroloog in verband met vermoeden van MS of andere neurologische pathologie; de neuroloog sluit deze aandoeningen uit met een MRI.

Na enkele maanden komt de patiënte terug voor aanhoudende vermoeidheid en malaise na ziekenhuisopname in het buitenland. Aanleiding voor opname: krachtverlies in linkerarm en -been, afwijkende spraak. Een herseninfectie werd middels een CT-scan uitgesloten. De patiënte werd *fit-to-fly* verklaard en met de differentiaaldiagnose infectie, hoogteziekte of hypoglykemieën naar huis gestuurd. De huisarts ziet een niet zieke, wat magere vrouw, bij wie de lage bloeddruk [90/60] en de lichte tachycardie [100] opvallen. De huisarts overlegt met de neuroloog, die geen relatie ziet tussen de recente passagère pareseklachten en de eerdere sensibiliteitsstoornissen. Na overleg met de internist vraagt de huisarts uitgebreid lab aan ter uitsluiting van infectieus beeld en Addison. Alleen het BSE en CRP blijken licht verhoogd te zijn en de huisarts besluit tot een afwachtend beleid op basis van vermoeden van een post-infectieus beeld. Vanwege een niet-pluisgevoel onder andere op basis van de hypotensie en tachycardie spreekt zij een controleafspraak af. In de daaropvolgende 2 weken ziet de huisarts de patiënte driemaal terug met ongeruste familieleden die denken aan de ziekte van Lyme of surmenage. De patiënte zelf geeft aan 'er niet aan te moeten denken weer aan het werk te moeten gaan', hetgeen het niet-pluisgevoel van de huisarts bij deze voorheen actieve en sportieve vrouw versterkt. De

lage bloeddruk en tachycardie [nu 120] blijven bestaan en tijdens de tweede van deze 3 contacten hoort de huisarts een lichte soufflé, 1/6. De huisarts overlegt met de cardioloog vanwege een vermoeden van ritmestoornis of endocarditis. De cardioloog zal de patiënte binnen een week oproepen voor een echo van het hart.

Enkele dagen later komt de patiënte ziek en met pijn in de linkerlies binnen. Ze heeft het weekend stekende pijn op de borst gehad. De soufflé over het hart is toegenomen tot 2/6, er is een pijnlijke zwelling met soufflé in de lies en zij heeft koorts, 39 °C. Op basis van deze combinatie van klachten en bevindingen stuurt de huisarts de patiënte met spoed naar de cardioloog ter uitsluiting van endocarditis.

De cardioloog constateert een vergevorderde endocarditis op basis van *Streptococcus mitis* met een septische embolie in de a. femoralis communis links. De mitralisklep wordt vervangen en er vindt lysesobstructie door middel van embolectomie plaats.

Na enkele weken ziekenhuisopname wordt de patiënte ontslagen met intraveneuze antibiotica thuis. In de eerste nacht thuis ontwikkelt ze pijn op de borst. Bij de spoedvisite in de ochtend is er een bloeddruk van 70/40 en collabeert patiënte enkele malen bij overeindkomen. In het ziekenhuis wordt een late hartamponnade geconstateerd die zij door resternotomie ternauwernood overleeft.

In een nagesprek meldt de patiënte dat zij in de maanden tussen het bezoek aan de neuroloog en de ziekenhuisopname in het buitenland een vrij ernstige, per dag wisselende inspanningstolerantie had ervaren. Zij houdt wisselend last van haar linkerbeen en de kinderwens is gecompliceerd in verband met de noodzakelijke antistolling.

DE KERN

- Endocarditis is een levensbedreigende aandoening die snelle diagnostiek en snel ingrijpen vereist.
- Bij subacute endocarditis ontbreken meestal de klassieke symptomen zoals koorts en een soufflé. Het begin is sluipend met specifieke klachten.
- Niet goed te verklaren neurologische verschijnselen en verminderde inspanningstolerantie moeten redenen zijn om subacute endocarditis hoog in de differentiaaldiagnose te plaatsen.

abcessen of micro-embolisatie van bacteriën of debris van de beschadigde klep, of door vasculitis ten gevolge van een lokale immunologische respons.⁶

SYMPTOMEN

Subacute endocarditis wordt vaak veroorzaakt door micro-organismen zoals *Streptococcus viridans* en enterokokken, die niet ernstig virulent zijn. Het geeft een veel specifieker beeld dan de acute endocarditis, vaker veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, waarbij de klassieke bevindingen van koorts en een soufflé meestal op de voorgrond staan.⁴ Patiënten hebben vaak klachten zoals weken tot maanden bestaande moeheid, algemene malaise, gewichtsverlies, artralgie, myalgie, nachtzweeten, intermitterende (sub)febriële temperatuursverhoging (door de persisterende bacteriëmie) of rugpijn (soms door spondylodiscitis). Patiënten kunnen ook komen met klachten die wijzen op een cerebrovasculair accident of een myocardin-

farct.⁵ Pijn in de buik kan ook het belangrijkste symptoom zijn door een nierinfarct of een miltinfarct of -ruptuur.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Bloedonderzoek is vaak specifiek afwijkend (vaak normochrome normocytair anemie, normaal of licht verhoogde leukocyten, soms iets verlaagde trombocyten, CRP meestal verhoogd, soms verhoogd creatinine). Soms is er hematurie.⁵ Wanneer wordt gedacht aan endocarditis moet de diagnose worden gesteld middels bloedkweken. De behandeling wordt bepaald in de tweede lijn.^{1,5} Verder kan, in de tweede lijn, het volgende beeldvormend onderzoek relevant zijn: ecg, echo van het hart, CT-brein met en zonder contrast, MRI-brein en meer recent multislice computed tomography (MSCT) en F-FDG PET/CT.^{5,7}

Vaak behandelt men conservatief met antibiotica. Er zijn 3 grote criteria voor operatie:⁴

- ongecontroleerde infectie, met eventueel optreden van trombo-embolische complicaties ondanks behandeling met antibiotica (waarbij er lokale schade is door fistels, abcessen, geleidingsproblematiek of persisterend positieve bloedkweken)
- hoog risico op embolisatie op basis van de grootte van de vegetaties
- hartfalen als gevolg van klepdestructie

ZIJN ER VROEGE SYMPTOMEN?

Aangezien de klachten van onze patiënte in eerste instantie specifiek waren en na bezoek aan de neuroloog niet-neurologisch werden geïdentificeerd, vroegen we ons af hoe sterk de relatie is tussen neurologische symptomen en subacute endocarditis en



Een belangrijk criterium voor een operatie is hartfalen als gevolg van een klepdestructie.

Foto: ANP

of er in de literatuur andere vroege symptomen van subacute endocarditis worden beschreven die huisartsen eerder op het spoor kunnen zetten van deze ernstige aandoening.

We doorzochten PubMed op publicaties over endocarditis lenta met de zoekstrategie '(endocarditis lenta) OR (endocarditis subacute)) (bacterial OR infective) symptoms'. Dit leverde meer dan 1000 artikelen op, waaronder veel beschouwingen. We selecteerden de *case reports* vanaf 2018 (arbitrair) over niet-acuut zieke patiënten, zonder ziekte vooraf, met een native klep en zonder drugsgebruik in de voorgeschiedenis. Dit leidde tot 16 case reports en een retrospectieve review van 361 patiënten met endocarditis [online tabel].

Uit de case reports selecteerden we de vroege symptomen van deze patiënten [online tabel]. In 16 casussen werden 22 (vroege) symptomen van subacute endocarditis gemeld; 5 van deze symptomen werden veroorzaakt door embolieën. Kortademigheid bij inspanning werd vaak genoemd (6 casussen) evenals koorts, pijnlijke gewrichten en huidafwijkingen.

BESCHOUWING

Van der Meer concludeert dat endocarditis zich op veel verschillende manieren kan presenteren, hetgeen ook uit de case reports blijkt.⁴ Patiënten doorlopen daardoor soms eerst een diagnostisch traject bij de huisarts en bij meerdere andere specialisten, voordat zij bij de cardioloog/internist terechtkomen. De casus in dit artikel illustreert dit: onze patiënte werd gezien door een neuroloog in Nederland (differentiaaldiagnose MS), door diverse specialisten gedurende haar opname in het buitenland (differentiaaldiagnose CVA, infectie, hypoglykemie en hoogteziekte), en de huisarts raadpleegde 3 specialisten (differentiaaldiagnose MS, CVA, Addison, postinfectieus beeld, ritmestoornis of endocarditis) voordat patiënte uiteindelijk werd gezien op de Spoedeisende Hulp.

De verminderde inspanningstolerantie werd waarschijnlijk veroorzaakt door de klepdestructie en secundair daaraan ontstond de hypotensie en de tachycardie. Haar diffuse sensibiliteitsstoornissen en flitsen in het oog en de later optredende TIA waren achteraf gezien neurologische manifestaties van de endocarditis en werden evenals het stolsel in de femoralis veroorzaakt door embolisatie vanuit de cardiale bron. Deze werden niet op de al vroeg in het ziektebeloop gemaakte MRI gezien, hetgeen lijkt te passen bij het feit dat de neurologische klachten van de patiënte steeds van voorbijgaande aard waren en mogelijk werden veroorzaakt door kleine (septische) embolieën die via de lichaamseigen fibrinolytische activiteit werden opgelost. Op een CT-scan kunnen deze embolisaties worden gemist.

Het centraal zenuwstelsel blijkt bij endocarditis veel vaker te zijn aangedaan dan men op grond van het klinische beeld zou verwachten. In een onderzoek onder 130 patiënten was endocarditis in eerste instantie bij 77 patiënten bevestigd, voor 50 patiënten was het een mogelijke diagnose en bij 3 patiënten werd endocarditis uitgesloten. Van de 130 patiënten had 12% acute neurologische symptomen. Na uitvoeren van een MRI bij alle patiënten had 82% cerebrale afwijkingen.⁸ Bij 68

patiënten bleek dit een ischemische afwijking, waardoor de diagnose endocarditis bij 14 van de 53 patiënten bij wie de diagnose endocarditis werd vermoed dan wel verworpen alsnog kon worden bevestigd, en bij 3 patiënten werd endocarditis alsnog vermoed. In een ander retrospectief onderzoek onder 361 patiënten met endocarditis hadden 126 patiënten neurologische symptomen.⁹ Bij 79 van deze 126 patiënten werd een MRI uitgevoerd en 74 van deze 79 hadden op de MRI acute of subacute afwijkingen.

CONCLUSIE

Omdat de huisarts haar niet-pluisgevoel volgde en de patiënte herhaaldelijk liet terugkomen voor controle bij zieker worden of koorts kwam de spoedverwijzing nog net op tijd. De patiënte had wel het nadrukkelijke advies moeten krijgen terug te komen als de neuroloog geen verklaring zou vinden voor haar klachten. Ze gaf naderhand aan tussen het bezoek aan de neuroloog en de vakantie in het buitenland een toenemende en per dag wisselende inspanningstolerantie te hebben ervaren. Nadere anamnese hiervan had waarschijnlijk geleid tot breder lichamelijk en aanvullend (cardiaal) onderzoek.

De neurologische klachten in combinatie met vermoeidheid, verminderde inspanningstolerantie, hypotensie en tachycardie hadden sneller moeten leiden tot een vermoeden van trombo-embolische complicaties van een cardiale bron, zeker nadat de patiënte in het buitenland symptomen van een TIA ontwikkelde. Heroverweging van de aldaar verworpen diagnose CVA/TIA had kunnen leiden tot eerder (operatief) ingrijpen en had wellicht de trombose in de lies kunnen voorkomen.

Concluderend: bij subacute endocarditis in een vroeg stadium ontbreken vaak de meer klassieke symptomen van onbegrepen koorts en (nieuwe) cardiale soufflé. Symptomen die de huisarts vroegtijdig op het juiste spoor kunnen zetten, zijn niet goed te verklaren neurologische klachten of trombo-embolische complicaties, met name in combinatie met verminderde inspanningstolerantie. ■

LITERATUUR

1. Van der Vaart TW, Buiting A, Deckers JW, Natour EH, Verkaik NJ, Van der Meer JT. SWAB guidelines for the antimicrobial treatment of infective endocarditis. Leiden: SWAB, 2019.
2. Walpot J, Blok W, Van Zwielen J, Klazen C, Amsel B. Incidence and complication rate of infective endocarditis in the Dutch region of Walcheren: a 3-year retrospective study. *Acta Cardiol* 2006;61:175-81.
3. Van der Meer JT, Thompson J, Valkenburg HA, Michel MF. Epidemiology of bacterial endocarditis in The Netherlands. I. Patient characteristics. *Arch Intern Med* 1992;152:1863-8.

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

Steerneman A. Vroege symptomen van subacute endocarditis. *Huisarts Wet* 2021;64(6):53-5. DOI:10.1007/s12445-021-1138-7. Huisartsenpraktijk Salomé & Steerneman, Geldermalsen: A. Steerneman, huisarts, ankesteerneman@hotmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ribs-on-pelvissyndroom

Annie Bos, Anouk Meijer, Just Eekhof

Oudere patiënten kunnen te maken krijgen met het ribs-on-pelvissyndroom. Deze hinderlijke, soms pijnlijke, aandoening wordt veroorzaakt door inzakking van de wervelkolom, waardoor de onderste ribben in contact komen met de bekkenkam. Het beleid daarbij is niet eenduidig. De behandeling is vooral gericht op beheersing van de pijn en kan per patiënt verschillen.

Het ribs-on-pelvissyndroom ontstaat doordat de onderste ribben tegen de bekkenkam aanstoten, wat bewegings- en houdingsafhankelijke pijn veroorzaakt.^{1,2} Het ziektebeeld staat bekend onder verschillende namen, waaronder 'costo-iliacale-impingementsyndroom', 'rib-tipsyndroom' en 'iliocostale-frictiesyndroom'. Er is weinig onderzoek naar dit syndroom gedaan en er worden verschillende definities gehanteerd.

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

De oudere patiënt kan bij het zitten of in bepaalde houdingen hinder ervaren door het contact dat de onderste ribben maken met de bovenrand van het bekken. Er zijn klachten over pijn aan de bovenkant van de bekkenkam. Die pijn kan aan 1 kant, maar ook aan beide kanten voorkomen. De pijn wordt erger door rotatie en lateroflexie van de romp, bij langdurig zitten en bij opstaan vanuit een zittende positie.^{2,3}

ETIOLOGIE/PATHOGENESE

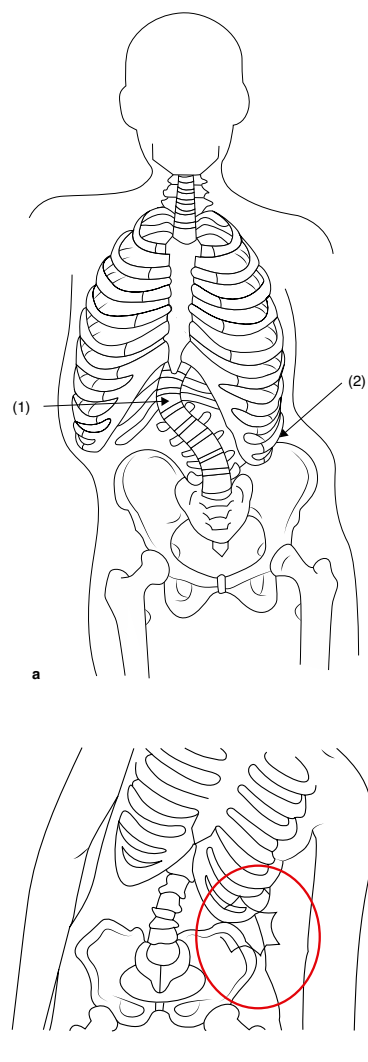
In de loop van het leven neemt de lichaamslengte af door het inzakken en de standsverandering van vooral de lumbale en thoracale wervelkolom [figuur]. De afstand tussen de onderste 3 ribben en de bekkenkam wordt dan kleiner. Hierdoor raken de onderkant van de ribben en het bekken elkaar bij bepaalde houdingen of bewegingen, wat pijn en bewegingsbeperking veroorzaakt.^{1,4} Dit komt door het fysiologische verouderingsproces in combinatie met osteoporose, waardoor degeneratieve veranderingen van de tussenwervelschijven, toename van de thoracale kyfose en compressiefracturen van de wervellichamen optreden.^{3,4}

Onder de differentiaaldiagnose vallen onder andere intercos-

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

Figuur

Ribs on pelvis



Versterkte kyfose [1]: de patiënt geeft het probleem aan bij [2].

tale neuralgie, myogene oorzaken en botmetastasen in bekken of ribben. Er zijn ook zeldzamere oorzaken zoals primaire botmaligniteiten (ziekte van Kahler, ziekte van Waldenström), maligniteiten van de weke delen en aandoeningen van de inwendige organen.^{4,5}

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentie van osteoporose bij oudere vrouwen is hoger dan bij mannen. Dit geldt ook voor het ribs-on-pelvissyndroom.

KERNPUNTEN

- Het ribs-on-pelvisyndroom wordt veroorzaakt door inzakking van de wervelkolom, waardoor de onderste ribben in contact komen met de bekkenkam.
- Bij palpatie zijn de onderste ribben en de bekkenkam gevoelig.
- De diagnose kan worden gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Aanvullend onderzoek heeft geen toegevoegde waarde.
- Er is tot op heden geen bewezen effectief of eenduidig beleid.

droom.⁶ Er zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar over hoe vaak de aandoening onder Nederlandse ouderen voorkomt.

ANAMNESE

Vraag naar de volgende punten:

- Ontstaan en duur van de klachten. Was er een specifieke aanleiding bij de eerste keer dat de patiënt klachten had?
- Invloed van rust, houding en beweging op de klachten
- Aanwijzingen voor wervelfracturen zoals:
 - verlies lichaamslengte
 - voorafgaande episodes van rugklachten
 - (recente) postuurverandering
- Lengte van de patiënt in het verleden
- Lokalisatie en uitstraling
- Gewichtsverlies
- Een maligniteit in de voorgeschiedenis
- Doorgemaakte trauma's
- Hinder en beperkingen bij dagelijkse activiteiten

(AANVULLEND) ONDERZOEK

De huisarts kijkt naar de lichaamshouding en meet de lengte van de patiënt. Is er sprake van een versterkte kyfose? Is er klop-, druk- en asdrukpijn van de wervelkolom? Hoe groot is de afstand tussen ribbenboog en bekkenkam? Zijn de onderste ribben en de bekkenkam gevoelig bij palpatie?⁵ Hoe beweeglijk is de romp?

Bij een duidelijk verhaal is aanvullend onderzoek niet zinvol. Als de klachten recent zijn ontstaan, is bij kloppijn van de wervels of na een (recent) trauma een röntgenfoto van de wervelkolom te overwegen.⁷ Bij het vermoeden van osteoporose vindt het verdere beleid plaats conform de NHG-Standaard Fractuurpreventie.⁸

BELEID

De huisarts hanteert het volgende beleid.

- *Uitleg.* Het doel van de behandeling is het verminderen van de pijn. Het ribs-on-pelvisyndroom is een goedaardige maar hinderlijke aandoening. Er is geen duidelijke behandeling die bij alle patiënten tot verbetering leidt. Het gaat erom hoe je bij deze oudere patiënt de klachten kunt verminderen.

- *Niet-medicamenteuze adviezen.* Met houdingsadviezen wordt geprobeerd de afstand tussen de ribbenboog en bekkenkam te vergroten. Zo kan de fysio- of oefentherapie oefeningen adviseren om de beweeglijkheid van de romp te bevorderen en de iliocostale afstand te vergroten om de klachten te verlichten.¹⁻³
- *Medicatie.* Zo nodig schrijft de huisarts paracetamol voor.⁹ Het gebruik van NSAID's wordt afgeraden bij patiënten ouder dan 75 jaar. Een lokale injectie met lidocaïne wordt ook afgeraden, omdat de effectiviteit daarvan niet is aangetoond en vanwege de contra-indicaties (waaronder geleidingsstoornissen en hartfalen).
- *Elastische riem.* Men kan de patiënt een stevige elastische riem aanmeten van ongeveer 7,5 cm breed. Deze wordt boven de bekkenkam aangebracht, waardoor de band de iliocostale afstand vergroot en het stoten vermindert.^{2,4}
- *Rugorthese.* Bij ernstige klachten kan een orthese worden aangemeten. De patiënt moet deze dan 2 keer per dag een half uur dragen, in combinatie met een trainingsprogramma voor de rug.⁷
- *Zenuwblokkade.* De huisarts kan bekijken of een proefblokkade van de thoracale, intercostale, twaalfde zenuwwortel de pijn vermindert. Soms heeft transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) effect.

WAT IS AANGETOOND?

Er zijn geen onderzoeken bekend naar de effectiviteit van de genoemde behandelopties.

VERWIJZEN?

Als de klachten ernstig zijn en persisteren ondanks orale pijnmedicatie en fysiotherapie, kan verwijzing naar een pijnteam worden overwogen. Als er ook na aanvullend onderzoek twijfel aan de diagnose blijft bestaan, kan een neuroloog worden geconsulteerd. ■

LITERATUUR

1. Loffeld JLF. Het zwevende-ribsyndroom: een veelal niet herkende oorzaak van pijnklachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1813-5.
2. Marcus A. *Foundations for integrative musculoskeletal medicine: an east-west approach.* Berkeley (CA): North Atlantic Books, 2005.
3. UPCM Zorgverleners. Thoracale pijn bij rib-tip syndroom. Maas-tricht: UPCM Zorgverleners, 2019. <https://www.pijn.com/en/rib-tip-syndrome-0>, geraadpleegd 16 november 2019.

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

Bos A, Meijer A, Eekhof JAH. Ribs-on-pelvisyndroom. *Huisarts Wet* 2021;64(6):56-7. DOI:10.1007/s12445-021-1136-9. Huisartsenpraktijk Oosterblokker, Hoorn: A. Meijer, huisarts; A. Bos huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden, j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Antwoord ecg-casus ‘Hart in de keel’

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie & regelmaat* | 78/min, regelmatig. Het ecg is hier niet – zoals gebruikelijk – van links naar rechts in alle afleidingen synchroon geschreven. Als dat wel zo was geweest, waren alle boven elkaar gelegen QRS-complexen namelijk precies op hetzelfde moment geschreven en gaven zij dezelfde hartslag weer. Deze ecg-instelling wordt niet aangeraden.
 2. *As* | Afleiding I is het meest positief. De meest iso-elektrische extremitetsafleiding is afleiding avF, de as staat hier dus loodrecht op. De hartas loopt horizontaal van rechts naar links (0°) en valt binnen normale grenzen.
 3. *P-top* | Normaal. Nergens te breed of te hoog en in alle afleidingen positief (behalve avR).
 4. *PQ-tijd* | Normaal, 4 mm (= 200 ms).
 5. *Q* | Normaal, geen pathologische Q's. De kleine Q-topjes in de afleidingen die de linkerkzijde van het hart registreren (I, avL, V5 en V6) tonen de normale septale depolarisatie die van links naar rechts gaat, waarna de normale LV-depolarisatie een hoge R-top veroorzaakt. Het gaat hier dus om fysiologische Q's, ook wel septum-Q's genoemd.
 6. *QRS* | Normaal. Gewone R-progressie, hoogte en breedte.
 7. *ST-segment* | Het J-punt – de overgang van S-top naar ST-segment – ligt in V2-3 1 à 1,5 mm boven de basislijn. Het ST-segment loopt schuin omhoog en is hol van vorm, niet bol. Dit is een karakteristieke normaalvariant in V2-3 voor jonge mannen.
 8. *T-top* | De T-toppen zijn hier soms wat spits, maar normaal.
 9. *QT-tijd* | Normaal, 8 mm (= 0,32 sec) en minder dan de helft van de cyclusduur.
 10. *Ritme* | SR. Normale regelmatige P-toppen, steeds gevolgd door QRS-complexen.
- + *Conclusie* | Normaal ecg. De kleine Q's lateraal en de holle ST-elevaties in V2-3 zijn niet afwijkend.

2. DIAGNOSE EN BELEID

In dit geval was er een indicatie om een ecg te maken vanwege de anamnese van een tachycardie en de aanwezige klachten tijdens het maken van het ecg. Dat ecg is geruststellend. Bij (met name jonge) gezonde mensen kan het ST-segment van V2-3 – en dus het J-punt – permanent boven de iso-elektrische lijn liggen. Dit wordt 'vroeg repolarisatie' of 'juveniel ecg' genoemd. Sterk geruststellend is het schuin oplopen van het ST-segment. Er wordt dan ook een hogere drempel gehanteerd voor het vaststellen van ST-elevaties in V2-3: bij mannen is deze drempel niet 1 maar 2 mm, bij vrouwen 1,5 mm. Bij jonge mannen (< 40 jaar) is deze drempel zelfs 2,5 mm. In deze casus is er nog een aandachtspunt: tijdens de anamnese worden er frequenties van 100-120/min gerapporteerd en tijdens het maken van het ecg zijn de klachten aanwezig, maar is de frequentie slechts 78/min. Dat kan ertoe leiden dat de huisarts alsnog ritmeregistraties gaat uitvoeren. Bij twijfel is een eventrecorder zeker te overwegen, maar een goede anamnese van de palpitations kan overdiagnostiek voorkomen. Zolang er geen plotseling begin en eind, polyurie na afloop en inspanningsintolerantie optreden, zijn er in feite geen aanwijzingen dat het ritme bij hogere frequenties afwijkt van het huidige ecg tijdens klachten. Het beleid is dan ook expectatief. ■

Vernieuwde paragraaf over niet-medicamenteuze behandeling in de NHG-Standaard DM2

Tjerk Wiersma, Matthijs Oud

De paragraaf over de niet-medicamenteuze behandeling van mensen met diabetes in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is herzien. Daarmee komt de werkgroep tegemoet aan de vele vragen die huisartsen hierover hebben.

Naar aanleiding van het op de markt komen van DPP-4-remmers, GLP1-agonisten en SGLT2-remmers verscheen in 2018 een update van de paragraaf Medicamenteuze behandeling in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Inmiddels zijn ook de adviezen over de niet-medicamenteuze behandeling opnieuw onder de loep genomen. Er waren vooral veel vragen over de eventuele voorkeur voor een (streng) koolhydraat-beperkt dieet en de meerwaarde van intensieve begeleiding van patiënten bij veranderingen in leefstijl. Bij het literatuur-onderzoek keek de werkgroep daarom met name naar deze aspecten.

NIET-MEDICAMENTEUZE ADVIEZEN

De niet-medicamenteuze adviezen voor mensen met diabetes zijn stoppen met roken, voldoende bewegen, gezonde voeding en afvallen bij een verhoogd BMI. Vooral bij mensen zonder klachten kunnen huisartsen het effect van meer bewegen en gewichtsreductie op de glucoseregulatie afwachten voordat zij medicatie voorschrijven. Denk daarbij aan een aantal maanden.

Stoppen met roken

Het belang van stoppen met roken staat buiten kijf. De adviezen daarover zijn te vinden in de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken. Die richtlijn is van relatief recente datum en daarom heeft de werkgroep deze adviezen niet opnieuw bekeken.

Bewegen

Ook bewegen leidt duidelijk tot verbetering van de conditie en heeft gunstige effecten op het hart- en vaatstelsel. Bij de revisie



De algemene leefstijladviezen gelden ook voor mensen met diabetes.

Foto: Shutterstock

ging de werkgroep dan ook vooral na of bewegen onder begeleiding tot betere resultaten leidt dan de gebruikelijke zorg, waaronder een advies om meer te bewegen. Er waren enkele aanwijzingen dat aerobe activiteiten (zoals hardlopen, fietsen of roeien) onder begeleiding meer effect hadden op de BMI en het HbA1c dan alleen een beweegadvies. Van weerstandstraining en begeleid wandelen was dat effect onduidelijk.

Gezonde voeding

Voor gezonde voeding wordt als vanouds verwezen naar de Richtlijnen Goede voeding van de Gezondheidsraad. De adviezen voor mensen met diabetes wijken niet af van de adviezen voor de algemene bevolking. Daarnaast verwijst de standaard naar de Voedingsrichtlijn Diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie. Deze richtlijn geeft vergelijkbare adviezen, maar spitst deze meer toe op mensen met diabetes.

Gewichtsverlies

Veel mensen met diabetes hebben overgewicht en gewichtsvermindering leidt tot een betere glucoseregulatie. De werkgroep heeft uitgebreid onderzocht of er een specifiek energiebeperkt dieet is dat tot betere resultaten leidt dan andere diëten. Daarbij lag de focus op het koolhydraatbeperkte en streng koolhydraatbeperkte (ketogeen) dieet, en op intermitterend vasten waarbij de patiënt 1 of 2 dagen per week vrijwel niet eet. Daarnaast keek de werkgroep naar de effecten van het vetbeperkte dieet, het zogenaamde paleodieet met veel onbewerkte voedingsmiddelen en het mediterrane dieet.

De conclusie was dat alle diëten leiden tot – doorgaans beperkt – gewichtsverlies en dat het ene dieet niet beter is dan het andere. Verder had een beweginginterventie geen duidelijk effect op het gewichtsverlies. De standaard spreekt geen voorkeur uit voor een specifiek dieet. Wel is intermitterend vasten

minder geschikt voor patiënten die een sulfonylureumderivaat of insuline gebruiken vanwege de kans op hypoglykemie. Intermitterend vasten is evenmin geschikt voor gebruikers van een SGLT2-remmer vanwege risico op ketoacidose.

OVERLEG VOORAL MET DE PATIËNT

Over het geheel genomen is de conclusie dat leefstijladviezen voor patiënten met diabetes niet wezenlijk verschillen van de adviezen voor ieder ander. Wel moeten deze adviezen – vanwege de klaarblijkelijk toegenomen risico's – met meer nadruk worden gegeven. De nieuwe paragraaf Niet-medicamenteuze adviezen benadrukt dat de huisarts vooral met de patiënt moet bespreken welke veranderingen haalbaar zijn en welke veranderingen hij ook op termijn kan volhouden. Dat geldt niet alleen voor verandering in voedingsgewoonten. Ook de vorm van bewegen die de patiënt kiest en de mate van begeleiding die daarbij wenselijk is, moet aansluiten bij diens mogelijkheden en motivatie. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 op <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2>.

Wiersma Tj, Oud M. Vernieuwde paragraaf over niet-medicamenteuze behandeling in NHG-Standaard DM2. Huisarts Wet 2021;64(6):59-60. DOI:10.1007/s12445-021-1145-8. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts; M. Oud, methodoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-Werkgroep bestond uit [alfabetische volgorde]: Barents ESE, Bilo HJG, Bouma M, Van den Brink-Muinen A, Dankers M, Van den Donk M, Hart HE, Houweling ST, IJzerman RG, Janssen PGH, Kerksen A, Palmén J, Verburg-Oorthuizen AFE, Wiersma Tj.



Samenwerking tussen huisartsen en radiologen in nieuwe LESA Radiologische diagnostiek

Marloes Minnaard, Michiel van Werkum

Huisartsen vragen regelmatig aanvullende diagnostiek aan. De nieuwe Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Radiologische diagnostiek kunnen daarbij behulpzaam zijn. De bedoeling van het document is om doelmatig aanvragen van radiologische diagnostiek te bevorderen en onnodige diagnostiek te voorkomen. De nieuwe LESA Radiologische diagnostiek besteedt ook veel aandacht aan communicatie en samenwerking tussen huisartsen en radiologen. Daarnaast biedt de LESA aanknopingspunten voor regionale afspraken.

LESA's bevatten afspraken tussen huisartsen en 1 of meer andere beroepsgroepen. Er zijn verschillende LESA's te vinden op richtlijnen.nhg.org, waaronder die voor het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. De LESA Radiologische diagnostiek is samengesteld door een werkgroep bestaande uit huisartsen, radiologen en een patiëntenvertegenwoordiger. In de werkgroep werden algemene uitgangspunten over radiologische diagnostiek besproken, maar ook aanbevelin-

gen over samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de 2 beroepsgroepen. De LESA beoogt niet volledig te zijn; het beschrijft de meest voorkomende en relevante indicaties. Het is een handreiking waarin eenvoudig de indicaties en non-indicaties van de meest aangevraagde radiologische diagnostiek kunnen worden opgezocht.

VERWACHTINGEN OVER EN WEER

In de LESA is veel aandacht voor wat de radioloog van de huisarts kan verwachten aan medische informatie bij een aanvraag. En vice versa: wat de huisarts van de radioloog kan verwachten bij de verslaglegging. Om elkaar als beroepsgroepen beter te kunnen vinden en elkaars werkwijze te begrijpen, is de LESA een mooie opstap. Tijdens de werkgroepbijeenkomsten lieten de huisartsen aan de radiologen zien hoe zij hun digitale aanvragen doen: hoe doorlopen huisartsen bij een digitale verwijzing de stappen binnen een verwijsapplicatie zoals ZorgDomein. Doel was de radiologen inzicht te verschaffen in het proces van aanvragen.



Indicaties om echo abdomen aan te vragen zijn gal- en nierstenen en een zwelling in de buik.

Foto: Shutterstock

KADER: WERKGROEP EN FINANCIERING

De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van het Nederlands huisartsen genootschap [NHG], de Nederlandse Vereniging van Radiologen [NVvR], de Federatie Medisch Coördinerende Centra [FMCC], de Medisch Diagnostische Centra [de SAN] en de Patiëntenfederatie. Daarnaast konden alle medisch-wetenschappelijke verenigingen knelpunten aanleveren. De Federatie Medisch Specialisten en het NHG financierden dit project.

EERSTE- EN TWEEDELIJNS RICHTLIJNEN

De informatie in de LESA komt voor het merendeel uit de NHG-Standaarden, maar ook uit tweedelijns richtlijnen (www.richtlijndatabase.nl). Zo konden bepaalde knelpunten worden opgelost, zoals 'er mist een definitie voor welke zwellingen wel of geen echo moet worden aangevraagd'. Bij dit voorbeeld maakte de werkgroep dankbaar gebruik van de tweedelijns richtlijn wekedelenzwellingen, waarin aangegeven wordt wanneer er sprake is van alarmsymptomen bij wekedelenzwellingen.

ONDERZOEKSMODALITEITEN EN INDICATIES

De LESA bevat een hoofdstuk met achtergrondinformatie over de radiologische onderzoeksmodaliteiten röntgenfoto's en echografie. Daarnaast zijn er 5 hoofdstukken waarin de indicaties en non-indicaties voor verschillende onderzoeken zijn samengevat. De in deze LESA beschreven onderzoeken zijn:

- echografie van het abdomen
- echografie van wekedelenzwelling(en)
- radiologische diagnostiek van de schouder
- radiologische diagnostiek van de thorax
- radiologische diagnostiek van de lumbale wervelkolom
- radiologische diagnostiek van de knie



Lees ook het interview met Marloes Minnaard en Michiel van Werkum over de LESA Radiologische diagnostiek op pagina 65-6.

In deze hoofdstukken staat een inleiding met medische achtergrond over de verschillende indicaties en non-indicaties. Per indicatie is omschreven welke informatie zowel huisarts als radioloog nodig hebben in de communicatie. Verder zijn er links naar Thuisarts.nl en ICPC-coderingen.

RADIOLOGIEVERSLAG

In een radiologieverslag kan de radioloog spreken over een diagnose (op basis van de indicatie/reden van aanvraag), een alternatieve diagnose (op basis van bevindingen die niet overeenkomen met de indicatiestelling) en relevante nevenbevindingen. Een voorbeeld van een relevante nevenbevinding is diverticulitis. Dit is geen indicatie voor een echografie van het abdomen, maar kan wel goed zichtbaar worden met echografie en als relevante nevenbevinding worden beschreven.

ECHOGRAFIE ABDOMEN

Bij het hoofdstuk Echografie van het abdomen heeft de werkgroep een indeling gemaakt van onderzoek bovenbuik en onderzoek van nieren en blaas, op basis van de vereiste voorbereiding van de patiënt. Voorbeelden van indicaties om een echo abdomen aan te vragen zijn gal- en nierstenen en een zwelling in de buik. In het laatste geval kan een echo meer duidelijkheid geven over de aard van de zwellingen en kan de uitslag van de echo richting geven aan het vervolgbeleid. Chronische buikpijn is geen reden voor echografie: dit levert zelden een diagnose op. Ook bij het vermoeden van appendicitis is er geen indicatie voor echografie voor de eerste lijn. De patiënt moet verwezen worden naar de tweede lijn, waar de chirurg of SEH-arts bij een klinisch vermoeden van appendicitis vaak een echografie aanvraagt. ■

Minnaard MC, Van Werkum M. Samenwerking tussen huisartsen en radiologen in nieuwe LESA Radiologische diagnostiek. Huisarts Wet 2021;64(6):63-4. DOI:10.1007/s12445-021-1142-y. NHG, Cluster Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: M. Minnaard, wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org. Rijnstate, afdeling Radiologie en nucleaire geneeskunde, Arnhem: M. van Werkum, radioloog. De Werkgroep LESA Radiologische diagnostiek bestond uit (op alfabetische volgorde): Brakel K, De Feijter E, Flobbe K, Griever G, Hubert K, Lucas A, Meijer L, Minnaard M, Van Balen J, Van Swigchem F, Van Tilborg F, Van Werkum M.

Raadpleeg de volledige versie van deze LESA op richtlijnen.nhg.org.



Huisarts Marloes Minnaard en radioloog Michiel van Werkum werkten beiden mee aan de LESA Radiologische diagnostiek.



Met samenwerkingsafspraken doelmatig aanvragen bevorderen

Susan Umans

Het doelmatig aanvragen van radiologische diagnostiek stond voorop bij het maken van de nieuwe LESA Radiologische diagnostiek. Werkgroepleden Marloes Minnaard en Michiel van Werkum denken daar goed in geslaagd te zijn en vertellen vol trots over het samenwerkingsdocument met praktische handvatten voor zowel huisartsen als radiologen. In de LESA staan onder andere indicaties en non-indicaties voor 6 radiologische onderzoeken.

Huisarts, werkgroep lid en NHG-medewerkster Marloes Minnaard: 'De LESA Radiologische diagnostiek is zo gemaakt dat je deze in de spreekkamer makkelijk kunt raadplegen via de richtlijnenwebsite van het NHG. Je kunt snel zien wat de radioloog van je nodig heeft, of wat je aan informatie kunt verwachten van de radioloog. Ook kun je over de onderzoeken zelf en mogelijke uitkomsten lezen. Deze informatie staat in principe ook in de NHG-Standaarden, maar zeer verspreid. In de LESA staat alle informatie bij elkaar in 1 document.'

Radioloog en werkgroep lid namens de Nederlandse Vereniging van Radiologen (NVvR) Michiel van Werkum: 'De LESA is primair bedoeld voor de huisarts. Wanneer je

denkt: hoe zat het ook alweer met het aanvragen van een kniefoto? Wat wel en wat niet? Dan pak je het hoofdstuk knie erbij en zie je een korte samenvatting van indicaties en non-indicaties. Dat kun je ook gebruiken in de uitleg naar de patiënt waarom je wel of niet aanvullende diagnostiek aanvraagt.'

Indicaties en non-indicaties op een rij

Van Werkum: 'Tijdens de eerste werkgroepvergadering was de gezamenlijke insteek helder, namelijk het bevorderen van doelmatig aanvragen van radiologische diagnostiek. Er worden in ziekenhuizen veel foto's gemaakt die niks opleveren. We wilden op een rijtje zetten bij wel-

CASUS INDICATIE ECHOGRAFIE BOVENBUIK

Een 42-jarige vrouw met overgewicht en blanco voorgeschiedenis is ruim een week wisselend misselijk, heeft bewegingsdrang en ervaart toenemende pijn in de rechterbovenbuik. Haar urine is wat donkerder en de ontlasting wat lichter bruin dan normaal. Ze heeft geen koorts, wel een wat gevoelige rechterbovenbuik. Het labonderzoek is nog niet bekend. De huisarts vraagt echografie van de bovenbuik aan en schrijft op de aanvraag: misselijkheid, bewegingsdrang, pijn rechterbovenbuik. Vermoeden: galsteenlijden, andere diagnose?

Bij de echografie vindt de radioloog galstenen in de galblaas, maar ook multipele echoarme leverlaesies, meest waarschijnlijk metastasen. Een primaire tumor wordt echografisch niet gevonden. Dit is een relevante onverwachte nevenbevinding en de radioloog adviseert de huisarts om de patiënt naar de oncoloog te verwijzen.

ke indicaties je wel en bij welke je geen aanvraag doet.’ De werkgroep benaderde alle medisch-wetenschappelijke verenigingen om knel- en verbeterpunten aan te dragen als het gaat om radiologische diagnostiek specifiek voor de eerste lijn. Dat leverde een divers en breed beeld op. ‘Aangedragen knelpunten gingen bijvoorbeeld over samenwerking of informatieoverdracht’, vertelt Minnaard. Van Werkum vult aan: ‘Vervolgens keken we in 2 ziekenhuizen en in diagnostische centra wat de meest aangevraagde onderzoeken door huisartsen waren. We wilden weten welke onderzoeken het meest voorkwamen en waar de meeste knelpunten zaten. De NHG-Standaarden en tweedelijns richtlijnen vormden ons uitgangspunt.’

Aanvragen en verslagen

Van Werkum: ‘Het op de juiste manier een aanvraag doen helpt de radioloog. Die kan gericht werken als je meer informatie geeft. Bijvoorbeeld: patiënt is misselijk, pijn in bovenbuik, ik denk aan galsteenlijden, is dat ook zo? Geef kort en bondig weer wat er aan de hand is.’ Minnaard vult aan: ‘In de LESA staat dit beschreven bij de indicaties onder het kopje “Informatie bij aanvraag”. Door de aan-

vraag via een digitale verwijsapplicatie te doen, komen dit soort gegevens vanzelf mee, mits het op die manier wordt ingericht. Van Werkum: ‘Voor radiologen is het daarnaast prettig om van tevoren te weten wat de bedoeling is. Moet een patiënt met een vermoeden van een wervelfractuur na onderzoek naar huis of naar de eerste hulp? Daar kun je in de regio afspraken over maken.

De LESA bevat aanbevelingen voor de radiologen om voor de huisartsen een duidelijk verslag te schrijven. In dat verslag geeft de radioloog antwoord op de gestelde vraag, of een alternatieve diagnose die dezelfde klachten geeft. Ook vermeldt hij eventuele nevenbevindingen of als er niks uit het onderzoek is gekomen.’

Regionaal overleg

Minnaard: ‘In de paragraaf “Gesprekspunten voor de regio” vind je punten voor overleg tussen huisartsen en radiologen, zoals rondom de werkwijze van de huisartsen en radiologen, informatie voor de patiënt, afspraken over logistiek, regionale zorgtrajecten en algemene gesprekspunten voor de regio. Zoek elkaar op in de regio. Als je elkaar kent, wordt het makkelijker en leuker. Deze LESA geeft daar aanleiding toe, en we helpen de patiënt ermee. Daar is het ons allemaal uiteindelijk om te doen.’ Van Werkum: ‘Radiologen zijn heel makkelijk bereikbaar. Als je vragen hebt, bel ons dan gewoon.’

Anderhalvelijnszorg

Op de vraag wat nog op het wensenlijstje van beide werkgroepleden staat, antwoordt Van Werkum: ‘Heel actueel is de anderhalvelijnszorg. Het zou goed zijn als het NHG en de NVvR samen kijken hoe je dat vormgeeft. Tegenwoordig doen veel bedrijven radiologische diagnostiek, met wisselende kwaliteit. Vaak moeten die echo’s in het ziekenhuis opnieuw gedaan worden. Een verkwisting van geld. En over de MRI van de knie bij knieklachten bestaat discrepantie tussen het advies in de NHG-Standaard (geen MRI aanvragen) en de mening van veel radiologen. We zijn daar in de werkgroep niet uitgekomen en hebben besloten dit als ‘witte vlek’ op te nemen in de LESA om in de toekomst uit te zoeken.’ Minnaard: ‘Ik vind het belangrijk om te kijken naar wat huisartsen willen. Wanneer we in de toekomst meer soorten onderzoek en indicaties aan deze LESA toevoegen, willen we graag de input van huisartsen.

We vinden het een goede zaak dat huisartsen en radiologen goed kunnen samenwerken.’ Van Werkum: ‘De LESA is een gedegen basis om in de toekomst nog meer projecten met elkaar te doen. We moeten werken aan het dichtten van de kloof tussen de eerste en tweede lijn door in de toekomst elkaar wat meer te betrekken bij het ontwikkelen van richtlijnen. Dat vinden we allebei belangrijk.’ ■

CASUS NON-INDICATIE RÖNTGENFOTO KNIE

Een 68-jarige man met in de voorgeschiedenis een hernia in de lage rug heeft sinds 3 weken een pijnlijke knie rechts, maar geen trauma. Hij gebruikt geen medicatie. Tot 8 jaar geleden tenniste hij fanatiek, de laatste jaren nauwelijks meer. Sinds het begin van de lockdown probeert hij wel iedere dag een ommetje te maken. Hij wil graag een foto van zijn knie om te kijken of deze versleten is en vraagt de huisarts om een verwijzing. Deze geeft aan dat dit alleen zinvol is als de klachten van dien aard zijn dat hij een knieprothese overweegt. Dan zal hij verwezen worden naar de orthopeed.



Een acrobatische update van de Valsalva-manoeuvre

Jaap Euwema, Mariken Stegmann

Bij een supraventriculaire tachycardie (SVT) kan de huisarts met een eenvoudige techniek voorkomen dat een patiënt naar het ziekenhuis moet worden verwezen. De huisarts kan carotismassage geven of de Valsalva-manoeuvre toepassen. Van deze laatste manoeuvre bestaat er nu een variant: de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre. Recente wetenschappelijke literatuur toont aan dat deze gemodificeerde manoeuvre veel effectiever is dan de traditionele technieken.

Een 52-jarige patiënte komt met hartkloppingen op het spreekuur. Zij heeft eerder een atrioventriculaire re-entrytachycardie gehad. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een regulaire pols van 160/min en het zogeheten kikkerfenomeen (*frog sign*): het zichtbaar kloppen van de vena jugularis in de hals. Dit kikkerfenomeen wordt veroorzaakt doordat de boezems bij een SVT samenknijpen terwijl de atrioventriculaire kleppen nog gesloten zijn, waardoor het bloed in het veneuze systeem wordt teruggepompt.

De huisartsopleider denkt aan een recidief SVT en probeert achtereenvolgens de Valsalva-manoeuvre en carotismassage, beide zonder effect. De huisarts overweegt de patiënt te verwijzen. De aios stelt voor de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre toe te passen. Na 20 seconden heeft de patiënte een regelmatige pols met een normale frequentie. Ze is opgelucht dat ze niet naar het ziekenhuis hoeft.

Om te onderzoeken of de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre inderdaad effectiever is, voerden wij een CAT uit met als onderzoeksvraag ‘Hoe groot is de effectiviteit van de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre op conversie naar sinusritme vergeleken met de traditionele Valsalva-manoeuvre en carotismassage bij patiënten met een aangetoonde of bekende SVT?’

ACHTERGROND

De paroxysmale SVT is de meest voorkomende ritmestoornis bij patiënten onder de 40 jaar. Daarbij zijn non-invasieve behandelingen de opties van eerste keus. Bij carotismassage worden de baroreceptoren in de carotis met de hand gestimuleerd, waardoor de nervus vagus wordt geactiveerd. Dit vertraagt de prikkelgeleiding in de AV-knoop. De effectiviteit ligt rond de 10%.¹ Er zijn casus gepubliceerd van patiënten die een herseninfarct kregen na carotismassage, waarschijnlijk door het losschieten van een plaque.² De Valsalva-manoeuvre heeft weinig bijwerkingen, maar ook een lage effectiviteit van slechts 5 tot 20%.^{1,3} De patiënt moet krachtig uitademen tegen een gesloten ademweg, bijvoorbeeld door in een 10 ml-spuutje te blazen. De verhoogde druk in de thoraxholte en de thoracale vaten zorgt voor stimulatie van de nervus vagus.

Bij de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre voert de patiënt

eerst de Valsalva-manoeuvre uit [figuur 1]. Daarna wordt hij achterover gekanteld zodat hij op zijn rug komt te liggen, met de benen gestrekt in de lucht in een hoek van 45-90 graden [figuur 2]. Door het passief heffen van de benen stijgt de veneuze terugvloed, waardoor ook de cardiale output en de bloeddruk stijgen. Dit zorgt voor een compensatoire activatie van de nervus vagus.⁴

ZOEKACTIE

We zochten op 20 oktober 2020 via PubMed met de zoektermen ‘tachycardia supraventricular’[MeSH] AND ‘modified Valsalva’. Dit leverde 21 artikelen op. Er was geen systematisch literatuuronderzoek beschikbaar. Vier van de gevonden artikelen waren gerandomiseerde onderzoeken. Deze artikelen bespreken we hieronder. Drie onderzoeken vergeleken de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre met de traditionele Valsalva-manoeuvre. Eén onderzoek vergeleek de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre met zowel de traditionele Valsalva-manoeuvre als met carotismassage.

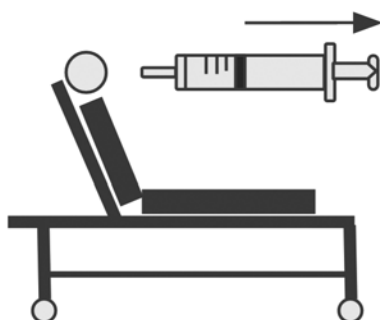
RESULTATEN EN BESCHOUWING

Appleboam et al. includeerden 428 patiënten met een SVT op 10 Britse SEH's.⁵ De gemiddelde leeftijd was 54,8 jaar en 39% was man. De onderzoekers verdeelden de patiënten over 2 groepen: de interventiegroep die werd behandeld met de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre en de controlegroep die werd behandeld met de Valsalva-manoeuvre. De onderzoekers gebruikten een bloeddrukmeter om te controleren of alle patiënten evenveel druk opbouwden bij de Valsalva-manoeuvre. Alle patiënten moesten zittend 15 seconden blazen in de slang van de bloeddrukmeter met een druk van 30-40 mmHg. Daarna werden de patiënten uit de interventiegroep op hun rug gelegd met de benen in een hoek van 45 graden. De controlegroep bleef rechtop zitten. Na een minuut werd het ritme beoordeeld. Zo nodig vond een tweede poging plaats. Conversie naar sinusritme gebeurde bij 17% van de patiënten in de controlegroep en bij 43% van de patiënten in de interventiegroep (RR 2,5; 95%-BI 1,8 tot 3,5). Slechts 4 patiënten hadden nadien een recidief SVT (allemaal uit de interventiegroep) in de periode tot ontslag van de SEH (gemiddeld 2,8 uur). Excluseria voor het onderzoek waren glaucomen, retinopathie, aortaklepstenose of een recent myocardinfarct.

In 2017 en 2020 verschenen 2 onderzoeken die qua setting en onderzoekspopulatie weinig verschilden van het onderzoek van Appleboam et al., maar beide wel een kleiner aantal deelnemers hadden. Bovendien werd de Valsalva-manoeuvre in beide onderzoeken uitgevoerd door de patiënt in een spuitje te laten blazen. Çorbacioğlu et al. includeerden 28 deelnemers

Figuur 1

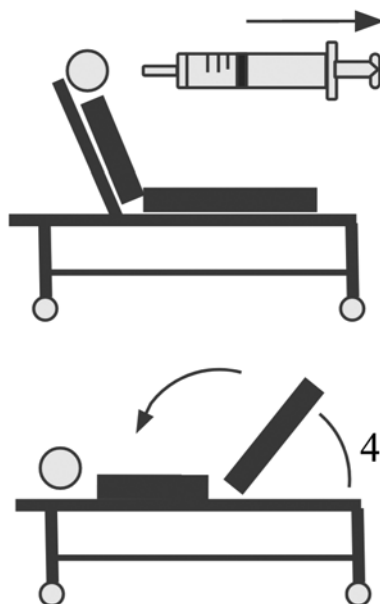
De Valsalva-manoeuvre: de patiënt blaast 15 seconden op een 10 ml-spuitje.



Illustratie: J.J. Euwema

Figuur 2

De gemodificeerde Valsalva-manoeuvre: de patiënt blaast eerst 15 seconden op een 10 ml-spuitje. Daarna wordt hij op zijn rug gelegd, met zijn benen omhoog in een hoek van 45 graden.



Illustratie: J.J. Euwema

per groep en vonden succespercentages van 11% en 43% in respectievelijk de controle- en interventiegroep (RR 4,0; 95%-BI 1,3 tot 12,7).⁶ Chen et al. (2020) onderzochten 119 patiënten per groep en vonden conversie naar sinusritme bij 16% in de controlegroep en 46% in de gemodificeerde Valsalva-groep (RR 2,9; 95%-BI 1,8 tot 4,6).⁷

Ceylan et al. vergeleken de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre met de traditionele Valsalva-manoeuvre en carotismassage in groepen van elk 32 patiënten.⁸ Opvallend is dat de patiënten in de gemodificeerde Valsalva-groep gemiddeld jonger waren dan de patiënten in de andere groepen (50 versus 61 jaar en 63 jaar gemiddeld). De onderzoekers monitorde het effect

na 1, 3 en 5 minuten. Het initiële succespercentage was 44% in de gemodificeerde Valsalva-groep, 24% in de traditionele Valsalva-groep en 9% in de carotismassagegroep (RR respectievelijk 2,0; 95%-BI 0,9 tot 4,3 en 4,7; 95%-BI 1,5 tot 14,7). Na 5 minuten waren de succespercentages in alle groepen lager door een recidief SVT (28% versus 6% versus 3%). Ook dit verschil was significant (RR respectievelijk 4,5 (95%-BI 1,1 tot 19,2) en 9,0 (95%-BI 1,2 tot 67,0)).

In geen van de onderzoeken werden ernstige bijwerkingen gevonden bij de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre. De gerapporteerde bijwerkingen waren onschuldig (duizeligheid, misselijkheid, kortademigheid en spierpijn) en van voorbijgaande aard. Deze bijwerkingen leken meer voor te komen bij de patiënten die de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre ondergingen, maar symptomen als duizeligheid kunnen ook worden veroorzaakt door conversie naar sinusritme.

De onderzoeken zijn kwalitatief goed uitgevoerd, met transparante randomisatie en duidelijke eindpunten. Een beperking is dat de onderzoeken niet blind konden worden uitgevoerd. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit invloed had op het effect van de behandeling. Verder werd in een deel van de onderzoeken de druk bij de Valsalva-manoeuvre niet gecontroleerd. Dit kan de effectiviteit van de behandeling hebben beïnvloed, maar de resultaten van deze onderzoeken zijn consistent met het artikel waarin de druk wel werd gecontroleerd.

CONCLUSIE

De gemodificeerde Valsalva-manoeuvre is een eenvoudige, doeltreffende en veilige techniek om een supraventriculaire tachycardie te converteren naar een sinusritme. De effectiviteit is met succespercentages rond de 40% een stuk beter dan die van de traditionele Valsalva-manoeuvre en carotismassage. Alhoewel het beschikbare bewijs afkomstig is uit de tweede lijn, lijkt de techniek vanwege de eenvoud en de veiligheid bij uitstek geschikt voor toepassing in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

1. Lim SH, Anantharaman V, Teo WS, Goh PP, Tan AT. Comparison of treatment of supraventricular tachycardia by Valsalva maneuver and carotid sinus massage. *Ann Emerg Med* 1998;31:30-5.
2. Collins NA, Higgins GL. Reconsidering the effectiveness and safety of carotid sinus massage as a therapeutic intervention in patients with supraventricular tachycardia. *Am J Emerg Med* 2015;33:807-9.
3. Walker S, Cutting P. Impact of modified Valsalva manoeuvre in the termination of paroxysmal SVT. *Emerg Med J* 2010;27:287-91.

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

Euwema JJ, Stegmann ME. Een acrobatische update van de Valsalva-manoeuvre. *Huisarts Wet* 2021;64(6):67-8. DOI:10.1007/s12445-021-1137-8. Gezondheidscentrum Hoendiep, Groningen: J.J. Euwema, huisarts, jaapeuwema@gmail.com. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/Huisartsenpraktijk Veen, Uithuizen: dr. M.E. Stegmann, huisarts en postdoc onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Is snijden in een melanoom schadelijk?

Hester Verheijen, Hans van der Wouden

Een melanoom is potentieel gevaarlijk en wordt bij voorkeur met spoed verwijderd (excisie met marge). Soms wil de huisarts echter eerst meer informatie hebben over een verdachte huidafwijking, bijvoorbeeld bij een patiënt die niet (meer) naar het ziekenhuis wil of omdat de huidafwijking op een zichtbare plek zit. Een biopt kan dan uitkomst bieden, maar zorgt ook voor contaminatie van het omliggende weefsel. De auteurs van deze CAT gingen na hoe schadelijk snijden in een melanoom eigenlijk is.

Het melanoom van de huid is de agressiefste vorm van huidkanker en heeft een sterke neiging tot metastasering.¹ De aantallen stijgen: tussen 1980 en 2015 verdubbelde de incidentie in Nederland naar 0,29 per 1000 personen per jaar.² Steeds meer mensen bezoeken de huisarts met een verdachte huidafwijking.² Bij vermoeden van een melanoom is er haast geboden. In de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen wordt geadviseerd met spoed naar een dermatoloog te verwijzen voor een excisie. Een totale excisie geeft de betrouwbaarste informatie over de dikte en pathologische kenmerken van het melanoom. Daarnaast geeft een totale excisie een sterk verminderde kans op *sampling error*, want stel dat u net een stansbipt neemt uit het verkeerde deel van de verdachte huidafwijking. Het staat buiten kijf dat deze informatie cruciaal is voor de stadiëring, de behandeling en de prognose van de patiënt. Binnen de dermatologie en huisartsenzorg is er echter onduidelijkheid over de mogelijkheid van metastasering bij het nemen van een stansbipt uit een melanoom. Er wordt vaak gerefereerd aan de verhoogde kans op contaminatie van het omliggende weefsel doordat de kwaadaardige cellen dieper in de dermis worden geduwd. Deze theorie wordt ook aangehaald in de richtlijn voor melanoom van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie.³ Meestal wordt daarom een *noli me tangere* (raak me niet aan)-beleid ingezet. Wij vroegen ons af of dit beleid goed aansluit bij de nieuwste inzichten en gingen op onderzoek uit. Daarbij hebben we de volgende PICO opgesteld: P = mensen met (vermoedelijk) cutaan melanoom, I = stansbipt voorafgaand aan totale excisie, C = primaire totale excisie, O = mortaliteit.

ZOEKACTIE

We verrichtten in PubMed een systematische zoekactie waarbij we zochten naar Engelstalige artikelen die werden gepubliceerd tot en met augustus 2020 [tabel zoektermen]. Binnen PubMed zochten we via 'advanced' en 'clinical queries'. In aanvulling daarop zochten we ook in de referenties van relevante gevonden artikelen. Daarbij ging onze voorkeur uit naar systematische literatuuronderzoeken en RCT's. We



Bij een melanoom wordt een stansbipt afgeraden.

Foto: iStock

vonden in totaal 381 artikelen. Na het lezen van de titels en abstracts bleken 3 artikelen aan te sluiten bij onze onderzoeksvraag. Daarna viel er vervolgens nog 1 artikel af, omdat dit grotendeels binnen de diergeneeskunde viel. Zoekacties in de Cochrane Library en EMBASE leverden geen nieuwe resultaten op. Tot slot hebben we de 2 geselecteerde artikelen bestudeerd (Pflugfelder et al. en Shellenberger et al.) en de kwaliteit (risk of bias) beoordeeld aan de hand van de Cochrane SR-Obs checklist.

RESULTATEN EN BESCHOUWING

Het artikel van Pflugfelder et al. heeft een zeer hoge kans op vertekening.⁴ Dit komt doordat de auteurs geen inzicht gaven in onder andere de strategie achter de online zoekactie, het selectieproces en de kwaliteitsbeoordeling. Het artikel van Shellenberger et al. beschrijft de selectieprocedure nauwkeurig.⁵ Dit artikel includeerde 7 onderzoeken waarvan er 5 ook in het artikel van Pflugfelder zijn opgenomen. De opzet van dit artikel is duidelijk en zeer uitgebreid beschreven en er is sprake van een lage kans op vertekening. Het niveau van bewijs is redelijk te noemen met een acceptabele totale sample-size van $n = 4373$. Er werden enkele case series en retrospectieve onderzoeken geïncludeerd. Bij beide artikelen was de stansbiptgroep vele malen kleiner dan de excisiegroep wat de kans op vertekening vergroot. Op basis van de beschikbare informatie uit beide artikelen kan niet worden uitgesloten dat het nemen van een stansbipt voorafgaand aan een totale excisie nadelige effecten heeft op de mortaliteit van de patiënt. Shellenberger et al. onderzoch-

Tabel zoektermen

	P	I	C	O
Onderzoeksvraag	Patiënten met huidafwijkingen verdacht voor een melanoom	Ponsbipt vooraf aan excisie	Primaire excisie	Verspreiding van de cellen [best afgeleide is sterfte]
Zoektermen	Melanoma [human]	Biopsy, punch biopsy, incisional biopsy, transaction	Excision, excision biopsy, biopsy technique	Mortality, survival, prognosis, recurrence

ten 4 uitkomstmaten: mortaliteit door alle oorzaken, mortaliteit door het melanoom, terugkeer van het melanoom en breslowdikte van de tumor. Voor 3 van de 4 uitkomstmaten vonden zij geen statistisch significant verschil, maar wel voor mortaliteit ongeacht de oorzaak. Voor deze uitkomstmaat werden 3 onderzoeken geïncludeerd met in totaal 1322 patiënten, waarbij een significant verschil werd gevonden in mortaliteit ten nadele van de stansbiptgroep (RR 1,52; p = 0,02). In deze groep stierf 38,7% van de patiënten in de stansbiptgroep en 34,8% in de excisiegroep. Daarnaast zagen we een tendens voor ‘melanoomspecifieke mortaliteit’ (2 onderzoeken, 347 patiënten) die in dezelfde richting wijst, zelfs sterker, maar niet statistisch significant is (RR 1,96; p = 0,15).

Een kanttekening bij deze resultaten is dat de samengevoegde data 2 onderzoeken bevat, waarbij de gemiddelde leeftijd in de stansbiptgroep aanzienlijk hoger lag dan in de andere groep (7 en 19 jaar). Deze onderzoeken corrigeerden niet voor dit leeftijdsverschil en er is ook geen rekening gehouden met eventuele verschillen in comorbiditeit.

Shellenberger et al. concluderen dat het kleine maar significante verschil in ‘alle oorzaken mortaliteit’ lastig te verklaren is en dat deze uitkomst mogelijk wordt beïnvloed door demografische verschillen binnen de populatie. Dat in acht nemend concluderen zij dat deze uitkomst waarschijnlijk niet van klinisch belang is en geven daarmee aan dat het nemen van een stansbipt vermoedelijk niet voor een verhoogde mortaliteit van de patiënt zorgt.

CONCLUSIE

Op basis van de beschikbare evidence valt niet te zeggen of het nemen van een stansbipt uit een cutaan melanoom zonder enig gevaar voor de patiënt is. Houd daarom de NHG-Stan-

daard Verdachte huidafwijkingen aan en verwijst de patiënt bij vermoeden van een melanoom zo spoedig mogelijk of verwijder de melanoom in toto. ■

LITERATUUR

1. Richtlijndatabase. Melanoom. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2019. <https://richtlijndatabase.nl>.
2. NHG-werkgroep Verdachte huidafwijkingen. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Utrecht: NHG, 2017. <https://richtlijnen.nhg.org>.
3. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie (NVDV). Richtlijn melanoom. <https://nvdv.nl>.
4. Pflugfelder A, Weide B, Eigentler TK, et al. Incisional biopsy and melanoma prognosis: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28:316-8.
5. Shellenberger RA, Fayyaz F, Sako Z, et al. Impact of biopsy technique on clinically important outcomes for cutaneous melanoma. A systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* 2020;4:373-83.
6. Rampen FH, Van Houten WA, Jop WC. Incisional procedures and prognosis in malignant melanoma. *Clin Exp Dermatol* 1980;5:313-20.
7. Austin JR, Byers RM, Brown WD, et al. Influence of biopsy on the prognosis of cutaneous melanoma of the head and neck. *Head Neck* 1996;18:107-17.

Verheijen H, Van der Wouden JC. Is snijden in een melanoom schadelijk? *Huisarts Wet* 2021;64(6):71-2. DOI:10.1007/s12445-021-1100-8. Medisch Centrum 't Sant, Santpoort-Noord: H. Verheijen, huisarts, hesterverheijen@gmail.com. Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam: dr. J.C. Van der Wouden, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

DE HUISARTS ALS OOGGETUIGE

Jan de Haan | Van dorpsdokter tot hoogleraar | Leeuwarden: Elikser, 2020 | 199 pagina's | € 18,50 | ISBN 978-94-6365-266-7

Arie Knuistingh Neven | Herinneringen van een huisarts in een dorp aan de rivier | Soest: BoekPress, 2020 | 270 pagina's | € 10,- | ISBN 978-90-638-9889-8



Hoe schrijf je je memoires als huisarts? Waarop ligt de focus: op de eigen levensloop, de patiënten, de ontwikkelingen in de huisartsenzorg of een mengvorm van dit alles? Vermeld je wel of geen context en zo ja, hoeveel? Twee oud-huisartsen schreven hun memoires en kozen daarbij voor verschillende invalshoeken.

De basis voor Jan de Haan waren zijn dagboeken, waarmee hij begon in zijn hbs-tijd. Nadien vulde hij de tekst aan met bronnen als geboortekaartjes, de papieren herinneringen aan alle thuisbevellingen. Arie Knuistingh Nevens zelfbenoemde uitdaging lag elders: 'Schrijven over mijn vak en over de randgebieden van het vak.' Beide auteurs waren dorpsdokter en verdienden hun sporen in de huisartsgeneeskunde. Er zijn overeenkomsten genoeg: ze waren allebei lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en schreven allebei een dissertatie. Langjariger faam verwierf Knuistingh Neven op

het terrein van de kleine kwalen en De Haan als heraut voor vernieuwing van de praktijkvoering.

Overeenkomsten zijn de schaduwen van de verschillen, zo blijkt ook uit deze 2 boeken. De Haan doet zijn verhaal chronologisch, en goochelt met de constante stroom nieuwe technologische snufjes als attributen. Knuistingh Neven presenteert in zijn mijmeringen een thematisch *patchwork*: van zandloper, via holocaust tot aan scheurbuik. De Haan behandelt patiënten – in het boek althans – als passanten. Patiënten krijgen bij Knuistingh Neven een prominentere plek. De Haan concentreert zich op persoonlijke en medische ontwikkelingen, terwijl Knuistingh Neven zich ambitieuzer en middelpuntvliedender betoont. Zo presenteert hij maatschappelijke en cultuurhistorische vignettes via uitstapjes naar muziek, toneel, kunst en literatuur. Daarnaast komen ook Einstein en Lyndon B. Johnson voorbij.

Enigszins gechargeerd kun je zeggen: De Haan heeft een verhaal, Knuistingh Neven een boodschap. Anders gezegd: de chroniqueur versus de duider. Dat is overigens een constatering en geen oordeel. De auteurs hanteren daarnaast een andere stijl en toonzetting. Wie de auteurs persoonlijk kent, 'hoort' bij lezing hun stemgeluiden. De Haan olijk koutend met altijd een lach in de kontzak. Knuistingh Neven bedachtzaam, gereserveerd en daardoor ietwat afstandelijker overkomend.

De huisarts als ooggetuige van de maatschappelijke tijdgeest is van alle tijden. Deze bevoorrechte positie maakt memoires van huisartsen bijna per definitie boeiend, vooral voor praktiserend huisartsen. Waarom? Wat ons tot mens maakt, is het vermogen tot (zelf)reflectie. Bij uitstek geldt dat voor de huisarts, omdat deze als 'intimus aan de zijlijn' van patiënten verkeert. Elke hulpvraag 'dwingt' tot actie, alsook tot nadenken over dat handelen. Verslagen hiervan, bijvoorbeeld in de vorm van memoires, geven inzicht in handelen en denken van de huisarts. Dat is waardevolle lees- en leerstof, ook (of juist) voor huisartsen-in-opleiding. Deze 2 boeken, hoe verschillend ze ook zijn, laten zien hoe dat kan. ■

Frans Meulenberg

BEOORDELING DE HAAN: ●●●●●

BEOORDELING KNUISTINGH NEVEN: ●●●●●

Reactie ‘Nu thuismeting van zuurstofsaturatie ineens reguliere huisartsenzorg lijkt te zijn...’

Het artikel ‘Nu thuismeting van zuurstofsaturatie ineens reguliere huisartsenzorg lijkt te zijn...’ is een van de meest praktisch toepasbare artikelen die ik onlangs gelezen heb. Het sterkt mij in de gedachte om de aantrekkelijk goedkope, AliExpress-achtige saturatiemeters links te laten liggen. Als medeauteur van onze regionale richtlijn Zuurstoftherapie thuis bij stabiele COVID-19-patiënten, wil ik toch een kanttekening maken. Namelijk dat de saturatiemeter inmiddels wel reguliere huisartsenzorg is. Ten eerste kan ik me niet voorstellen dat er nog huisartsen zijn die tijdens de dienst nimmer de saturatiemeter uit de tas pakken, laat staan de behulpzame HAP-chauffeur. Kortom, we werken er zelf al jaren mee. Ten tweede is in vele regio's de saturatiemeter onderdeel geworden van een transmurale afspraak, waarbij ‘stabiele’ COVID-19-patiënten vroegtijdig ontslagen worden, om de laatste behandelperiode met zuurstof thuis veilig door te komen. Hierbij hebben we als huisartsen toegezegd om deze bijzondere zorg te willen leveren.

Een van de meest essentiële gereedschappen voor het slagen van de uitvoering van deze zorg is de geijkte medische saturatiemeter die aan patiënten wordt meegegeven. En waarom geven we deze meter mee? Omdat, laten we eerlijk zijn, we alleen op deze manier denken de zorg voor deze patiënten aan te kunnen. Het lijkt ons ondoenlijk om 3 keer daags in

COVID-pak bij de patiënt langs te gaan en de saturatie zelf op te komen meten. Als je dan nog bedenkt dat de richtlijnen in het licht van de derde golf en mogelijk code zwart geschreven zijn, dan mag helemaal duidelijk zijn hoe ontzettend behulpzaam een thuismeting van de patiënt kan zijn.

Kortom, het is misschien niet de zorg die we gewend zijn, maar het is wel de zorg waarvan we in oktober/november toch vrij collectief (vele regio's hebben dergelijke transmurale afspraken) hebben gezegd dat we het huisartsgeneeskunde noemen. Des te meer reden, en daar steun ik jullie pleidooi ten volle in, om er meer onderzoek naar te doen! ■

Merlijn Schoots, huisarts

DE AUTEURS: NOG NIET GOED ONDERBOUWD

Wij zijn het helemaal met u eens: de zorg die u beschrijft geven we inderdaad collectief aan onze COVID-19-patiënten en in die zin is het zeker al regulier. Regulier in de zin van goed onderbouwd vonden wij het echter nog niet. Vandaar ons pleidooi. Nogmaals dank, ook voor uw steun aan wetenschappelijk onderzoek.

Darien Zwart, namens de auteurs

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. Ivo Smeele [hoofdredacteur, huisarts], dr. Gijs Baaten [huisarts], Marian van den Brink [huisarts], dr. Pieter Buis [huisarts], dr. Susanne Claessen [huisarts], dr. Mirrian Hilbink [epidemioloog], prof. dr. Jean Muris [huisarts], Ariëtte Sanders [huisarts], dr. Kim van Wijck [huisarts in opleiding] en dr. Mascha Witteman-Kok [huisarts].

Redactie bureau

Daisy Dinsbach, Anita Wittebol [secretariaat], Judith Mulder, Ellen Olbers, Susan Umans [eind- en webredactie], Annet Sollie [eindredacteur e-health], Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder en Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 5065500, redactie@nhg.org

NHG Forum

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets, Shutterstock en Margot Scheerder [beeldredactie]. Eindredactie en contact: Susan Umans, s.umans@nhg.org, 088 5065546. NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementprijs: [print + online toegang] € 266,00, online-only abonnement € 159,60, studenten 50% korting.

Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.

Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie.

Voorwaarden:

Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736
www.bsl.nl/klantenservice

Voorwaarden

www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736

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**.

© 2021 NHG
ISSN 0018-7070



COLUMN

Huisarts en hobby

Wanneer deze column verschijnt ben ik alweer een jaar voorzitter van het NHG. Ik vind het een fantastische combinatie: op woensdag en vrijdag doe ik spreekuur en duik ik in de grotere en kleinere vragen van mijn patiënten. Een stukje meelopen in hun leven geeft me elke keer weer voldoening. De overige dagen bekijk ik het huisartsvak in breder perspectief en puzzel ik op een andere manier. De praktijk is daarbij zowel inspiratie als toets voor mijn bestuurswerk.

Ik ben niet de enige huisarts die het werk in de praktijk combineert met andere taken. Eén van de argumenten om huisarts te worden is voor veel collega's de mogelijkheid er een hobby op na te houden. Binnen het werk welteverstaan. Veel huisartsen vinden het inspirerend zich verder te bekwamen in bijvoorbeeld een medisch deelgebied, onderzoek, onderwijs of ICT.

Regelmatig zoekt het NHG huisartsen die zich samen met enthousiaste collega's voor een bepaald thema willen inzetten. Voor kortere of langere tijd, enkele keren per jaar, of een paar uur per maand. Diep ingaand op 1 onderwerp of meedenkend over de volle breedte van het vak, maar dan in internationaal verband. Eenmaal de weg naar landelijke projecten of commissies gevonden, worden deze huisartsen regelmatig gevraagd voor iets nieuws en bouwen zo steeds meer ervaring op. Dat is prettig, maar ook een frisse blik blijft waardevol. Daarom brengt het NHG deze 'vacatures' voortaan nadrukkelijk bij alle leden onder de aandacht. Wie weet zit er ook wat voor u tussen en maakt u met uw kennis en enthousiasme ons vak nog mooier.

Wendy Borneman,
voorzitter Raad van Bestuur

KORT NIEUWS

NHG-Congres e-health verplaatst naar 2022

Het NHG-Congres met het thema Poten in de klei, kop in de cloud is opnieuw verplaatst. In plaats van 5 november 2021 is het congres op vrijdag 8 april 2022.

In het voorjaar van 2022 kunt u zich fysiek én online laten bijscholen op het gebied van e-health met een volledig up-to-date programma. Hopelijk zijn de effecten van de COVID-19-pandemie dan dusdanig weggeëbd dat we de ruimte hebben om u bij te praten over dit thema. En dat u natuurlijk kunt bijpraten met collega's.

Ondertussen kunt u de online webinars over dit onderwerp volgen. Het eerste webinar hebben we inmiddels achter de rug. Het tweede webinar is op donderdag 10 juni 2021 en gaat over digitaal werken. Het is gratis voor NHG-leden en u krijgt 1 accreditatiepunt. Het derde webinar is op donderdag 4 november 2021.

➤ Lees meer op nhgcongres.nl



Poten in de klei,
kop in de cloud.

NHG - CONGRES | 8 APRIL 2022
DEN BOSCH

Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten zoekt bestuursleden

Wilt u invloed uitoefenen op de opleiding en kwaliteit van de huisartsenzorg? Het NHG en de LHV zoeken praktiserende huisartsen die de visie van beide verenigingen willen vertegenwoordigen in het algemeen bestuur van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Het gaat om 7 vergaderingen per jaar van gemiddeld 4 uur. Taken zijn onder andere het maken van nieuw beleid, meepraten over de uitvoering van de (her)registratie en opleidingen beoordelen tijdens visitaties.

➤ Meer weten? Kijk op nhg.org/bestuurslidRGS.

Noteer in uw agenda

NHG-Congreswebinar #2

Digitaal: het nieuwe moraal
10 juni 2021

Algemene Ledenvergadering NHG

24 juni 2021

WONCA Europe

Practising person centred care
6-10 juli 2021



MARC EYCK: 'VINKLIJSTJE ACCREDITERING WERD DIALOOG'

Fijtje Koets



Scheidend directeur-bestuurder NHG
Praktijk Accreditering (NPA) Marc Eyck:
'Onze auditoren gaan tegenwoordig in gesprek
en vragen: hoe pakken jullie het hier aan?'

Marc Eyck (65) startte in 1987 zijn eigen praktijk in Neerbeek (L), waar hij ruim 28 jaar werkzaam was. Vanaf zijn afstuderen in 1985 is hij actief voor het NHG en de huisartsgeneeskunde in diverse functies: van het NUT-project over het nut van automatisering in de praktijk tot projectleider Toekomstvisie 2022 tot hoofd afdeling Beleid. Vanaf 2016 tot nu is hij directeur-bestuurder NHG Praktijk Accreditering. Zijn brede interesse in de gezondheidszorg blijkt uit zijn vele bestuurs- en toezicht houdende nevenfuncties.

Op maandag 10 mei 2021 kreeg Marc Eyck de *NHG-speld* uitgereikt door Wendy Borneman, voorzitter Raad van Bestuur van het NHG. De speld is een blijk van waardering voor het leveren van een zeer bijzondere bijdrage aan de profilering en vertegenwoordiging van de huisartsgeneeskunde binnen het landschap van de Nederlandse gezondheidszorg.

Als Marc Eyck in 2016 begint bij NHG Praktijk Accreditering (NPA) is er felle kritiek op de vinklijstjes en de administratieve belasting van dit systeem. Vijf jaar later, bij zijn afscheid, zijn de accreditering en NPA zelf rigoureus veranderd.

Marc Eyck, directeur-bestuurder NPA: 'In 2016 was de NHG-Praktijkaccreditering na 11 jaar een kunstje geworden. De huisartsen waren door de verbeterplannen heen. De accreditatiecyclus was eerder afvinken geworden dan dat het nog enthousiasmeerde. Dat was voor mij de motivatie om in 2016 bij de NPA te gaan werken.

Twee dingen moesten er echt veranderen aan de NPA-audits. De frequentie van de audits moest omlaag, en huisartsen moesten meer zelf kunnen invullen op welke manier ze aan de kwaliteitsnormen voldoen. Van verantwoording afleggen naar verantwoordelijkheid nemen'

Anders opgeleid

'Onze auditoren zijn nu anders opgeleid. Niet meer: ik ga kijken hoe jullie het doen, maar: vertel eens hoe jullie dit doen? Er is eerder een dialoog met de praktijkmedewerkers dan observatie of controle. De auditor hoeft niet alle werkafspraken te zien; het belangrijkste is dat de afspraken bestaan. Weet jij wat er van je verwacht wordt? Dat is wat de auditor vraagt. Daardoor hebben we 2 belangrijke kritiekpunten van huisartsen verbeterd: er hoeft minder op papier, en er is meer ruimte voor de huisarts om zelf te bepalen op welke manier je zorgt voor kwaliteit. Onze auditoren hoeven geen protocollen meer te zien. In plaats daarvan vraagt de auditor: hebben jullie afspraken voor de behandeling van diabetes, over doorverwijzing van ggz-patiënten? Als je dan ja zegt, vraagt de auditor door: wat heb je precies afgesproken, en wie weet dat binnen de praktijk? Het antwoord ligt niet vast; het gaat erom dat je kunt beargumenteren waarom je het in jouw praktijk op die manier hebt geregeld.'

Net zo streng

'Ik kan niet zeggen dat de audit zelf minder streng geworden is, wel zijn de deelnemende huisartsen nu vrijer in de manier waarop ze hun kwaliteit bewaken. We toetsen nog steeds of je nog bij bent met wet- en regelgeving en standaarden. De morfine moet echt in een gesloten kastje, en we vragen nog wel degelijk of en hoe de specula gesteriliseerd worden. Hoe je dat regelt, dat vul je in voor je eigen praktijk. Als je die inkleuring maar kunt beargumenteren. En je praktijk hoeft niet elk jaar beter. Als je maar grip hebt op je kwaliteitsbeleid en flexibel blijft om te kunnen ingrijpen als dat nodig is.

De huisartsen vonden de nieuwe keuzevrijheid geweldig tijdens de nieuwe audits [zie *De nieuwe accreditering volgens deelnemers*]. Ze meldden uit zichzelf dat ze weer bevoegdheid voelen nu ze meer eigen keuze hebben en de vinklijstjes zijn afgeschaft. De lijstjes zijn facultatief geworden: ze kunnen soms handig zijn, maar zijn niet meer verplicht. We hebben ze overgeheveld naar de NPA-Wegwijzer.'

Hoe dan?

'Helemaal nieuw in de audits is dat je laat zien dat je openstaat voor leren, en dat je met jouw



praktijk in staat bent om te blijven leren. Voorheen moesten ze zelf uitzoeken hoe ze dit soort adviezen moesten invoeren in hun praktijk. Want we mochten we onze collega's hierin niet adviseren, we mochten alleen toetsen. We werden namelijk zelf ook gecertificeerd, door de Raad voor Accreditatie. Daardoor mochten we huisartsen niet ondersteunen bij vraagstukken die naar voren kwamen bij de accreditatie, omdat we anders onze onafhankelijkheid zouden verliezen. Tijdens het verandertraject van de NPA na 2016 zei de beroepsgroep: de NPA is voor en door huisartsen, wij vinden die externe erkenning niet nodig. Toen hebben we als NPA afscheid genomen van de Raad voor Accreditatie. Nu kunnen we huisartsen niet alleen advies geven over wat er moet veranderen, maar ook ondersteunen bij hoe je zo'n veranderproces kunt aanpakken.'

Toestandsbeelden

'De huidige inzichten in kwaliteitszorg zijn dat je zelf verantwoordelijkheid neemt voor kwaliteit, risico's, en het zorgproces. Je neemt daarom zelf het initiatief om te kijken of er risico's in je zorgprocessen zitten. Met de NPA helpen we collega's om die risico's in kaart te brengen, om prioriteiten te bepalen, om te plannen welke verbeteringen je het beste op welk moment doorvoert. Bijvoorbeeld: is jouw praktijk echt goed voorbereid op spoedeisende zorg? Hoe zit het met je bereikbaarheid, je beschikbaarheid, je snelheid en je triagesysteem? De audit levert concrete verbeterpunten op, bijvoorbeeld over hoe je triagecriteria hanteert, hoe je denkt in toestandsbeelden, en hoe je een triagegesprek goed opbouwt. Ben je goed voorbereid op alle consequenties van huidige wetgeving? Ben je er alert op dat je vanwege de WGBO, de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, de patiënten tijdig duidelijke informatie geeft over diagnose en behandeling? Dat je verplicht een dossier inricht? En heb je daarbij alle hoeken en gaten van de privacy van de patiënt afgedicht? Ben je er in alle drukte ook alert op dat je patiënt vanwege die WGBO op zijn beurt jou en de assistente goed informeert? Alleen dan kun je de urgentie goed bepalen.'

Casus voor kernwaarde

'In een oudere versie van de nieuwe systematiek was ons beginpunt de patiënt: wat vindt de patiënt belangrijk in de huisartsenpraktijk? En dan keken we of de praktijk daaraan voldeed. Wat we nu doen, is eerst de kernwaarden vertalen naar

kwaliteitsnormen. Daarna heeft de Patientenfederatie aan hun patiëntenpanel met 25.000 leden gevraagd, wat zij noodzakelijk vinden.

We hebben het dus omgedraaid: eerst de huisarts, dan de patiënten. Want bij lagerugklachten wil een patiënt misschien een MRI-scan, maar dat is niet wat de professionele standaard zegt. Kwaliteit is dan niet de patiënt toch verwijzen, maar: hoe vertel je je patiënt dat je niet verwijst, hoe overleg je? Hoe voldoe je aan die kernwaarde persoonsgerichtheid?

Voor onszelf was er de vraag: hoe toetsen we daar meer op als NPA, op die persoonsgerichtheid? We hebben daar heel lang naar gezocht. Het mooiste zou zijn om bij de kern van de huisartsenzorg komen, in de spreekkamer. Maar dat is net een stapje te ver. Nu gebruiken we casuïstiek: wat doe je als die mevrouw van 53 jaar met een spoedeisende vraag in je praktijk verschijnt?'

'Ik noem mezelf altijd bemiddelaar'

Trots

Marc Eyck kijkt met veel plezier terug op een veelbewogen tijd bij de NPA: 'We hebben op het scherpst van de snede gediscussieerd met beroepsorganisaties, Het Roer Moet Om en VWS. Er was vaak kritiek op de accreditering, maar de audits kregen ook een hoge waardering. Dat weten we uit de feedback die we vragen na elke audit. Zeven vragen [zie *De nieuwe accreditering volgens deelnemers*] over hoe we de medewerkers bij het proces hebben betrokken, of de rapportage duidelijk was, of de audit motiverend was, en de belangrijkste vraag: wat was de toegevoegde waarde voor uw huisartsenpraktijk? Gemiddeld scoren 90% van onze audits een 'goed' tot 'zeer goed'.

Desalniettemin moest er nodig iets aan de frequentie en de complexiteit gedaan worden. Pas per 1 oktober 2020 zijn we met de nieuwe systematiek begonnen. We monitoren het nieuwe systeem nauwkeurig en vragen vooral naar de administratieve druk en of de auditfrequentie het gewenste effect heeft: hebben jullie gemerkt dat we iets gedaan hebben? Vergeleken met de KPMG-monitoring uit 2019 blijken de eerste ervaringen met het nieuwe systeem te wijzen op beduidend minder belasting.

Enorm trots ben ik dan ook op de nieuwe certificering, versie 3.0, die helemaal aansluit bij de kernwaarden en kerntaken van de huisarts. En dat we daar ook echt naar kijken in de audit, dat we daar kwaliteitsnormen voor gemaakt hebben.

Maar er was wel een drastische reorganisatie nodig voor het nieuwe systeem. Doordat we van een auditfrequentie van 1 naar 3 jaar gingen, moesten we van de helft van onze medewerkers afscheid nemen. Dat was heel heftig. We hebben een heel ander financieel administratiesysteem opgezet. Ik ben trots omdat ik een gezond bedrijf achterlaat, met een mooie inhoud.

We zien het deelnemersaantal van de NHG-Praktijkaccreditering groeien, en dat terwijl de accreditering niet verplicht is. We zijn 4 andere certificeringen begonnen: van zorggroepen, van steeds meer huisartsenposten, van apotheekhoudende praktijken, en het GEAR-project, Gecombineerde Evaluatie- en Audit-Ronde. GEAR is niet een harde certificering, maar een gestructureerde evaluatie van alle 8 huisartsenopleidingen.'

Nut-rapport

Marc Eyck was meer dan 30 jaar huisarts in een gezondheidscentrum in het Zuid-Limburgse Neerbeek. Altijd was hij actief voor het NHG, steeds met een voorkeur voor helder taalgebruik. 'Sinds 1985 heb ik van alles gedaan bij het NHG. Het begon met een onderzoekje wat het nut van automatisering zou zijn voor de huisartsenpraktijk. Dat werd het Nut-rapport. Iedereen bleef maar vragen wat die afkorting betekende, maar het was helemaal geen afkorting. Dat leidde weer tot een cursus om de huisarts te leren automatiseren. Van Groningen tot Maastricht hebben we een cursus gegeven 'Druk nu op de enterknop'. Het leukste project dat ik heb gedaan was Toekomstvisie 2012-2022, met allerlei mensen praten over het vak. Met de LHV en het NHG zijn we het hele land doorgegaan; in zaaltjes en schouwburgen hebben we allerlei huisartsen ontmoet.'

Eyck neemt afscheid als NPA-directeur-bestuurder. Hij heeft simpelweg de leeftijd, hij gaat met pensioen. Kan hij dat wel, ophouden met werken? 'Ik word voor het eerst opa, en ik wil graag meer gaan golfen. Maar ik wil ook iets teruggeven voor alle ervaringen die ik heb mogen opdoen op kosten van de maatschappij. Ik wil gaan adviseren. Mijn hele leven heeft gedraaid om het woord samenwerken. Ik wil mensen die in conflict zijn gekomen weer tot elkaar brengen, als een soort mediator. Ik noem mezelf altijd bemiddelaar.'

De nieuwe accreditering volgens deelnemers

In 2016 begon de NPA een verandertraject voor de accreditering van huisartsenpraktijken. Kritiekpunten van huisartsen op NHG-Praktijk-accreditering waren:

- hoge auditfrequentie
- administratieve complexiteit
- gebrek aan eigen invulling; huisartsen wilden minder gedetailleerde vinklijsten en meer ruimte om op hun eigen manier te voldoen aan de kwaliteitsnormen

In het nieuwe systeem:

- is de frequentie van de accreditering fors

verlaagd: sinds april 2019 is niet langer een jaarlijkse audit verplicht, maar volstaat een hercertificeringsaudit van eens per 3 jaar

- zijn kwaliteitsnormen eenvoudiger
- sluiten de normen aan bij de herijkte kernwaarden en -taken van Woudschoten 2019

Bijna 11 miljoen patiënten krijgen zorg van een praktijk met een NPA-certificaat. Aan de NPA-accreditering doen 2150 huisartsenpraktijken mee; circa 7000 huisartsen, ruim de helft van de 13.000 huisartsen in Nederland.

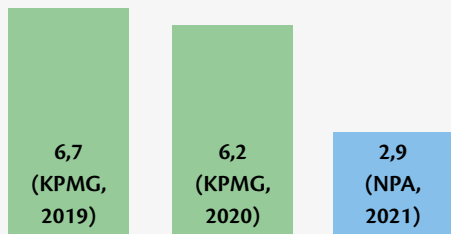
Mogelijk is het werkelijke aantal hoger, omdat waarnemend huisartsen niet altijd zijn meegeteld.

Enquête eerste lichting

Wat vinden de praktijkmedewerkers die zelf het nieuwe proces hebben doorlopen van deze veranderde audit-methodiek? Aan de nieuwe NPA-systematiek deden van oktober 2020 tot januari 2021 in totaal circa 225 praktijken mee (respons op de enquête 40%; n = 90). De resultaten zijn vergeleken met de resultaten van KPMG-enquêtes over de 'oude' NPA-accreditering uit 2019 (n = 448) en 2020 (n = 312).

Administratieve belasting door auditfrequentie

Een belangrijk punt van kritiek op de NPA-accreditering was de administratieve belasting door de hoge auditfrequentie. De respondenten is gevraagd hoezeer de frequentie van de NPA-audits hen belast (0 = geen last, 10 = zeer veel last). Praktijken melden in 2021 beduidend minder last veroorzaakt door de frequentie van de NHG-Praktijkaccreditering (eerst jaarlijks, nu eens per 3 jaar).



Vergeleken met voor 2019 en 2020

Is door de verlaagde frequentie ook de administratieve druk verlaagd, vergeleken met de periode voor 2019 en 2020? De meerderheid van de deelnemers vindt van wel.

Sterk afgenomen	9%
Afgenomen	54%
Gelijk gebleven	33%
Toegenomen	33%
Sterk toegenomen	1%

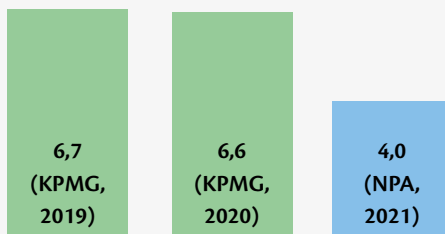
Administratieve belasting door complexiteit

In welke mate wordt de administratieve druk veroorzaakt door de complexiteit van de NHG-Praktijkaccreditering? De belasting door complexiteit is afgenomen ten opzichte van de periode voor 2019 en 2020.

Sterk afgenomen	10%
Afgenomen	48%
Gelijk gebleven	39%
Toegenomen	3%
Sterk toegenomen	0%

Belasting door complexiteit en verbeterpunten

De respondenten is gevraagd hoeveel last ze hebben doordat het proces eenvoudiger en beter zou kunnen (0 = geen last, 10 = zeer veel last). Praktijken ervaren beduidend minder last dan voor de vereenvoudigingen en verbeteringen van de NHG-Praktijkaccreditering.



Meerwaarde audit voor monitoring kerntaken

In hoeverre helpt de nieuwe NHG-Praktijkaccreditering om de eigen praktijk door te lichten op kerntaken? Meer deelnemers hebben op dit punt baat bij de nieuwe systematiek.

Sterk toegenomen	4%
Toegenomen	30%
Gelijk gebleven	49%
Afgenomen	17%
Sterk afgenomen	0%

Algemene waardering audit

Na elke audit kunnen praktijken een beoordeling geven op 7 aspecten met een 5-puntsschaal: van 'zeer slecht' tot 'zeer goed'. De algemene waardering voor de audits blijft onveranderd hoog: 90% scoort goed tot zeer goed op de genoemde aspecten. Het rapportcijfer voor de audit steeg licht: van 7,9 in 2019 naar 8,2 in 2021.

Zeven aspecten waarop deelnemers hun audit beoordelen

1. mate waarin medewerkers zijn betrokken bij de audit
2. duidelijkheid van de geformuleerde bevindingen en opmerkingen
3. sfeer tijdens de audit
4. motiverende karakter van de audit
5. duidelijkheid over vervolgttraject na de audit
6. erkenning en waardering voor de inspanning van de praktijk
7. toegevoegde waarde voor de eigen huisartsenpraktijk

Eerste conclusies nieuwe accreditering: opzet geslaagd

Het doel van de nieuwe NHG-Praktijkaccreditering was een gemoderniseerde certificering:

- die past in de huidige tijd
- waarmee huisartsen hun patiënten het vertrouwen kunnen geven dat ze verantwoorde zorg leveren
- die administratieve druk tot een minimum beperkt

Uit deze eerste ervaringen blijkt dat de opzet geslaagd is. Knelpunten zijn verminderd en de waardering voor de audits van de NHG-Praktijkaccreditering is onveranderd hoog. De NPA gaat daarom door met de nieuwe systematiek.