

## Aanhoudende lichamelijke klachten bij kinderen

Niet-acute pijn op de borst

Recidiverende bacteriële vaginose

Voorkeursmiddelen opioïden in herziene NHG-Standaard Pijn



# Iedereen hoort alleen datgene wat hij begrijpt\*

Had ik maar het gymnasium gedaan, dacht ik tijdens mijn vakantie bij de kaasboer in de binnenlanden van Griekenland. Mijn communicatie met haar beperkte zich tot het ouderwetse handen-en-voetenwerk, maar leidde uiteindelijk, na vele minuten in de verzengende hitte, toch tot het beste onderdeel van de borrelplank.

In het huisartsenconsult zijn communicatie en taal wezenlijke bestanddelen om tot een gewenst resultaat te komen. Consultvoering met kinderen en hun ouders vergt vaak extra inspanning. Zeker als het kind langdurig lichamelijke klachten heeft, waarbij geen duidelijke oorzaak te vinden is, kunnen de consulten complex en tijdrovend zijn. Ansems et al. beargumenteren dat verwijzen naar de kinderarts voor diagnostiek bij kinderen met chronische buikklachten zelden nodig is. Bovendien kan de behandeling, zodra somatische oorzaken zijn uitgesloten, ook gewoon in de huisartsenpraktijk plaatsvinden. Medicalisering en aanhoudende klachten zouden hiermee worden voorkomen. Zij bepleiten dat de tijd nemen voor uitleg het essentiële onderdeel van de behandeling is. Broekhuijsen et al. gaan verder in op de uitleg bij kinderen met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK). Deze uitleg is geen eenrichtingsverkeer, maar een gesprek waarin de overtuigingen, emoties en het gedrag van het kind centraal staan. Met gebruik van eenvoudige informatie, metaforen en positieve bewoordingen

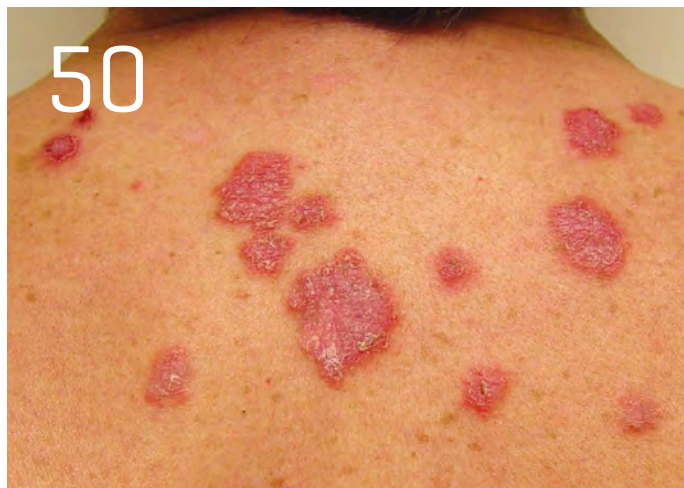
voor geruststelling. In plaats van: 'Je hebt geen ernstige ziekte in je buik' zeg je: 'Je buik maakt heel normale geluiden, zoals dat bij een gezonde buik hoort.' Een soort omdenken, dus.

Willen we deze taak, in tijden van hoge werkdruk, op ons nemen? Als we de begeleiding van volwassenen met ALK wel als onze taak beschouwen, denk ik dat we dat ook zeker bij kinderen moeten doen. Nog meer dan bij volwassenen is het gezin een bron van factoren die op ALK van invloed kan zijn. De huisarts als gezinsarts kan dan wel degelijk meer bieden dan een kinderarts. Als we daarbij de juiste taal gebruiken, 'horen het kind en de ouder het omdat zij het begrijpen'. En levert de tijd nemen voor deze specifieke communicatie uiteindelijk tijd en voldoening op doordat het medicalisering voorkomt. Oftewel: het beste onderdeel van de borrelplank.

\* Johann Wolfgang von Goethe, *Maximen und Reflexionen*, 1840.

Mariëlle van Avendonk, adjunct-hoofdredacteur





## Wetenschap

- 10 Recidiverende bacteriële vaginose**  
Eerder een bacteriële vaginose doorgemaakt? Dan is er een verhoogde kans op een recidief na gebruik van antibiotica.
- 16 Betere zorg bij niet-acute pijn op de borst**  
Zowel de terugkoppeling als de registratie na verwijzing van patiënten met niet-acute pijn op de borst kan beter.
- 20 Nieuwe predictieregel voor acuut coronair syndroom**  
Een nieuwe predictieregel voor acuut coronair syndroom bij acute thoracale klachten is accurater en efficiënter dan de Nederlandse Triage Standaard.
- 26 Psychische klachten: waarom niets doen zo lastig is**  
Opiniestuk over de behandeling van patiënten met relatief milde psychische problemen. Verwijst u wel of niet naar de ggz?
- 30 Huisartsgeneeskunde in de lengte en de breedte**  
Interview met hoogleraar huisartsgeneeskunde Nynke Scherp-bier-de Haan over continuïteit en samenwerking als oplossingen voor de druk op de huidige huisartsenzorg.
- 33 Kinderen met chronische buikklachten**  
Huisartsen kunnen de meeste kinderen met chronische buikklachten zelf behandelen. Vier hoekstenen zijn van belang.
- 36 Prostaatwijzer lijkt verwijzingen naar de uroloog te voorkomen**  
Het toepassen van de Prostaatwijzer in een eerstelijns diagnostisch centrum voorkomt mogelijk 68% van de verwijzingen naar de uroloog, tegen een gereduceerd tarief.

## Praktijk

- 40 Aanhoudende lichamelijke klachten bij kinderen**  
Aandacht voor het taalgebruik en een stapsgewijze aanpak volgens het biopsychosociale model kunnen overdiagnostiek en medicalisering voorkomen bij aanhoudende lichamelijke klachten op kindereleeftijd.
- 46 Uw diagnose 'Perianale papels'**
- 49 Kennistoets 'Bacteriële vaginose'**
- 50 Incognito in de spreekkamer: systemische lupus erythematosus**  
Vroege herkenning van de auto-immuunziekte systemische lupus erythematosus is belangrijk voor adequate behandeling en om weefselschade te voorkomen, maar de aandoening is lastig te herkennen.
- 54 Groene nagel**  
Groene nagels ontstaan vaak doordat een bacterie (meestal *Pseudomonas*) zijn kans grijpt na een andere infectie of na een beschadiging. De klacht verdwijnt vaak vanzelf binnen een jaar.



## Nieuws

### 06 Nieuwsberichten



- Toename resistentie tegen azitromycine bij *Mycoplasma genitalium*
- Valpreventie door omgevingsinterventies
- Morfine kan kortademigheid bij COPD verminderen
- Naar minder preventieve medicatie in het laatste levensjaar
- Succesvol thuis saturatie meten bij COVID-19
- Wat willen diabetespatiënten bespreken in een behandelgesprek?

### 59 Column 'Hypocriet'

### 60 Brandwonden app: nuttig of overbodig?

### 61 Nieuw onderzoek naar diagnostiek bij geheugenproblemen

De meeste dementiediagnoses worden op geheugenpoliklinieken gesteld. Is diagnostiek bij de huisarts net zo goed als op de geheugenpolikliniek?

## NHG

### 62 Uitbreiding voorkeursmiddelen binnen de opioïden in NHG-Standaard Pijn

De sterke opioïden oxycodon en buprenorfine zijn toegevoegd als voorkeursmiddelen. Daarnaast bevat de standaard een aanbeveling tegen het gebruik van cannabis bij chronische neuropathische pijn.

### 64 Robbert Keppel: 'Verbinding met collega's'

Maak kennis met Robbert Keppel, lid van de NHG-Verenigingsraad en voorzitter van de Congrescommissie 2024. 'Het is belangrijk dat elke stroming binnen onze diverse beroepsgroep vertegenwoordigd is in de Verenigingsraad.'

### 65 Aandacht voor patiëntveiligheid in de praktijk

Een speciale webpagina met informatie over patiëntveiligheid en de ondersteuning die het NHG daarbij kan bieden. Wat is verplicht vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen?

### 66 Denk met ons mee! Uw stem telt

Wat verwachten leden van het NHG? Welke materialen, producten en diensten gebruiken zij? Bekijk de resultaten van de ledenpeiling, waarbij leden ook zijn bevraagd over spoedzorg.



[www.henw.org](http://www.henw.org)



## H&W-podcast

- Luister naar de interviews over de artikelen met een podcastlogo via de eigen H&W Podcastkanalen of ga naar [henw.org/podcast-overzicht](http://henw.org/podcast-overzicht).

- Ecg-casus 'Hart of long?'
- Nieuw onderzoek naar een staalkaart van reflectie binnen het medisch onderwijs
- Geen verhoogd risico op psychische problemen na COVID-19-infectie



# Toename resistentie tegen azitromycine bij *Mycoplasma genitalium*

Milou Peters, Hanneke Borgdorff

*Mycoplasma genitalium* is een soa die meestal geen behandeling behoeft. Daarom wordt er niet standaard op getest. Als bij mannen met langdurige uretritisklachten door *M. genitalium* toch behandeling is gewenst, moeten we rekening houden met de toegenomen resistentie tegen azitromycine. Dat blijkt uit een recent Nederlands eerstelijns onderzoek.



Foto: Shutterstock

De onderzoekers wilden nagaan wat de prevalentie van *M. genitalium* is bij patiënten die met klachten of voor contactonderzoek de huisarts bezochten. Tussen januari 2018 en december 2021 onderzochten zij alle urine-, vaginale en urethrale monsters van 1500 huisartspraktijken uit voornamelijk Zuidwest-Nederland op *M. genitalium*, *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae*.

De prevalentie van *M. genitalium* onder de 7411 vrouwelijke patiënten (mediane leeftijd 29,4 jaar) was 6,7% en onder de 5732 mannelijke patiënten (mediane leeftijd 30,4 jaar) 3,7%. De prevalentie van *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae* was respectievelijk 7% en 0,8% bij de vrouwen, en 5,5% en 1,7% bij de mannen. *M. genitalium* kwam voor als co-infectie met *C. trachomatis* bij 1,4% van de vrouwelijke en 0,7% van de mannelijke patiënten. In 2021 was de prevalentie van *M. genitalium* 4,1% in een vergelijkbare populatie; er lijkt dus sprake van een lichte stijging.

Bij 202 positief geteste monsters op *M. genitalium* keken de onderzoekers naar resistentiegeassocieerde mutaties voor azitromycine (antibioticum van eerste keus) en fluorochinolonen (antibiotica van tweede keus). Zij vonden mutaties in respectievelijk 73,8% en 9,9% van de monsters. Deze percentages zijn fors hoger dan in 2021 (toen respectievelijk 41% en 8,1%).

De gevonden mutaties correleren niet

direct met therapiefalen, maar verhogen wel de kans daarop. Als we besluiten *M. genitalium* te behandelen, moeten we dus vaker beducht zijn op therapiefalen en in dat geval overleggen met de microbioloog en eventueel een resistentiebepaling doen. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen het advies om terughoudend te zijn met testen en behandelen, ook om verdere resistentie-

vorming tegen te gaan. ■

Met dank aan Alje van Dam, microbioloog, voor de interpretatie van de resistentiedata.

Yusuf E, et al. *Epidemiology of Mycoplasma genitalium and Trichomonas vaginalis in the primary health care setting in the Netherlands. Epidemiol Infect* 2023;151:e79.

## Valpreventie door omgevingsinterventies

Wieneke Vlastra

**Valincidenten bij thuiswonende ouderen komen regelmatig voor en zijn geassocieerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Uit een recente cochrane review blijkt dat eenvoudige aanpassingen van de omgeving al effectief zijn in het verminderen van deze valincidenten.**

De auteurs keken naar de effectiviteit van diverse interventies bij thuiswonende ouderen. Zij vonden 22 RCT's (n = 8463; gemiddelde leeftijd 78 jaar; 65% vrouw) en onderzochten verschillende categorieën interventies. De eerste categorie betrof omgevingsinterventies (bijvoorbeeld antislipstrips, goede verlichting op de gang, verwijderen van rommel in het looppad).

Andere interventies waren het optimaliseren van de visus en het geven van educatie over valrisico. De onderzoekers beoordeelden het effect van deze interventies op het aantal valincidenten per persoon per jaar.

Ouderen bij wie een interventie in de omgevingsfactoren had plaatsgevonden, vielen gemiddeld 26% minder vaak per jaar (n = 5293; RR 0,74; 95%-BI 0,61 tot 0,91; matige kwaliteit van bewijs) dan andere ouderen. Dit effect werd vooral veroorzaakt door minder vallen van ouderen met een hoog valrisico (n = 1513; RR 0,62; 95%-BI 0,56 tot 0,70; hoge kwaliteit van bewijs). Deze ouderen waren bijvoorbeeld al eerder gevallen, hadden een ziekenhuisopname achter de rug of hadden

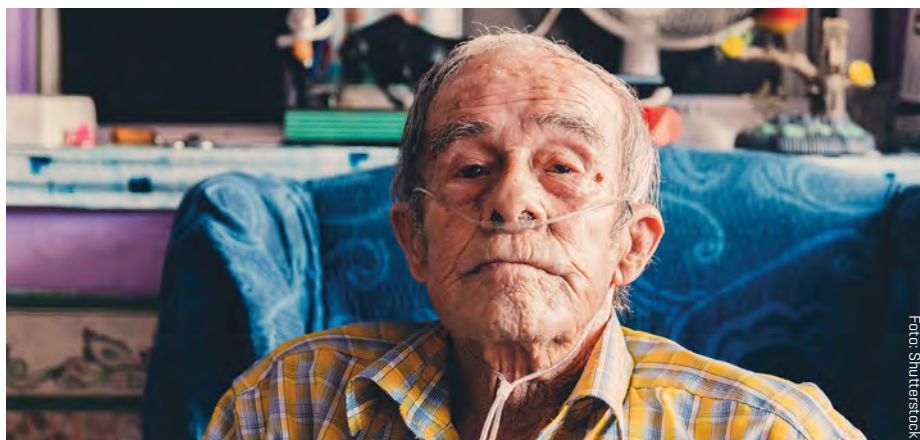
# Morfine kan kortademigheid bij COPD verminderen

Lukas Koet

Orale morfine kan bij sommige COPD-patiënten chronische kortademigheid verminderen. Hoe ernstiger de kortademigheid en hoe hoger het BMI van de patiënt is, hoe meer kans op effect. Dit blijkt uit een Nederlandse RCT bij chronisch kortademige COPD-patiënten uit een longvalidatiecentrum.

Chronische kortademigheid komt veel voor bij patiënten met gevorderde COPD. Er was al enig bewijs dat morfine bij hen kortademigheid kan verminderen. Het was echter onduidelijk welke categorie patiënten hierbij baat kan hebben. Daarom zochten de onderzoekers uit welke klinische kenmerken gerelateerd zijn aan vermindering van kortademigheid door morfine. Zij deden dat door de resultaten van een eerdere RCT nader te bestuderen.

De onderzoekspopulatie bestond uit tweedelijnspatiënten met gevorderde



COPD die chronisch kortademig waren, ondanks optimale behandeling. Zij kregen orale morfine met verlengde afgifte (20-30 mg per dag, equivalent van 20 ug/24 uur fentanylpleiser en 20 mg oxycodon oraal) of placebo gedurende 4 weken. Als de benauwdheid door de morfine meer dan 1 punt verminderde op een schaal van 1-10 en er geen ernstige bijwerkingen optraden, werd dit als een klinisch relevant effect beschouwd. Met

behulp van statistische modellen werd onderzocht welke patiëteigenschappen een klinisch relevante verbetering door morfine voorspelden.

Van de 50 patiënten in de morfingegroep (52% man; mediane leeftijd 65 jaar) ervoeren 21 (42%) een klinisch relevante verbetering met gemiddeld 2 punten minder benauwdheid. Er stopten 5 deelnemers vanwege de bijwerkingen. De ernst van de benauwdheid bij start (OR 1,51; 95%-BI 1,04 tot 2,21) en de BMI (OR 1,13; 95%-BI 1,02 tot 1,28) waren geassocieerd met een klinisch relevante verbetering. Leeftijd en de manier waarop de patiënt de kortademigheid ervoer (bijvoorbeeld luchthonger) waren niet gerelateerd aan het behandelingsucces. Bijwerkingen kwamen relatief vaak voor.

Belangrijke beperkingen van dit onderzoek zijn het kleine aantal deelnemers en de beperkte onderzoeksduur.

Dit onderzoek geeft enig extra bewijs dat laaggedoseerde morfine een optie kan zijn bij COPD-patiënten met ernstige kortademigheid, ondanks optimale behandeling. Behalve de ernst van de kortademigheid en de BMI van de patiënt moet ook de kans op bijwerkingen in de beslissing worden meegenomen. ■

*Verberkt CA, et al. Morphine for chronic breathlessness in COPD: improvement predictors - cross-sectional study. BMJ Support Palliat Care 2022;bmjpspcare-2022-003693. DOI:10.1136/spcare-2022-003693 [epub ahead of print].*

van lage kwaliteit. Enigszins verrassend is dat optimalisatie van de visus niet effectief was (n = 1489; RR 1,12; 95%-BI 0,84 tot 1,50). De auteurs vroegen zich af of de grote variatie in opzet van de onderzoeken hiervan de oorzaak was. In een klein onderzoek was het geven van educatie ook niet geassocieerd met een vermindering van valincidenten (n = 110; RR 0,63; RR 0,36-1,07).

De NHG-Standaard Fractuurpreventie adviseert huisartsen om ouderen met een hoog valrisico te motiveren hun mobiliteit te verbeteren. Deze review toont aan dat ook praktische adviezen een val kunnen voorkomen. Denk aan goede verlichting, rommel verwijderen en antislipstrips op de trap. ■

*Clemson L, et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2023;3:CD013258.*

ondersteuning nodig bij dagelijkse activiteiten. Omgevingsinterventies verminderden overigens niet valgerelateerde fracturen (n = 1668; RR 1,00; 95%-BI 0,98 tot 1,02) en ziekenhuisopnames (n = 325; RR 0,96; 95%-BI 0,87 tot 1,06), al was het bewijs hiervoor



# Naar minder preventieve medicatie in het laatste levensjaar

Mariken Stegmann



**Ongeveer twee derde van de patiënten met een levensbedreigende aandoening gebruikt in het laatste levensjaar preventieve medicatie. Dat concludeerden onderzoekers op basis van een retrospectief cohortonderzoek in de database van het Julius Huisartsen Netwerk.**

De database bevatte een groep van ruim 1200 patiënten die in 2019 waren overleden. De onderzoekers selecteerden daaruit alle volwassen patiënten die langer dan een jaar voor overlijden de diagnose van een levensbedreigende aandoening hadden gekregen (n = 666). Van hen gebruikte 69% ten minste 1 preventief medicijn in het jaar voor overlijden. De meest gebruikte preventieve medicatiegroep bestond uit vitamines (36%). Bij 56% van deze vitaminegebruikers werd het medicijn gestopt tijdens het laatste jaar, met een mediaan interval tussen stop en overlijden van 110 dagen. Van de patiënten gebruikte 35% in het laatste jaar cholesterolverlagers (48% gestopt; mediaan 65 dagen). Ongeveer een kwart (24%) gebruikte calciumsupplementen (61% gestopt; mediaan 60 dagen) en 9% bisfosfonaten (70% gestopt; mediaan 119 dagen). De onderzoekers vonden voor 73 van de 385 (19%) gestopte medicijnen een stopreden in de journaalregels. De tijd tussen stop en overlijden was het grootst als er bijwerkingen optraden (n = 4; mediaan 312 dagen) of na een medica-

tiereview (n = 25; mediaan 71 dagen). Bij andere stopredenen (bijvoorbeeld patiënt overduidelijk terminaal) was de tijd tussen stoppen en overlijden veel korter. Gebruik van preventieve medicatie in het laatste jaar voor overlijden komt dus veel voor. Een medicatiereview kan een

goed (en relatief vroeg) moment zijn om medicatie te stoppen. Overigens is onbekend bij hoeveel patiënten uit dit onderzoek een review is uitgevoerd zonder dat preventieve medicatie is gestopt en of deze in sommige gevallen bewust werd gecontinueerd. Het NHG-Stappenplan medicatiebeoordeling benoemt 'sterk afgenomen levensverwachting' als mogelijke aanleidingen voor een medicatiereview. Wellicht moeten we alerter zijn op het daadwerkelijk uitvoeren daarvan. Dit zou heel goed een vast onderdeel van een ACP-gesprek kunnen zijn. ■

*Antonisse A, et al. Use of preventive medication and supplements in general practice in patients in their last year of life: a Retrospective cohort study. BMC Prim Care 2023;24:101.*

## Succesvol thuis saturatie meten bij COVID-19

Aimée Kok-Pigge

**Kunnen patiënten met COVID-19 thuis saturatie meten? Of leidt dat tot meer werk voor de huisarts? Een Nederlands gerandomiseerd pilotonderzoek laat hierover positieve resultaten zien. Thuis saturatie meten is goed mogelijk en leidt niet tot meer consulten. Het is echter nog onduidelijk of dit ook gezondheidswinst oplevert.**

Tussen november 2020 en juni 2021 includeerden de onderzoekers 41 COVID-19-patiënten met cardiovasculaire comorbiditeit uit 14 huisartsenpraktijken. Zij hadden matige tot ernstige klachten die intensieve monitoring noodzakelijk maakten. De gemiddelde leeftijd was 64 jaar, 56%

was man. Van deze patiënten kregen er 21 een gevalideerde pulsoxymeter met een driemaal daags meetprotocol thuis. De follow-up was 45 dagen. De interventiegroep mat de saturatie gemiddeld 2,7 keer per dag (range 1-4). Bij 10 patiënten was in totaal 52 keer sprake van hypoxemie (saturatie < 94%). Hierbij nam 60% van de patiënten daadwerkelijk contact op met de huisarts. In totaal namen 31 patiënten contact op met de huisarts (interventiegroep 71% versus controlegroep 80%; p = 0,52). Het aantal SEH-bezoeken (8 versus 3 patiënten) en ziekenhuisopnames (5 versus 1 patiënt) verschilden niet significant tussen de groepen. Wel geven deze

# Wat willen diabetespatiënten bespreken in een behandelgesprek?

Lukas Koet

Patiënten met diabetes type 2 (DM2) vinden kwaliteit van leven het belangrijkste onderwerp in een behandelgesprek. Verder vinden zij het van belang om met hun behandelaar te praten over de effecten en bijwerkingen van medicatie en over de complicaties van diabetes op langere termijn. Dat blijkt uit een recent Nederlands onderzoek.

In de behandeling van DM2 ligt de nadruk op het volgen van het medicamenteuze stappenplan. Er is weinig ruimte voor patiënten om hun persoonlijke omstandigheden en voorkeuren mee te nemen in het besluitvormingsproces (samen beslissen), waarvan bekend is dat dit leidt tot betere kennis en therapietrouw. Onderzoekers gingen na welke onderwerpen patiënten met DM2 het

belangrijkst vinden om te bespreken tijdens behandelgesprekken. In 3 groepsinterviews ondervroegen zij 8 patiënten. Hieruit kwamen 21 onderwerpen naar voren. Vervolgens zetten zij een vragenlijst uit onder 600 patiënten met DM2. Iedere vraag bestond uit 4 gespreksonderwerpen, waarvan de patiënten de belangrijkste en de minst belangrijke moesten selecteren. In totaal beantwoordden 285 patiënten (gemiddeld 72 jaar; 64% man) de vragenlijst. Op basis daarvan berekenden de onderzoekers de RIS (*relative importance score*) per



absolute getallen aanwijzingen dat een thuismeting mogelijk eerder stille hypoxemie signaleert.

Het gevoel van veiligheid op een schaal van 0-100 was alleen voor de niet-gehospitaliseerde patiënten hoger in de interventiegroep (73,8 SD  $\pm$  17,8

versus 57,6 SD  $\pm$  23,3;  $p = 0,03$ ). Er was geen verschil tussen de groepen wat betreft de verbetering van de score voor algemene gezondheid en functioneren na 45 dagen (gemeten met vragenlijst WHODAS 2.0). Tijdens het onderzoek overleden geen patiënten. Bij de interpretatie van deze resultaten is voorzichtigheid geboden, omdat het een pilotonderzoek met kleine aantallen betreft en 40% van de controlegroep in elk geval een keer thuis een eigen pulsoxymeter heeft gebruikt. Thuismetingen van de saturatie zijn in elk geval goed haalbaar en lijken niet te leiden tot meer consulten. Of ze ook gezondheidswinst opleveren moet echter nog blijken. ■

*Smit K, et al. Home monitoring by pulse oximetry of primary care patients with COVID-19: a pilot randomized controlled trial. Br J Gen Pract 2023;73:e356-e363.*

onderwerp. De som van alle RIS-scores is 100. Hoe hoger een RIS-score, hoe belangrijker patiënten het onderwerp vonden.

De score van kwaliteit van leven was het hoogst (RIS 11,97; 95%-BI 11,77 tot 12,16), gevolgd door klinische effecten van medicatie (RIS 10,40; 95%-BI 10,16 tot 10,64), langetermijncomplicaties van diabetes (RIS 9,83; 95%-BI 9,50 tot 10,16) en bijwerkingen van medicatie (RIS 7,72; 95%-BI 7,38 tot 8,07). De ervaringen van andere patiënten (RIS 0,40; 95%-BI 0,34 tot 0,46) bleek het minst belangrijke onderwerp te zijn. Omdat er aanzienlijke individuele verschillen waren in voorkeursonderwerpen, lijkt het belangrijk de inhoud van het gesprek op de individuele patiënt af te stemmen. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 geeft weinig handvatten voor patiëntgerichte zorg bij DM2. Op basis van de resultaten van dit onderzoek lijkt het een goed idee om meer dan alleen het effect van medicatie te bespreken. Hoewel deze aanpak tijdens een behandelgesprek waarschijnlijk meer tijd kost, kan het op de lange termijn voordelen opleveren en mogelijk ook tijdsbesparing. ■

*Tichler A, et al. Preferred conversation topics with respect to treatment decisions among individuals with type 2 diabetes. Patient Prefer Adherence 2023;17:719-29.*





# Recidiverende bacteriële vaginose

Natasja Delfstra, Annemarie Uijen, Caroline Vos, Reinier Akkermans, Toine Lagro-Janssen, Doreth Teunissen

**Bacteriële vaginose is een hinderlijke klacht die grote invloed kan hebben op de kwaliteit van leven. Er zijn patiënten die regelmatig recidieven hebben, maar over hoe vaak en welke factoren daarop van invloed zijn is weinig bekend. Wij vergeleken op basis van elektronische patiëntendossiers de kenmerken van patiënten met een eenmalige dan wel recidiverende bacteriële vaginose. Ook onderzochten wij welke diagnostiek en behandeling de huisarts inzette.**

Bacteriële vaginose is een veelvoorkomende klacht waarvoor vrouwen in de vruchtbare levensfase regelmatig de huisarts bezoeken. De oorzaak is een disbalans in de vaginale flora, waardoor hinderlijke klachten ontstaan zoals grijswitte afscheiding en een onaangename geur.<sup>1</sup> In verschillende onderzoeken is een verband aangetoond tussen bacteriële vaginose en soa, pelvic inflammatory disease (PID), late miskramen, vroeggeboorte en perinatale infecties.<sup>2-6</sup> Ook na een behandeling met antibiotica treden vaak recidieven op met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven, zowel fysiek als psychisch.<sup>7</sup> Wij onderzochten de risicofactoren voor een recidief en vergeleken daartoe de kenmerken van patiënten met eenmalige dan wel recidiverende bacteriële vaginose. Bovendien onderzochten wij welke diagnostiek en behandeling de huisarts inzette.

## METHODE

### Onderzoeksopzet en populatie

Voor dit observationele onderzoek gebruikten we data van FaMe-net.<sup>8</sup> De 30 huisartsen in dit netwerk, met zo'n 38.000 ingeschreven patiënten, registreren alle contacten tussen huisartsen en patiënten. We vroegen alle ingeschreven patiënten per e-mail om een vragenlijst met contextuele informatie in te vullen. We includeerden alle patiënten die in de periode 2015-2020 klachten hadden gehad die door de huisarts beschouwd en behandeld waren als bacteriële vaginose. Hiervoor selecteerden we alle patiënten die de diagnose bacteriële vaginose kregen, maar ook alle

patiënten die medicatie voor bacteriële vaginose hadden gekregen in combinatie met een diagnose in de categorie 'geslachtsorganen vrouw'. We excludeerden patiënten die < 1 jaar ingeschreven stonden bij hun praktijk of die een maligniteit van de geslachtsorganen hadden. Patiënten die  $\geq 2$  episoden van bacteriële vaginose doorgemaakt hadden, includeerden we in de groep 'recidiverende bacteriële vaginose'.

### Variabelen

We onderzochten de volgende patiëntkarakteristieken: leeftijd bij presentatie, opleidingsniveau, land van herkomst van patiënt en ouders, soort en frequentie van het huisartsencontact, duur van de symptomen bij eerste presentatie, reden voor het huisartsencontact en antibioticagebruik in de 6 maanden voor een ziekte-episode van bacteriële vaginose (met uitzondering van antibiotica die voorgeschreven zijn om bacteriële vaginose te behandelen). De duur van de symptomen werd sinds 2016 geregistreerd. Daarnaast onderzochten we de volgende comorbiditeiten vanaf 2010: soa, PID, candida-infecties, urineweginfecties en prolapsklachten. Wat betreft het handelen van de huisartsen, hebben we de volgende variabelen meegenomen in de analyse: voorgeschreven medicatie, ingezet diagnostisch onderzoek en verwijzingen.

## RESULTATEN

We includeerden 532 patiënten met bacteriële vaginose, van wie 91 (17,1%) met recidiverende bacteriële vaginose [infographic].

### Patiëntkarakteristieken

Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen in leeftijd [tabel], land van herkomst ( $p = 0,57$ ) en opleidingsniveau ( $p = 0,16$ ).

In FaMe-net waren in totaal 1551 contactmomenten geregistreerd, verspreid over 677 ziekte-episoden. Vergele-

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Delfstra NS, Uijen AA, Vos MC, Akkermans R, Lagro-Janssen ALM, Teunissen DAM. Patient characteristics and factors contributing to recurrence of bacterial vaginosis presented in primary care. *Fam Pract* 2023 ;cmad005 [online ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming.

#### AMSELCRITERIA, NUGENTSCORE, KWEEK

De diagnose 'bacteriële vaginose' mag gesteld worden als  $\geq 3$  van de 4 amselcriteria bij fluoronderzoek aanwezig zijn:

- dunne, homogene fluor
- pH van de fluor  $> 4,5$
- positieve aminetest [rottevisgeur van de fluor, die verergerd na toevoeging van een druppel KOH]
- clue-cellen in het fysiologisch zoutpreparaat

ken met patiënten met een eenmalige ziekte-episode hadden patiënten met recidiverende bacteriële vaginose significant vaker contact met hun huisarts of praktijk via telefoon of e-mail, en minder vaak via een fysiek consult ( $p = 0,026$ ). Ook tijdens een episode hadden patiënten met recidiverende bacteriële vaginose vaker contact met hun huisarts ( $p = 0,048$ ).

Van 214 patiënten werd een klachtenduur geregistreerd. Tussen beide groepen was er geen verschil in klachtenduur voordat de vrouw contact opnam met de huisarts ( $p = 0,797$ ). De reden voor het contact met de huisarts was in de groep met recidiverende bacteriële vaginose vaker een vraag om medicatie (17,6 vs. 8,5%). Ook vroegen patiënten in de recidiverende groep vaker om een gesprek met de huisarts voor medisch advies of voorlichting (5,6 vs. 2,4%).

Van de patiënten met recidiverende bacteriële vaginose had 26,4%  $\geq 1$  antibioticakuur voorgeschreven gekregen in het halfjaar voor het recidief; in de groep met een enkele ziekte-episode was dit 14,7% ( $p = 0,007$ ). Gecorrigeerd voor het aantal episodes hadden patiënten met recidiverende bacteriële vaginose ook meer ziekte-episoden waaraan een antibioticakuur was voorafgegaan ( $p = 0,043$ ).

#### Comorbiditeit

Bij patiënten met recidiverende bacteriële vaginose werd vaker een soa gediagnosticeerd ( $p = 0,001$ ). Dat betrof vooral HPV-infecties ( $p = 0,002$ ). Ook candida-infecties werden vaker gediagnosticeerd ( $p = 0,000$ ).

#### Beleid van de huisarts

- Bij patiënten met recidiverende bacteriële vaginose vroeg de huisartsen vaker een microbiologisch onderzoek aan (62,6 vs. 42,6%;  $p = 0,000$ ). In slechts 2 dossiers stond dat de pH van de fluor was gemeten en de aminetest was uitgevoerd.
- Huisartsen schreven vaker medicatie voor aan patiënten met recidiverende bacteriële vaginose (98,9 vs. 83,2%;  $p = 0,000$ ). Veruit de meeste patiënten kregen oraal metronidazol (respectievelijk 87,7% en 78,8%).
- In totaal 30 patiënten kregen een verwijzing naar de gynaecoloog, vaker in de groep met recidiverende bacteriële vaginose (11,0 vs. 4,5%;  $p = 0,015$ ).

#### WAT IS BEKEND?

- Bacteriële vaginose is een hinderlijke, veelvoorkomende klacht die grote invloed kan hebben op de kwaliteit van leven.
- Niet bekend is welke patiënten een verhoogd risico hebben op recidieven.

#### WAT IS NIEUW?

- Bacteriële vaginose kan optreden bij vrouwen van alle leeftijden.
- Patiënten die recent antibiotica gebruikten, hadden vaker een recidief bacteriële vaginose.
- Patiënten met recidieven kwamen minder vaak naar het spreekuur van hun huisarts.
- Bij 37% van de patiënten met een recidief deed de huisarts geen aanvullend onderzoek.

#### BESCHOUWING

Voor zover ons bekend is dit het eerste onderzoek naar verschillen tussen patiënten met recidiverende bacteriële vaginose en patiënten met een enkele ziekte-episode in een eerste-lijns populatie, en naar het beleid van de huisarts.

#### Patiëntkenmerken en risicofactoren

Onze resultaten laten zien dat bacteriële vaginose kan optreden bij vrouwen van alle leeftijden. Dit is opvallend omdat eerder onderzoek erop leek te wijzen dat bacteriële vaginose minder voorkomt bij vrouwen  $> 40$  jaar.<sup>9</sup> Dat onderzoek vond echter plaats in een ziekenhuispopulatie, terwijl wij alleen huisartspatiënten includeerden. Postmenopauzale vrouwen maken zich bij fluorklachten mogelijk sneller zorgen en nemen dan eerder contact op met de huisarts. Deze moet dus ook bij vrouwen  $> 40$  jaar denken aan de mogelijkheid van bacteriële vaginose.

We vonden verder dat patiënten die recent een antibioticum-

#### Tabel

Verdeling naar leeftijd bij patiënten met eenmalige en recidiverende bacteriële vaginose [2015-2020]

Leeftijd bij presentatie	Eenmalig	Recidiverend	P-waarde
< 25 jaar	108 [24,5%]	14 [15,4%]	
26-35 jaar	133 [30,2%]	32 [35,2%]	
36-45 jaar	101 [22,9%]	21 [23,1%]	
> 46 jaar	99 [22,4%]	24 [26,4%]	
<b>Totaal</b>	<b>441</b>	<b>91</b>	<b>0,28</b>

Alle getallen zijn n [%]. De p-waarde is berekend met de chikwadraattoets;  $p < 0,05$  is statistisch significant.

kuur hadden gehad vaker een recidief van bacteriële vaginose hadden. De invloed van antibiotica op de samenstelling van de vaginale flora is eerder beschreven.<sup>10</sup> De achteruitgang van beschermende bacteriën zoals *Lactobacillus*-soorten kan een verklaring zijn voor de disbalans die een rol speelt bij bacteriële vaginose. Het is daarom belangrijk om patiënten met bacteriële vaginose, met name patiënten die al eerder een episode hebben gehad, goed te counsellen bij het voorschrijven van antibiotica. Tot slot zagen we dat patiënten met recidiverende bacteriële vaginose vaker een soa hadden gehad, vaker een vaginale candida-infectie en dat in het uitstrijkje vaker HPV werd aangetoond. De aantallen vrouwen met een HPV-infectie of andere soa in ons onderzoek waren klein, maar ons resultaat strookt met eerdere onderzoeken waarin een verband werd aangetoond tussen soa en bacteriële vaginose.<sup>2,3</sup> Ook is aangetoond dat patiënten met een gezonde vaginale flora hogere klaringspercentages van HPV bereiken.<sup>11</sup> Dat maakt het des te belangrijker om bacteriële vaginose goed te diagnosticeren en te behandelen.

### Handelen van de huisarts

Uit ons onderzoek blijkt dat patiënten met recidiverende bacteriële vaginose minder vaak een fysiek consult met hun huisarts hadden dan patiënten met een eenmalige episode. Lichamelijk onderzoek kan leiden tot heroverweging van de diagnose 'bacteriële vaginose'. Bij 37% van de patiënten met recidiverende bacteriële vaginose zette de huisarts geen

aanvullend onderzoek in om de diagnose 'bacteriële vaginose' te bevestigen en/of andere infecties uit te sluiten. Als er aanvullend onderzoek werd ingezet was dit meestal een banale kweek, ondanks de aanbeveling in de NHG-Standaard Fluor vaginalis om de amselcriteria of de nugentscore te gebruiken.<sup>12</sup> Wel kregen bijna alle patiënten antibiotica.

Een alternatief voor fluoronderzoek in de huisartsenpraktijk is de nugentscore. Hierbij telt het laboratorium het aantal micro-organismen in een grampreparaat. Een nugentscore van 7-10 past bij bacteriële vaginose.

Volgens de NHG-Standaard is een banale kweek of een kweek op *Gardnerella vaginalis* ongeschikt om bacteriële vaginose vast te stellen. Immers, niet de aanwezigheid of de hoeveelheid maar de verhouding tussen de verschillende bacteriën is van belang. Bovendien zijn niet alle bij een kweek gevonden bacteriën relevant voor een bacteriële vaginose en kunnen niet alle wél relevante bacteriën worden gekweekt. Een kweek geeft dus onvoldoende uitsluitel. Een banale kweek of PCR kan wel worden ingezet om een soa, HPV-infectie of een andere bacteriële vaginitis uit te sluiten.

### Beperkingen en sterke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is dat de deelnemende huisartsen de kwaliteit van de registratie binnen FaMe-net maandelijks evalueren, wat de gegevens een hoge validiteit geeft. Een ander sterk punt is dat we zowel de patiëntkenmerken als het

## Infographic

Welke factoren zijn mogelijk van invloed op het ontwikkelen van recidieven van bacteriële vaginose?

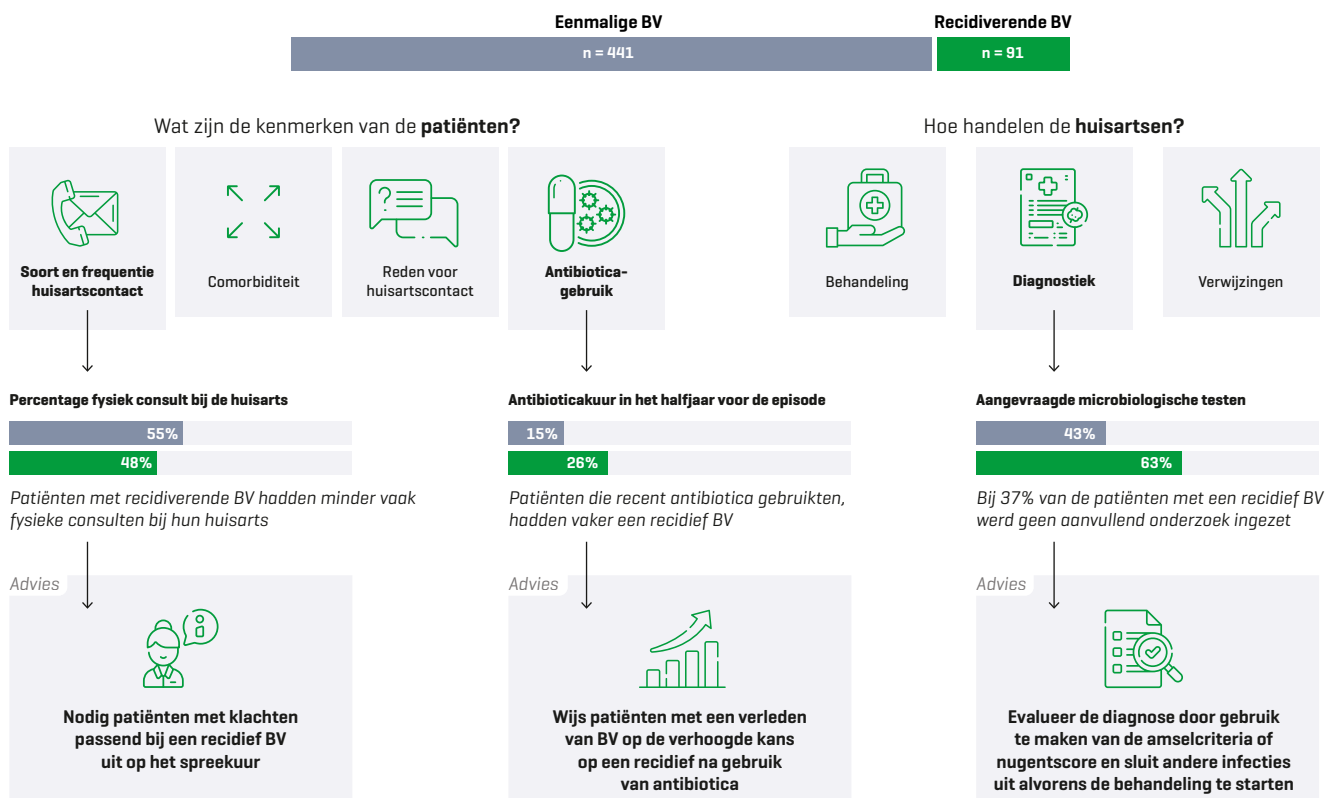




Foto: Shutterstock

Patiënten met een verleden van bacteriële vaginose hebben een verhoogde kans op een recidief na gebruik van antibiotica.

handelen van de huisarts konden onderzoeken. Beperkingen zijn dat we geen gegevens hebben over de therapietrouw en dat het aantal patiënten met een soa relatief klein was. Dat laatste komt mogelijk door de lage incidentie van soa in de Nederlandse eerstelijns populatie ten opzichte van de populaties met een hoog soa-risico (sekswerkers) waarin eerdere onderzoeken naar de relatie tussen soa en bacteriële vaginose gedaan zijn. Verder is het mogelijk dat er in de groep met recidiverende bacteriële vaginose meer positieve soa-tests en candida-infecties gevonden werden omdat er in deze groep meer kweken zijn afgenomen dan in de groep met een eenmalige episode.

## CONCLUSIE

Patiënten met een verleden van bacteriële vaginose hebben een verhoogde kans op een recidief na gebruik van antibiotica. Het is belangrijk patiënten hierop te wijzen. We adviseren huisartsen om patiënten met klachten die passen bij een recidief bacteriële vaginose op het spreekuur uit te nodigen. Het is belangrijk de diagnose te herevalueren op basis van de amselcriteria of de nugentscore, en andere infecties uit te sluiten, alvorens te starten met antibiotische behandeling. ■

## LITERATUUR

1. Coudray MS, Madhivanan P. Bacterial vaginosis: A brief synopsis of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;245:143-8.
2. Brotman RM, Klebanoff MA, Nansel TR, Yu KE, Andrews WW, Zhang J, et al. Bacterial vaginosis assessed by gram stain and diminished colonization resistance to incident gonococcal, chlamydial, and trichomonal genital infection. *J Infect Dis* 2010;202:1907-15.
3. Cohen CR, Lingappa JR, Baeten JM, Ngayo MO, Spiegel CA, Hong T, et al. Bacterial vaginosis associated with increased risk of female-to-male HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis among African couples. *PLoS Med* 2012;9:e1001251.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Delfstra NS, Uijen AA, Vos MC, Akkermans RP, Lagro-Janssen AL, Teunissen DA. Recidiverende bacteriële vaginose. *Huisarts Wet* 2023;66[10]:10-5. DOI: 10.1007/s12445-023-2333-5. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: N.S. Delfstra, student: [natasja.delfstra@radboudumc.nl](mailto:natasja.delfstra@radboudumc.nl). dr. A.A. Uijen, senior onderzoeker; R.P. Akkermans, statisticus; prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen; dr. D.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, senior onderzoeker. Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Tilburg; dr. M.C. Vos, gynaecoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Blader naar pagina 49 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

# Zorg voor patiënten met niet-acute pijn op de borst kan beter

Simone van den Bulk, Wouter Spoelman, Paul van Dijkman, Mattijs Numans, Tobias Bonten

**Patiënten met niet-acute pijn op de borst kunnen onderliggend coronairlijden hebben. Een minderheid van de patiënten krijgt een verwijzing naar de cardioloog voor aanvullende diagnostiek. De daaropvolgende informatieoverdracht tussen huisarts en cardioloog blijkt niet bij alle patiënten optimaal te verlopen. Continuïteit van informatie en zorg is voor deze patiënten van groot belang, omdat zo complicaties en heropnamen kunnen worden voorkomen. Er is ruimte voor verbetering van zowel de terugkoppeling van de cardioloog na verwijzing, als van de registratie van deze terugkoppeling in het EPD door de huisarts. Bij patiënten met de diagnose angina pectoris blijkt de medicamenteuze behandeling niet altijd volgens de richtlijn te gebeuren.**

Pijn op de borst is vaak het eerste symptoom van coronairlijden en kan daarom voor de huisarts reden zijn om de patiënt naar de cardioloog te verwijzen. Vanwege de verschillen in etiologie, urgentie en het diagnostisch traject maken we een onderscheid tussen acute en niet-acute pijn op de borst.<sup>1</sup> Over het vóórkomen van niet-acute pijn op de borst in de huisartsenpraktijk en het diagnostisch traject is opvallend weinig bekend, terwijl chronische hart- en vaatziekten steeds vaker voorkomen.<sup>2</sup> Eerdere onderzoeken in de huisartsenpraktijk maakten geen onderscheid tussen acute en niet-acute pijn op de borst of richtten zich alleen op acute klachten.<sup>3-5</sup> Optimale behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten is belangrijk om acute cardiale events te voorkomen en zo ziekte en sterfte door hart- en vaatziekten te beperken. Hiervoor zijn richtlijnen opgesteld.<sup>1,6-8</sup>

Om het zorgpad van patiënten met niet-acute pijn op de borst in beeld te brengen, keken we in routinezorgdata uit huisartsenpraktijken naar het vóórkomen van niet-acute pijn op de borst, het aantal verwijzingen, de daaropvolgende communicatieoverdracht tussen huisarts en cardioloog en het voorschrijven van medicatie bij patiënten met angina pectoris (AP).

## METHODE

### Onderzoekspopulatie

Voor ons onderzoek maakten we gebruik van de STIZON-huisartsendatabase. Deze bevat gecodeerde routinezorgdata uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van de aangesloten huisartsen in de vorm van onder andere ICPC- en ATC-codes. De database bevat gegevens van 1,49 miljoen patiënten van 18 jaar en ouder, en is representatief voor de Nederlandse bevolking. Met de ICPC-codes K01 en K02 selecteerden we patiënten van 18 jaar en ouder zonder cardiale voorgeschiedenis die tussen 2010 en 2016 hun huisarts bezochten voor pijn op de borst en bij wie de huisarts een cardiale oorzaak vermoedde. We includeerden alleen fysieke consulten. Consulten voor acute pijn op de borst excludeerden we met behulp van vrijteksttermen (bijvoorbeeld 'ACS').

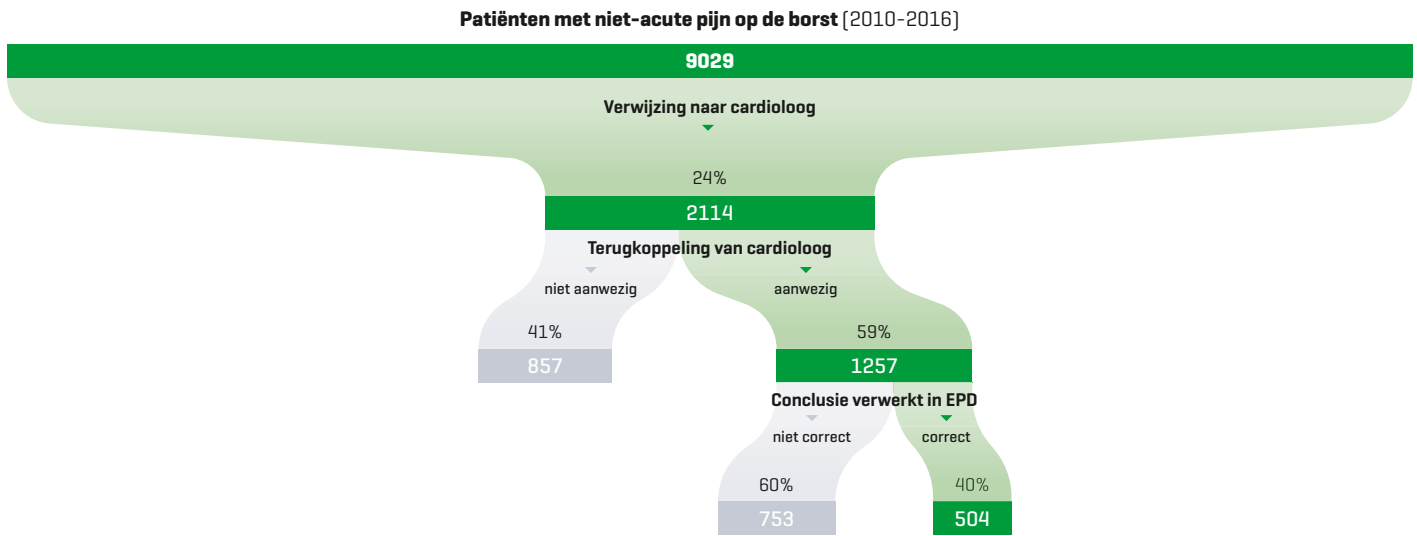
### Analyse

We keken eerst hoeveel patiënten hun huisarts consulteerden voor niet-acute pijn op de borst en welk percentage van hen een verwijzing naar de cardioloog kreeg. Vervolgens gingen we na of de huisarts binnen 3 maanden een bericht van de cardioloog had gekregen. Wanneer dit er was, keken we of de huisarts het na ontvangst van het bericht aan een episode koppelde, de diagnose van het consult aanpaste of een nieuwe relevante episode startte. Elk van deze acties beschouwden we als een correcte verwerking van de inkomende post. Ten slotte selecteerden we patiënten die na het consult de diagnose AP kregen met ICPC-code K74. We gingen na of zij medicatie

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Van den Bulk S, Spoelman WA, Van Dijkman PRM, Numans ME, Bonten TN. Non-acute chest pain in primary care; referral rates, communication and guideline adherence: a cohort study using routinely collected health data. BMC Prim Care 2022;23:336. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

## Figuur 1

Aantal verwezen patiënten met niet-acute pijn op de borst en de daaropvolgende informatieoverdracht



voorgeschreven kregen volgens de toen geldende NHG-richtlijnen.<sup>9,10</sup> Voor de volledige methode verwijzen we naar het originele artikel.

### RESULTATEN

Tussen 2010 en 2016 bezochten 9029 patiënten zonder cardiale voorgeschiedenis hun huisarts voor niet-acute pijn op de borst – een incidentie van 1,01 per 1000 persoonsjaren. De gemiddelde leeftijd was 60,4 jaar en 55% was vrouw. De huisartsen verwezen 24% naar de cardioloog. Bij 59% van de

verwezen patiënten bevatte het EPD een terugkoppeling van de cardioloog. Bij 40% van de gevallen was de correspondentie in het EPD gekoppeld aan het consult of een (nieuwe) episode [figuur 1].

Van de 9029 patiënten met niet-acute pijn op de borst kregen 255 (3%) patiënten de diagnose AP. Minder dan de helft van hen (45%) werd naar de cardioloog verwezen. Niet alle patiënten kregen een medicamenteuze behandeling volgens de richtlijn: 15% kreeg geen trombocytenuitremmer of anticoagulantia voorgeschreven, 27% geen statine en 26% geen bètablokker [figuur 2]. Patiënten die naar de cardioloog waren verwezen, werden vaker adequaat behandeld dan patiënten die niet waren verwezen.

#### WAT IS BEKEND?

- Continuïteit van informatie en zorg voorkomt complicaties en heropnamen.
- Patiënten met hart- en vaatziekten hebben een verhoogd risico op een acuut cardiaal event. Adequaate CVRM verlaagt dit risico.

#### WAT IS NIEUW?

- Dit onderzoek laat zien dat een minderheid van de patiënten met niet-acute pijn op de borst zonder cardiale voorgeschiedenis een verwijzing naar de cardioloog krijgt.
- Er is ruimte voor verbetering van zowel de terugkoppeling van de cardioloog na verwijzing, als van de registratie van deze terugkoppeling in het EPD door de huisarts.
- CVRM bij patiënten met angina pectoris kan nog beter wat betreft het voorschrijven van trombocytenuitremmers en statines.

#### BESCHOUWING

De huisartsen verwezen een minderheid van de patiënten met niet-acute pijn op de borst naar de cardioloog (24%). Zowel in de terugkoppeling door de cardioloog als in de verwerking daarvan in het EPD door de huisarts was ruimte voor verbetering. Bij 4 op de 10 verwezen patiënten bevatte het EPD geen bericht van de cardioloog en wanneer dit wel het geval was, hadden de huisartsen het in 60% van de gevallen niet goed verwerkt.

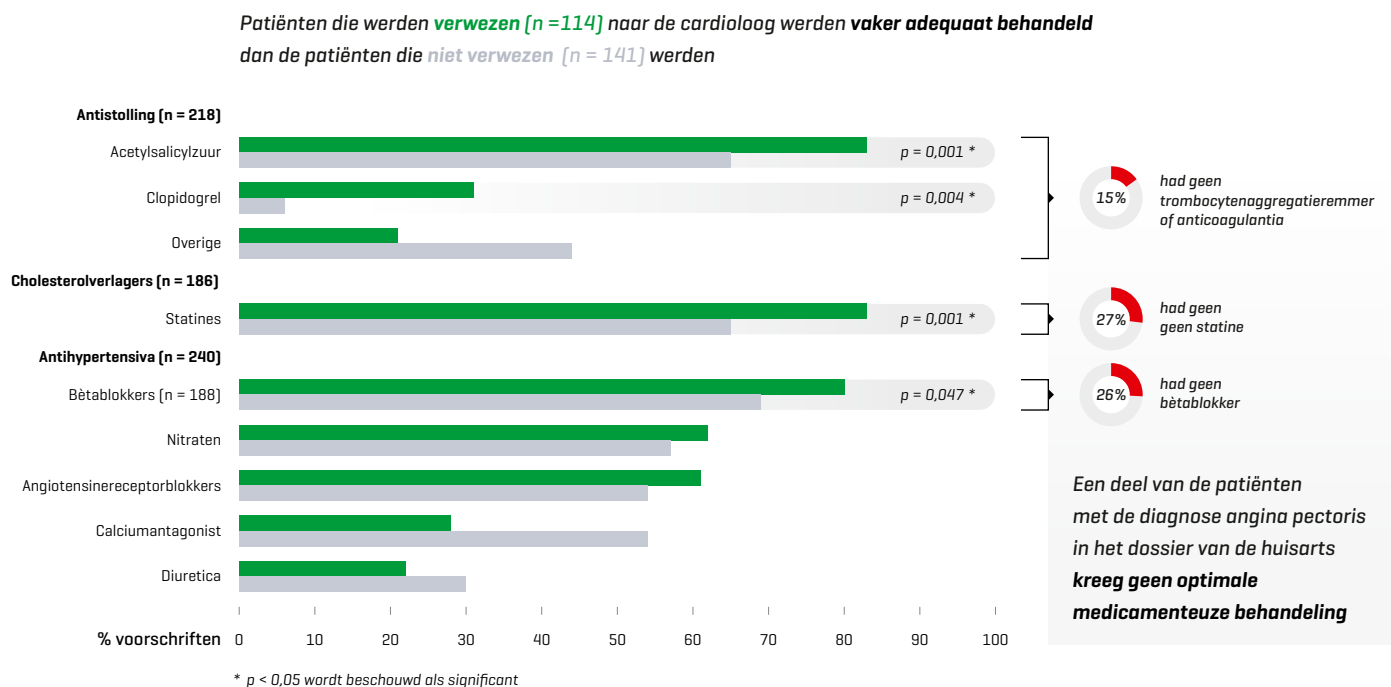
#### Informatieoverdracht na verwijzing

Uit vragenlijstonderzoek uit 2006 bleek dat slechts een kwart van de huisartsen vond dat terugkoppeling uit het ziekenhuis op tijd kwam.<sup>11</sup> De resultaten uit dit onderzoek bevestigen deze indruk. Een goede overdracht van informatie tussen de eerste en tweede lijn voorkomt complicaties en heropnamen.<sup>12,13</sup>

Het NHG schreef samen met de Federatie Medisch Specialisten een richtlijn over de continuïteit van informatie-uitwisseling.

**Figuur 2**

Medicamenteuze behandeling van patiënten met angina pectoris (n = 255)



ling.<sup>14</sup> In de huidige versie staat onder andere dat de specialist een update uit de polikliniek dient te versturen na het stellen van een nieuwe diagnose, nadat de behandeling is gewijzigd en bij ontslag uit de poliklinische controle. Na ontvangst dient de huisarts binnenkomende berichten samen te vatten en op een juiste manier te koppelen aan de relevante episode in het EPD. Ook hiervoor ontwikkelde de NHG een richtlijn, waarvan in 2019 een herziene versie is uitgekomen.<sup>15</sup>

### Mogelijke oorzaken

Waarom de terugkoppeling na verwijzing en vervolgens het verwerken van de informatie binnen dit onderzoek niet altijd goed gebeurde, is op basis van onze data niet te achterhalen. Mogelijk spelen de drukte en hoge administratieve last in zowel het ziekenhuis als de huisartsenpraktijk een rol. Ook kunnen de artsen terugkoppeling en registratie minder belangrijk vinden wanneer geen afwijkingen worden gevonden. Ten slotte kenden ze de eerder genoemde richtlijnen mogelijk niet.<sup>14,15</sup> Bedenk daarnaast dat de data die we voor dit onderzoek hebben gebruikt uit 2010-2016 afkomstig zijn. De ontwikkelingen rond EPD's en informatie-uitwisseling gaan snel. Sinds de onderzoeksperiode is er veel aandacht geweest voor het verbeteren van de informatieoverdracht en de registratie in de huisartsenpraktijk. De richtlijnen Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntdossier (ADEPD) en Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist zijn sindsdien beide herzien.<sup>14,15</sup>

### Cardiovasculair risicomanagement bij angina pectoris

Niet alle patiënten met een nieuwe diagnose AP kregen

medicatie voorgeschreven volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM).<sup>7</sup> CVRM bij patiënten met coronairlijden is uiterst effectief bij het voorkomen van een acuut cardiaal event, zoals een myocardinfarct.<sup>7,9</sup> Medicamenteuze behandeling is daar een belangrijk onderdeel van. Iedere patiënt met hart- en vaatziekten dient te worden behandeld met een trombocytenuitstroomremmer, tenzij er een indicatie is voor anticoagulans.<sup>1,7-10</sup> Hoewel er patiënten zijn met een contra-indicatie, zoals een verhoogde bloedingneiging, wegen de voordelen bij de meeste patiënten ruim op tegen de risico's.<sup>16</sup> Daarnaast dient iedere patiënt te worden behandeld met een statine, ongeacht de uitgangswaarde van het cholesterol.<sup>1,7-10</sup> Sinds de update van de CVRM-richtlijn zijn de cholesterolstreefwaarden nog lager, wat het belang van cholesterolverlaging verder benadrukt.

Bètablokkers zijn de eerste keuze voor symptomatische behandeling van angina pectoris. Het is op basis van deze resultaten niet te zeggen waarom niet alle patiënten medicatie kregen voorgeschreven volgens de richtlijn. Mogelijke verklaringen zijn onduidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap en dus over de verantwoordelijkheid voor het medicamenteuze beleid, of onbekendheid met de richtlijnen. De artsen kunnen ook bewust van richtlijnen zijn afgeweken.<sup>17,18</sup>

Het verdient aanbeveling om actief te controleren of deze hoogrisicopatiënten een adequate medicamenteuze behandeling krijgen. Verder denken we dat een gezamenlijk regionaal zorgpad voor patiënten met pijn op de borst (bijvoorbeeld het nu lopende project NVVC Connect POB) hierin verbetering kan brengen.<sup>19</sup>

## Sterke punten en beperkingen

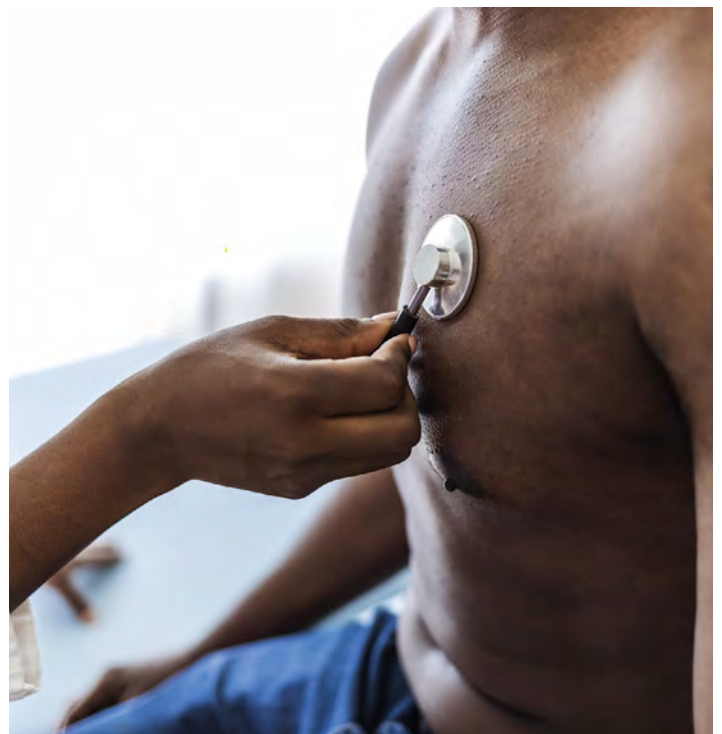
Routinezorgdata bieden de mogelijkheid om op een snellere en relatief goedkopere manier onderzoek te doen met grote aantallen patiënten dan bij klinische trials het geval is. Onderzoek met data uit bestaande zorgregistraties heeft echter ook beperkingen. De data zijn niet specifiek voor onderzoek verzameld en aanvullende patiëntkenmerken ontbreken, waardoor we niets over cardiovasculaire risicofactoren kunnen zeggen. Selectiebias is onoverkomelijk, omdat de kwaliteit van de data afhankelijk is van de registratie door zorgverleners. Hoewel het registreren van een ICPC-code bij een consult verplicht is, kunnen we de kwaliteit van deze registratie niet beoordelen. De selectie van onze onderzoekspopulatie gebeurde op basis van de ICPC-codes K01 en K02, maar huisartsen kunnen pijn op de borst ook registreren met andere ICPC-codes (bijvoorbeeld L04, borstkassymptomen). Bovendien toonde eerder onderzoek aan dat er sprake is van forse over- en onderregistratie.<sup>20,21</sup> Dit heeft vooral effect op de gevonden incidentie. We hebben echter geen reden om aan te nemen dat de informatieoverdracht bij deze patiënten anders verloopt.

Ook bij het selecteren van patiënten met AP is er een risico op inclusiebias. De meerderheid werd niet verwezen naar de cardioloog. Daardoor is het onzeker of coronairlijden bij deze patiënten is bevestigd of dat er slechts een vermoeden bestaat op basis van de klachten. Mogelijk is er daardoor sprake van een onderschatting van de mate waarin de huisartsen de richtlijn hebben gevolgd bij het voorschrijven van medicatie.

Ten slotte hebben we patiënten met acute pijn op de borst geëxcludeerd op basis van vrijtekstterminen. Het is mogelijk dat patiënten met niet-acute pijn op de borst per ongeluk zijn geëxcludeerd, terwijl patiënten met acute pijn op de borst zijn geïncludeerd. Dit kan resulteren in een onder- of overschatting van de incidentie en het percentage verwijzingen, afhankelijk van de verhouding.

## CONCLUSIE

We zagen dat er in de onderzochte periode bij patiënten met niet-acute pijn op de borst ruimte was voor verbetering van de terugkoppeling door de cardioloog en de registratie daarvan door de huisarts. Ook de optimalisatie van de medicamenteuze behandeling bij patiënten met AP verdient meer aandacht. Een gezamenlijk regionaal zorgpad voor patiënten met pijn op de borst (bijvoorbeeld NVVC Connect POB) zou dit in de toekomst kunnen verbeteren.<sup>19</sup> ■



De medicamenteuze behandeling van patiënten met angina pectoris kan beter.

Foto: iStock

## LITERATUUR

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2020;41:407-77.
2. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016;37:3232-45.
3. Hoorweg BB, Willemsen RT, Cleef LE, Boogaerts T, Buntinx F, Glatz JF, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. *Heart* 2017;103:1727-32.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Van den Bulk S, Spoelman WA, Van Dijkman PRM, Numans ME, Bonten TN. Zorg voor patiënten met niet-acute pijn op de borst kan beter. *Huisarts Wet* 2023;66[10]:16-9. DOI:10.1007/s12445-023-2331-7. Leiden Universitair Medisch Centrum, afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: S. van den Bulk, aiotho, s.van\_den\_bulk@lumc.nl; W.A. Spoelman, huisarts; M.E. Numans, huisarts; T.N. Bonten, huisarts. Afdeling Cardiologie: P.R.M. van Dijkman, cardioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



# Een nieuwe predictieregel voor acuut coronair syndroom

Loes Wouters, Dorien Zwart, Daphne Erkelens, Esther de Groot, Roger Damoiseaux, Frans Rutten

**Als mensen de huisartsenpost bellen met acute thoracale klachten, is de telefonische triage van levensbelang. De momenteel gebruikte Nederlandse Triage Standaard voorspelt niet heel goed welke patiënt een acuut coronair syndroom (ACS) heeft. Wij hebben een nieuwe predictieregel ontworpen die accurater en efficiënter is. De criteria zijn leeftijd, geslacht, zwaar gevoel op de borst, uitstralende pijn, zweten en 's nachts bellen.**

In Nederland belt 80% van alle patiënten bij acute thoracale klachten eerst de huisartsenpost (HAP) of de eigen huisarts. Acute thoracale klachten staan in de top 5 van redenen om de HAP te bellen.<sup>1</sup> Een triagist beoordeelt, al dan niet in overleg met de dienstdoende regiearts, de urgentie [tabel]: moet er met spoed een ambulance komen (U1), kan de huisarts naar de patiënt of kan deze naar de HAP komen (U2-4), of volstaat een telefonisch advies (U5)?<sup>2</sup> De triagist geeft bij patiënten met acute thoracale klachten meestal urgentie U1 of U2 (69%). Het percentage dat daadwerkelijk een levensbedreigende aandoening heeft, is veel lager: 11% heeft een acuut coronair syndroom (ACS), 3% een andere levensbedreigende aandoening.<sup>3</sup> Het overgrote deel heeft dus een niet-levensbedreigende aandoening zoals thoracale spierklachten, gastro-oesofageale reflux of psychische klachten, inclusief hyperventilatiesyndroom.

Sinds 2011 gebruikt het merendeel van de HAPs en ambulancemeldkamers (MKA) de Nederlandse Triage Standaard (NTS) als beslisondersteuning voor telefonische triage.<sup>2</sup> De NTS bevat verschillende 'ingangsklachten' waarin predictieregels zijn verwerkt. Deze regels zijn vastgesteld door een panel van deskundigen, maar niet gevalideerd op klinische uitkomsten. Onze onderzoeksgroep heeft die validatie recentelijk uitgevoerd voor acute thoracale klachten. De NTS blijkt slechts matig accuraat

## Tabel

Urgentiecategorieën in de Nederlandse Triage Standaard

Urgentie	Criterium	Termijn
U0 Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1 Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	< 15 minuten
U2 Spoed	Bedreigde vitale functies	< 1 uur
U3 Dringend	Reële kans op schade	< 3 uur
U4 Niet-dringend	Verwaarloosbare kans op schade	< 24 uur
U5 Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag

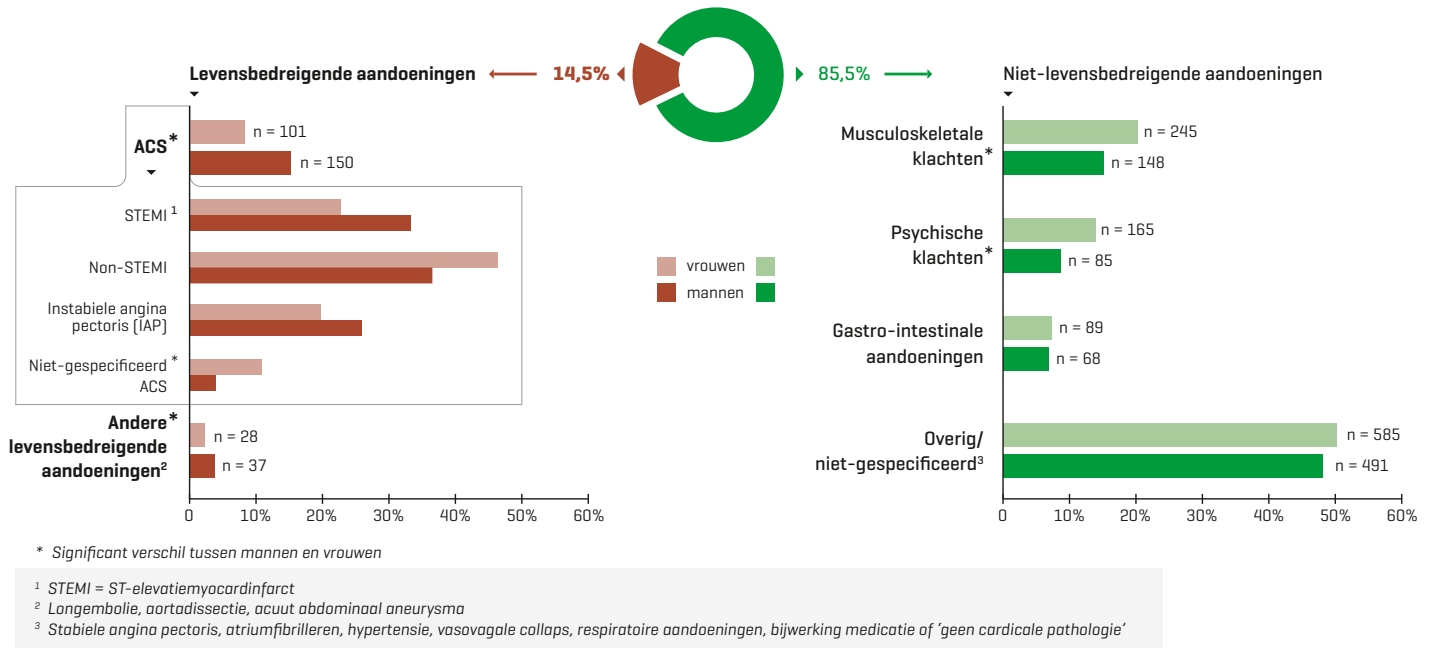
voor het aantonen dan wel uitsluiten van de diagnose 'ACS of andere levensbedreigende aandoening'.<sup>3</sup> De NTS gaf bij 59% van de bellers met acute thoracale klachten de juiste urgentie aan (C-statistiek 0,59): U1-2 bij ACS of andere levensbedreigende aandoening, U3-5 bij andere. Bij 27% van de patiënten met ACS of een andere levensbedreigende aandoening gaf de NTS een te lage urgentie aan en bij 57% van degenen zonder levensbedreigende aandoening werd de urgentie overschat. Dat betekent een sensitiviteit van 0,73 en een specificiteit van 0,43. Overleg tussen de triagist en de huisarts verhoogde de sensitiviteit tot 0,86, maar verlaagde de specificiteit tot 0,34 (oftewel de onderschatting nam af tot 14%, de overschatting nam toe tot 66%).<sup>3</sup>

Een betere predictieregel voor ACS kan de urgentiebepaling dus zowel veiliger als efficiënter maken. Bestaande predictieregels zoals de HEART- en de GRACE-score zijn ontwikkeld voor de spoedeisende hulp.<sup>5</sup> Er zijn ook predictieregels voor de eerste lijn, zoals de Marburg Heart Score, maar deze zijn ontwikkeld voor een setting met een beperkt aantal acute en veel niet-acute thoracale klachten, waarin de arts de patiënt bovendien fysiek

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Wouters LTCM, Zwart DLM, Erkelens DCA, Adriaansen EJM, den Ruijter HM, De Groot E, Damoiseaux RAMJ, Hoes AW, van Smeden M, Rutten FH. Development and validation of a prediction rule for patients suspected of acute coronary syndrome in primary care: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2022;12:e064402. Publicatie gebeurt met toestemming.

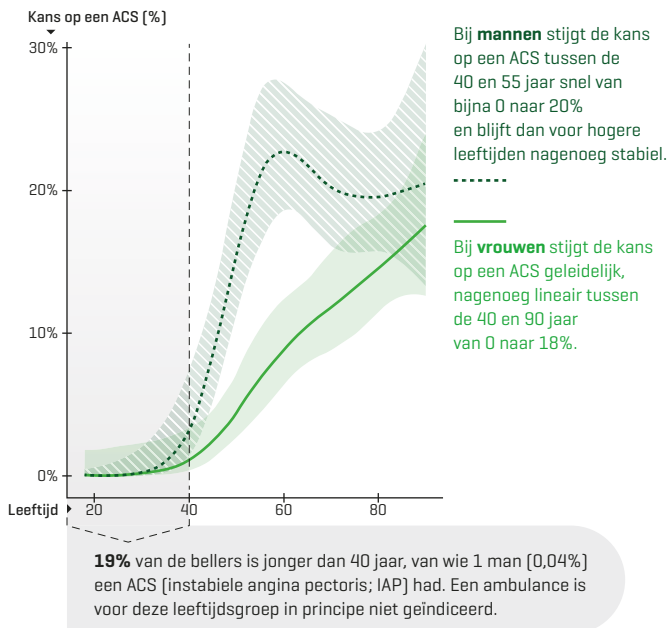
**Figuur 1**

Diagnoses van **1213 vrouwen** en **979 mannen** die de huisartsenpost belden met acute thoracale klachten



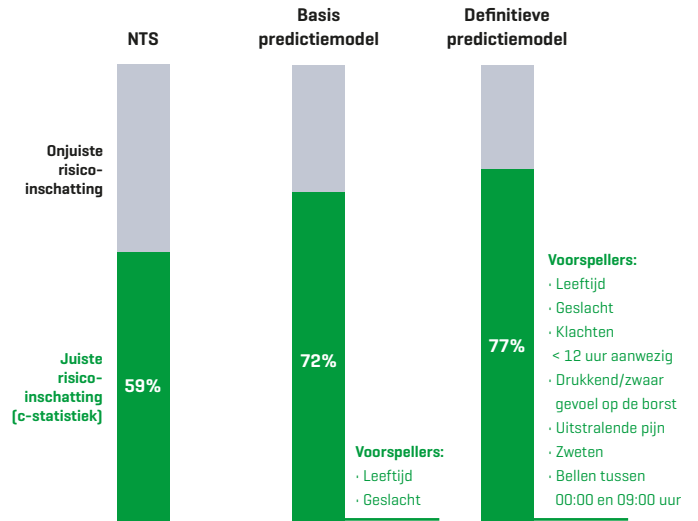
**Figuur 2**

Leeftijd is een sterke voorspeller voor het risico op een ACS, bij zowel **vrouwen** als **mannen**



**Figuur 3**

De accuraatheid van de definitieve predictieregel is beter dan die van de NTS



## WAT IS BEKEND?

- Van de mensen met acute thoracale klachten die de huisartsenpost bellen, heeft 1 op de 9 een acuut coronaïr syndroom [ACS].
- Op basis van alleen telefonische presentatie is lastig in te schatten wie een hoog risico heeft op een ACS.

## WAT IS NIEUW?

- Het risico op ACS stijgt na het 40e jaar; bij vrouwen stijgt het geleidelijk, bij mannen stijgt het snel en blijft het gelijk na het 55e jaar.
- Factoren die het risico op een ACS verhogen zijn, naast leeftijd en geslacht, bij zowel mannen als vrouwen een drukkend of zwaar gevoel op de borst, uitstralende pijn en zweten.

ziet.<sup>6</sup> De predictieregel van Grijseels, de enige regel die eerder is gevalideerd voor telefonische triage van ACS in de huisartsensetting, had een matig onderscheidend vermogen (C-statistiek 0,66).<sup>7,8</sup> Het doel van ons onderzoek was een nieuwe predictieregel te ontwikkelen en te valideren voor mensen die de HAP bellen met acute thoracale klachten.

## METHODE

We voerden dit cross-sectionele onderzoek uit op 7 verschillende HAPs in de provincie Utrecht. We luisterden 2192 telefoongesprekken terug die patiënten in de periode 2014-2017 met deze HAPs hadden gevoerd vanwege acute thoracale klachten. We selecteerden de gesprekken op basis van ICPC-symptoom- en -diagnosecodes. Verder verzamelden we informatie over geslacht, leeftijd, symptomen en voorgeschiedenis.<sup>9</sup> Bij de eigen huisartsen vroegen we de uiteindelijke diagnose op, die vaak in het ziekenhuis was gesteld en dan in de ontslagbrief stond vermeld. Met behulp van multivariabele logistische regressieanalyse stelden we vervolgens verschillende beslisregels op voor ACS. Als definitieve predictieregel kozen we de regel die het accuraatst was volgens de C-statistiek en die in de besliscurveanalyse de meeste baat (*net benefit*) opleverde.<sup>10</sup> De C-statistiek, ook wel bekend als de ROC-curve, is een samenvattende maat voor het onderscheidend vermogen van een test voor alle mogelijke afkappunten. Per afkappunt is vervolgens de sensitiviteit en specificiteit te berekenen. Van leeftijd en geslacht maakten we statistische interactietermen. De definitieve predictieregel valideerden we vervolgens in de 7 HAPs met behulp van intern-externe crossvalidatie. Dat houdt in dat we de beslisregel opstelden op basis van 6 HAPs en valideerden in de overgebleven HAP, en dit proces 7 maal herhaalden. Dit leverde 7 validaties op bij HAPs met duidelijk verschillende prevalenties van ACS.<sup>11</sup>

## RESULTATEN

In totaal hadden 251 (11,5%) patiënten een ACS, waarvan 101

(8,3%) vrouwen en 150 (15,3%) mannen. Daarnaast hadden nog eens 65 (3,0%) patiënten een andere levensbedreigende aandoening, zoals een longembolie of aortadissectie. De meerderheid van de patiënten (85,5%) had een niet-levensbedreigende aandoening, zoals myogene thoracale klachten, reflux of een paniekaanval [figuur 1]. Vrouwen hadden wat vaker niet-levensbedreigende aandoeningen dan mannen (89,4% versus 80,9%).

Bij zowel mannen als vrouwen is leeftijd een sterke voorspeller voor de aan-/afwezigheid van een ACS, maar het leeftijdseffect verschilt [figuur 2]. Mannen met een ACS waren gemiddeld 67,0 jaar (SD 12,6), vrouwen gemiddeld 73,8 jaar (SD 13,5). Het basispredictiemodel met alleen leeftijd en geslacht was al redelijk accuraat (C-statistiek 0,72; 95%-BI 0,68 tot 0,75).

## Voorspellers van ACS

Van de verschillende klinische voorspellers die we hebben getest, bleken er 7 onafhankelijk bij te dragen aan het risico op ACS:

- leeftijd
- geslacht
- klachten < 12 uur aanwezig
- drukkend of zwaar gevoel op de borst
- uitstralende pijn
- zweten
- 's nachts tussen 00:00 en 9:00 uur de HAP bellen

De definitieve predictieregel op basis van deze 7 predictoren had een goede C-statistiek (0,77; 95%-BI 0,74 tot 0,79) en een goede kalibratie bij de intern-externe validatie (de voorspelde en de werkelijke kans kwamen goed overeen in de verschillende HAPs). De accuraatheid was significant beter dan die van de NTS (C-statistiek 0,59) en Grijseels' model (C-statistiek 0,66) [figuur 3].

## BESCHOUWING

Onze predictieregel voor telefonische triage van patiënten met acute thoracale klachten die de HAP bellen, heeft een goede accuraatheid voor het voorspellen van de diagnose ACS (C-statistiek 0,77).

## Sterke en zwakke punten

Dit is het eerste onderzoek naar de symptoompresentatie van acute thoracale klachten op basis van teruggeluisterde telefoongesprekken met de HAP. Het terugluisteren heeft als groot voordeel dat de symptoompresentatie niet onderhevig is aan de *hindsight bias* die kan optreden als men de patiënt naar diens eerste symptomen vraagt nadat de verwijzing al heeft plaatsgevonden of de diagnose is gesteld.<sup>12</sup> Een kleine beperking is dat we intern-externe crossvalidatie moesten toepassen, omdat ons geen extern cohort ter beschikking stond. Intern-externe crossvalidatie is echter een volwaardige validatiemethode, als de prevalentie in de interne cohorten maar voldoende gevarieerd is. In ons onderzoek varieerde de prevalentie van ACS in de verschillende HAPs van 9-15%.

## Toepasbaarheid in de praktijk

De hier gepresenteerde predictieregel is momenteel de best beschikbare voor triage van bellers op de HAP met als acute thoracale klachten.

Onze regel is accurater dan de bestaande predictieregels voor de eerste lijn en de predictieregels die aan de NTS ten grondslag liggen. De veiligheid en de efficiëntie van de zorg zullen sterk verbeteren als deze regel wordt geïmplementeerd in de NTS en triagisten ermee leren werken. In samenwerking met de NTS-redactieraad voeren we momenteel actie-onderzoek uit naar die implementatie. In korte leer- en verbetercycli onderzoeken we met een groep van triagisten, meldkamerpersoneel, regieartsen en patiënten hoe de nieuwe predictieregel het best in de NTS past en in de praktijk kan worden gebruikt. Hoe de nieuwe NTS-predictieregel er precies gaat uitzien, is dus nog niet te zeggen.

Leeftijd zal een prominentere rol krijgen. Zeker het instellen van een leeftijdsgrens bij 40 jaar zal de efficiëntie enorm verhogen: 19% van de bellers met acute thoracale klachten is < 40 jaar en de prevalentie van ACS in deze leeftijdsgroep is slechts 0,25%, dus een ambulance is in principe niet geïndiceerd. Natuurlijk moeten de triagist en de huisarts alert blijven, want de kans op een ACS < 40 jaar blijft aanwezig. Ook het tijdstip van bellen zal zwaarder gaan wegen: de veiligheid kan sterk worden verbeterd door bij nachtelijke bellers (00:00-9:00 uur) laagdrempelig een ambulance te overwegen, aangezien het risico op ACS gemiddeld tweemaal zo hoog is als overdag.<sup>13</sup> Daarentegen zal de pijnscore een minder prominente rol krijgen, omdat deze nauwelijks voorspellende waarde heeft. Het implementatieonderzoek zal ook moeten uitwijzen hoe het afkappunt het best kan worden afgesteld om veiligheid en efficiëntie (sensitiviteit en specificiteit) in evenwicht te houden: zo min mogelijk ACS missen, maar ook niet iedereen U1 of U2 geven. Tot slot: 'slechts' 29,1% van de patiënten met een ACS had een STEMI. Dat betekent dat een ecg zonder duidelijke ST-segmentafwijkingen niet bepalend mag zijn voor de beslissing om al dan niet een ambulance te laten komen.

## CONCLUSIE

Onze nieuwe predictieregel voor telefonische triage van patiënten met acute thoracale pijnklachten die de HAP bellen kan een ACS accuraat voorspellen. Implementatie van die regel in de NTS kan de triage veiliger en efficiënter maken. ■



Een betere predictieregel voor ACS kan de urgentiebepaling veiliger en efficiënter maken.

## LITERATUUR

1. Mol KA, Smoczynska A, Rahel BM, Meeder JG, Janssen L, Doevendans PA, et al. Non-cardiac chest pain: prognosis and secondary healthcare utilisation. *Open Heart* 2018;5:e000859
2. Keizer E, Maassen I, Smits M, Wensing M, Giesen P. Reducing the use of out-of-hours primary care services: a survey among Dutch general practitioners. *Eur J Gen Pract* 2016;22:189-95.
3. Wouters LT, Rutten FH, Erkelens DC, De Groot E, Damoiseaux RA, Zwart DL. Accuracy of telephone triage in primary care patients with chest discomfort: a cross-sectional study. *Open Heart* 2020;7:e001376.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Wouters LT, Zwart DL, Erkelens DC, De Groot E, Damoiseaux RA, Rutten FH. Een nieuwe predictieregel voor acuut coronair syndroom. *Huisarts Wet* 2023;66(10): 20-5. DOI:10.1007/s12445-023-2326-4. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: dr. L.T.C.M. Wouters, waarnemend huisarts, [ltcmwouters@gmail.com](mailto:ltcmwouters@gmail.com); dr. D.L.M. Zwart, huisarts/uni-versitair hoofddocent huisartsgeneeskunde; dr. D.C.A. Erkelens, waarnemend huisarts; dr. E. de Groot, onderzoeker; prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts/hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof. dr. F.H. Rutten, huisarts/hoogleraar huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Psychische klachten: waarom niets doen zo lastig is

Eva van Dijk, Donald van Tol, Bert Wiene, Laura Batstra

**De ggz wordt overspoeld door patiënten met relatief milde psychische problemen. Daardoor komen patiënten met ernstige problematiek soms op wachtlijsten terecht. Het zou goed zijn als huisartsen mensen minder snel zouden doorverwijzen naar de ggz, maar het is moeilijk weerstand te bieden aan een worstelende patiënt die vraagt om diagnostiek en behandeling. Een persoonsgerichte, stapsgewijze, actief-afwachterende benadering kan misschien helpen.**

In 2007-2009 deed 6% van de Nederlanders van 18-65 jaarlijks een beroep op de ggz; in 2019-2022 was dat 10%. Mensen met psychische problemen gingen ook vaker naar de huisarts en de POH-ggz: dit percentage steeg van 9 naar 15%.<sup>1</sup> Huisartsen zijn ontevreden over de lange wachtlijsten bij de ggz en over de vele terugverwijzingen, waardoor met name mensen met complexe problemen nergens terecht kunnen.<sup>2</sup> Binnen de ggz lijkt er sprake van een disbalans. Door overmedicalisering van lichte psychische klachten gaat veel specialistische zorg naar relatief milde problemen, terwijl mensen met ernstige problematiek op wachtlijsten staan en niet de zorg krijgen die ze

nodig hebben.<sup>3-5</sup> In deze opinie beschrijven we waarom het voor huisartsen lastig kan zijn om het hoofd te bieden aan deze trend en in welke richtingen de oplossing kan worden gezocht.

## DEMEDICALISERING

Tijdens een workshop over demedicalisering in de ggz vertelde een van de deelnemende huisartsenopleiders dat als hij patiënten met fysieke klachten ter geruststelling doorverwees, deze meestal terugkwamen zonder diagnose. Patiënten met psychische klachten daarentegen kwamen doorgaans terug met een psychische classificatie. Het ging bij hen doorgaans niet om het uitsluiten, maar juist om het vaststellen van pathologie, kennelijk vanuit de veronderstelling dat een psychiatrische classificatie handvatten kan geven voor een juiste behandeling. De opstellers van het *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) hebben echter uitdrukkelijk gewaarschuwd dat een DSM-classificatie nauwelijks voorspelt welke (gedrags)behandeling zal aanslaan.<sup>6</sup> Terwijl het medische model van aanvullend onderzoek bij fysieke klachten dus vaak geruststellend werkt, kan dit model bij psychische klachten onbedoeld leiden tot overmedicalisering. Uit ons eigen onderzoek naar de omgang van huisartsen met somberheidsklachten bij jongvolwassenen bleek dat huisartsen zich op macroniveau duidelijk zorgen maken over overmedicalisering, maar dat ze op microniveau meestal wel bereid zijn de hulpvrager die tegenover hen zit door te verwijzen voor classificatie en behandeling.<sup>7</sup>

## DE KUNST VAN HET NIETS DOEN

Huisartsen weten als geen ander dat goed medisch handelen bij somatische klachten soms bestaat uit niets doen. 'The delivery of good medical care is to do as much nothing as possible.' Deze uitspraak uit Samuel Shems



'Niets doen' bestaat uit het voeren van goede, inventariserende gesprekken met erkenning en empathie als basiselementen.

boek *The House of God* kan worden herleid tot Hippocrates' uitspraak: 'Niets doen is soms een goede remedie'.<sup>8</sup> Iona Heath, voormalig voorzitter van de Royal College of General Practitioners in het Verenigd Koninkrijk, benadrukte eerder in *H&W* dat dit 'niets doen' een actief proces is: 'the art of doing nothing is active, considered and deliberate'.<sup>9</sup> Het betekent actief en open luisteren naar de patiënt, (af)wachten en de tijd nemen om na te denken of een behandeling wel in het belang van de patiënt is, en 'er zijn' voor de patiënt. 'Niets doen' bestaat uit het voeren van goede, inventariserende gesprekken met erkenning en empathie als basiselementen, die leiden tot verheldering van het specifieke verhaal in de specifieke context. De huisarts heeft een langdurige relatie met de patiënt en kent diens context, en is dus de aangewezen persoon om zo'n gesprek te voeren. Het actieve proces van 'niets doen' is een belangrijk onderdeel van Stepped Diagnosis, een stapsgewijze aanpak die erop is gericht onnodige classificatie en behandeling te voorkomen zonder in onderbehandeling te vervallen. Stepped Diagnosis gaat uit van de krachtige werking van tijd (afwachtend beleid), gezamenlijke besluitvorming, ondersteuning en placebo in een persoonsgerichte benadering waarin het narratief van de patiënt centraal staat.<sup>10,11</sup>

## DE MOEILIKHEID VAN HET NIETS DOEN

Huisartsen weten dat niets doen bij somatische klachten vaak helpt, maar slaan de stap van het niets doen bij (lichte) psychische problemen nogal eens over. Zorgverleners kunnen over het algemeen moeilijk weerstand bieden aan een mentaal worstelende patiënt die vraagt om diagnostiek en behandeling.<sup>12</sup> Dit heeft verschillende redenen.

Ten eerste is de verantwoordelijkheid voor gezondheid en ziekte in de afgelopen decennia steeds meer bij het individu zelf neergelegd. Dit heeft eraan bijgedragen dat patiënten mondiger de spreekkamer binnenstappen met informatie die ze zelf hebben verzameld. Deze protogeprofessionaliseerde patiënten weten soms duidelijk wat ze willen: een *quick fix* om zo snel mogelijk weer te kunnen functioneren in de samenleving, of anders een verklaring die hun ziekterol legitimeert. En wat is er legitimer dan het medische oordeel van een arts?<sup>4,13</sup> Een tweede reden waarom niets doen bij psychische klachten extra moeilijk kan zijn, is dat we gewend zijn geraakt om over stoornissen te spreken alsof het handelende wezens zijn. ADHD kan 'zich uiten' en bepaalde doelgroepen 'treffen'. Men spreekt over categorieën uit de DSM-5 alsof het de realiteit zelf is die uitmaakt wat als stoornis telt en wat niet. Wetenschapsfilosofe Trudy Dehue rekent deze overtuiging tot het 'klassiek realisme', de stroming die stelt dat kennis een afbeelding van de realiteit is. Daartegenover zet Dehue het 'realistisch realisme', dat stelt dat de wetenschap weliswaar een werkelijkheid beschrijft, maar wel een werkelijkheid die zij zelf mede vormgeeft. De klassiek-realistische taal laat het menselijk handelen buiten beschouwing en onttrekt daardoor de normatieve beslissingen aan het oog die voorafgingen aan opname van een stoornis in de DSM. Het stelt de stoornissen voor als 'dingen' die onafhankelijk van mensen in de natuur

bestaan. Het benoemen van iets abstracts (zoals een stoornis-definitie) in concrete terminologie (zoals een veroorzakende pathologie) heet niet voor niets reïficatie ('tot ding maken'). Een groot nadeel van deze individuele, gereïficeerde classificaties is dat de maatschappelijke bepaaldheid van problemen die psychisch leed veroorzaken onderbelicht blijft.

## WIE INVESTEERT IN TERUGHOUDENDHEID?

Een belangrijke eerste stap in het terugdringen van overmedicalisering van lichte psychische klachten is erkennen dat niets doen zoals Iona Heath het bedoelde, actief niets doen dus, ontzettend moeilijk is in de huidige tijdgeest.

Verder kan het huisartsen helpen als zij het proces van reïficatie doorzien en zich bewuster zijn van het normatieve karakter van classificaties van stoornissen. Wellicht voelen ze dan minder druk om patiënten met lichte psychische problemen te verwijzen om de 'stoornis' die zich 'manifesteert' te laten onderzoeken en behandelen.

Ook zou er meer onderzoek mogen komen naar wat er nodig is voor terughoudendheid. Er bestaan legio onderzoeken en cursussen vroegdiagnostiek, maar er is nauwelijks geïnvesteerd in kennis over terughoudendheid en voorzichtigheid bij het labelen en behandelen van lichte psychische problematiek.

De hierboven genoemde Stepped Diagnosis zou een manier kunnen zijn om die terughoudendheid, voorzichtig en zonder risico op onderbehandeling, te implementeren en te onderzoeken. De aanpak is beschreven als een stappenplan (inventariseren, normaliseren, afwachtend beleid, zelfhulp, kortdurende behandeling), maar de stappen zijn nadrukkelijk niet bedoeld als behandelprotocol. Het is veeleer een manier van werken die huisartsen in de praktijk kunnen integreren met een persoonsgerichte benadering om op een verantwoorde manier uitstel en zo mogelijk afstel van specialistische zorg te bereiken.

Doel is uiteindelijk om lichte psychische problematiek niet onnodig te medicaliseren en de gespecialiseerde ggz te bewaren voor de mensen die haar het hardst nodig hebben. Het idee is niet mensen te dwarsbomen door ze psychiatrische zorg en classificaties te onthouden. We doen de complexiteit van het leven, met zijn onontkoombare worstelingen en alle inzichten en krachten die daaruit kunnen voortkomen, echter tekort als we die al te voorbarig reduceren tot een psychische classificatie. ■

## LITERATUUR

De literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Van Dijk EL, Van Tol DG, Wiene AW, Batstra L. Psychische klachten: waarom niets doen zo lastig is. *Huisarts Wet* 2023;66(10):26-9. DOI:10.1007/s12445-023-2321-9. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek, Groningen: E.L. van Dijk, promovenda, e.l.van.dijk@rug.nl; prof. dr. L. Batstra, hoogleraar orthopedagogiek. UMCG afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. D.G. van Tol, vakdocent sociologie. Hogeschool Windesheim, Zwolle: dr. A.W. Wiene, associate lector jeugd. Mogelijke belangenverstremming: prof. dr. L. Batstra ontvangt een vergoeding voor onderzoek in het kader van het programma Druk&Dwars.

# Huisartsgeneeskunde in de lengte en de breedte

Frank van Wijck, Susanne Claessen

**In haar oratie eerder dit jaar ging hoogleraar huisartsgeneeskunde Nynke Scherpbier-de Haan in op de druk op de huidige huisartsenzorg. Oplossingen hiervoor kunnen zowel in de lengte (continuïteit) als in de breedte (samenwerking) worden gevonden, stelt ze. Interprofessionele en transmurale samenwerking – het specifieke aandachtsgebied van haar hoogleraarschap, speelt hier een belangrijke rol in.**

Interprofessioneel en transmuraal samenwerken is zeker geen nieuw gegeven voor Scherpbier. De basis hiervoor werd al gelegd toen ze als huisarts werkte in Santpoort-Noord. ‘We deelden de praktijk met een logopedist en dat werkte enthousiasmerend om verder te kijken’, vertelt ze. ‘Vanaf eind jaren negentig ging de praktijk aan de slag met de oprichting van een HOED, wat toen nog relatief nieuw was. Het bleek heel inspirerend om met een bredere blik naar de huisartsgeneeskunde te kijken. Ook richtte ik me toen al op het maken van transmurale afspraken met medisch specialisten. Toen ik vervolgens naar het Radboudumc ging om docent aan de huisartsopleiding te worden, vertelde ik hier graag over aan de huisartsen in opleiding.’

**‘Met interprofessioneel onderwijs leer je studenten wat er in een wijk gebeurt’**

Deze vorm van samenwerking is ook terug te vinden in haar promotieonderzoek, over de vraag hoe de zorg voor chronische nierpatiënten met actieve betrokkenheid van de nefroloog en de POH in de eerste lijn kan worden vormgegeven. Dat is een mooi voorbeeld van interprofessioneel werken, dus als professionals uit verschillende doelgroepen met elkaar samenwerken. (Dit is overigens niet hetzelfde als intraprofessioneel samenwerken, waarbij

disciplines binnen hetzelfde beroep met elkaar samenwerken.) Interprofessioneel opleiden stond in die tijd nog in de kinderschoenen, maar kreeg grote aandacht doordat een Europees congres over het onderwerp in Nijmegen werd gehouden. ‘Dat was de springplank om het met hogescholen te kunnen bespreken en er dus stappen in te zetten’, vertelt ze. ‘Inmiddels is het nogal een *buzzword* geworden en sta ik dus soms een beetje op de rem als deze samenwerking eerder een doel dan een middel blijkt. Zo’n beweging kan ook doorschieten.’

## *Elkaar ontmoeten*

Naar aanleiding van haar benoeming tot hoogleraar huisartsgeneeskunde, in het bijzonder interprofessionele en transmurale samenwerking, hield Scherpbier afgelopen maart haar oratie onder de titel *Huisartsgeneeskunde in de lengte en de breedte*. De oplossing in de breedte zit met name in de interprofessionele en transmurale samenwerking waar ze zo duidelijk hart voor heeft. ‘In de Groningse organisatie in het UMCG ontmoeten vakgebieden elkaar al’, zegt Scherpbier. ‘In de afdeling eerstelijns geneeskunde en langdurige zorg treffen huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde en verloskunde elkaar. In het “cluster” in het UMCG zitten tevens gezondheidswetenschappen, epidemiologie, bewegingswetenschappen, tandheelkunde en orthodontie. ‘Vanuit het idee dat er juist extramuraal zoveel moet gebeuren’, zegt ze. ‘We willen daar meer samen in optrekken.’

De netwerkgedachte kan bij het opleiden een interessante rol spelen. ‘Hierin gaat het erom niet alleen te leren van je opleider, maar ook van mensen uit verschillende disciplines die in een netwerk met elkaar verbonden zijn’, vertelt Scherpbier. ‘Een heel mooi voorbeeld is een project dat we willen gaan doen op het gebied van palliatieve zorg, waarbij we kijken naar wat je kunt leren van het netwerk om de patiënt heen. Het idee is dat we daar heel veel van kunnen leren, maar tot nu toe expliciteren we dat nog niet. In de uitvoering van verder onderzoek hiernaar kunnen niet alleen verschillende professionals, maar juist ook de naasten van de patiënt een rol spelen.’

A portrait of Nynke Scherpbier-de Haan, a woman with shoulder-length brown hair and glasses, smiling. She is wearing a dark blue blazer over a light blue patterned blouse and a gold necklace. She is standing in front of a brick wall with a grey metal structure. Her hands are clasped in front of her.

**Nynke Scherpbier-de Haan** werd in 2021 benoemd tot hoogleraar interprofessioneel en transmurale opleiden aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Hetzelfde jaar werd zij hoogleraar huisartsgeneeskunde, in het bijzonder interprofessionele en transmurale samenwerking, aan de Rijksuniversiteit Groningen. Op 24 maart 2023 hield ze haar oratie met als titel *Huisartsgeneeskunde in de lengte en de breedte*. Sinds september 2021 is ze hoofd Eerstelijngeneeskunde en Langdurige Zorg aan het UMC Groningen, waar ze in 1982 ook aan haar geneeskundeopleiding begon.



### *Rol voor gezondheidshuizen*

In interprofessionele samenwerking kunnen ook gezondheidshuizen, waar zorg en preventie in samenhang vorm krijgen, een rol spelen. ‘Ze vormen een interessante denklijn voor grootschaligheid aan de achterkant – ondersteuning in huisvesting, personeel en ict bijvoorbeeld – en kleinschaligheid aan de voorkant’, vertelt Scherpbier. ‘En voor een voorspelbaarder samenhang tussen de nulde en de eerste lijn. Een belangrijk aspect is data- en kennisdeling, voor onderzoek bijvoorbeeld. Een andere bouwsteen is interprofessioneel onderwijs om studenten te leren wat er in een wijk gebeurt. Denk aan een uitgebreid gezondheidscentrum: huisarts, fysiotherapeut, diëtist, gemeente/welzijnsloket, diagnostische mogelijkheden en wellicht naar Scandinavisch model ook kinderopvang. Het is nog een zoektocht hoor, huisartsen zijn er niet per se enthousiast over. Er komt al zoveel op ze af.’

### *Continuïteit*

In het kader van oplossingen in de lengte benoemde Scherpbier continuïteit als de belangrijkste kernwaarde van het vak. ‘Continuïteit kan er in de persoon zijn of in de aandoening’, zegt ze. ‘Ziet de patiënt dezelfde persoon of is sprake van samenhangend beleid. Met 2 artsen kun je prima invulling geven aan beide vormen van continuïteit. Maar ze staan beide onder druk nu te weinig huisartsen zich binden aan een patiëntenpopulatie. Er zijn zoveel waarnemers – en dan heb ik het nog niet eens over commerciële partijen – het is echt zorgelijk.’ Scherpbier wil een rol spelen om hierin verbetering te brengen. Hierin is haar benoeming tot hoofd Eerstelijns geneeskunde en Langdurige Zorg aan het UMCG leidend. ‘We werken er in Groningen aan aiossen huisartsgeneeskunde voor te bereiden op patiënthouderschap’, vertelt ze. ‘Ook proberen we aiossen te interesseren voor het vak. We overleggen met de 4 huisartsorganisaties in het noorden, omdat we willen aansluiten bij de regionale behoefte.’

### *De zorgvraag verminderen*

Bij oplossingen in de lengte stond Scherpbier in haar oratie ook stil bij het onderwerp vermindering van de zorgvraag. ‘Iets wat een lange adem vereist’, zegt ze. ‘We zien nu vooral dat de ziekenhuizen enthousiast zorg buiten het ziekenhuis plaatsen, waarbij de druk op de eerste lijn alleen maar toeneemt. De minister reageert hierop door te stellen dat meer huisartsen moeten worden opgeleid. Dat is ook nodig, maar tegelijkertijd moet wel ook iets worden gedaan aan alle andere problemen die er in de huisartsenzorg zijn. De basis moet op orde worden gebracht, om het advies *De basis op orde* van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving te parafaseren. Ik kan echt iedereen aanraden dat te lezen.’ Scherpbier zei in haar oratie e-health als een mogelijke oplossing voor het verminderen van de zorgvraag te zien, door patiënten zelfredzamer te maken. ‘Natuurlijk is e-health een enorm containerbegrip’, zegt ze. ‘We spreken nu over digitale

ondersteuning van huisartsenzorg. Naar de effectiviteit ervan binnen de huisartsgeneeskunde is onderzoek nodig. Digitaal of live contact scheelt de huisarts niet veel tijd. En het digitaal importeren van kennis van andere professionals kan ook een manier zijn om zorgvragen op een slimmere manier te beantwoorden. Het is echter nog geen uitgemaakte zaak of het ons echt gaat helpen met de werkdruk. Er loopt onderzoek naar de verschillende interprofessionele digitale communicatievormen waarvan de huisarts gebruik kan maken. Verder kijken we naar digivaardigheid van patiënten. Het is indrukwekkend tegen hoeveel barrières mensen kunnen aanlopen bij gebruikmaking van e-health, dus dat daardoor sociale ongelijkheid kan ontstaan is een risico.’

### *Geïntegreerd coschap*

Een interessant thema dat Scherpbier aansnijdt, is een geïntegreerd extramuraal coschap. ‘Hierbij worden de coschappen huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde en sociale geneeskunde aansluitend gevolgd in 12 weken, ondersteund door een gezamenlijke terugkomdag’, legt ze uit. ‘In dit coschap staan context, community en continuïteit centraal. Dit levert op dat studenten een geïntegreerder beeld krijgen van wat buiten het ziekenhuis gebeurt en een generalistischer blik ontwikkelen. Maar voor huisartsgeneeskunde is nog steeds maar 4 weken ruimte en dat is veel te weinig. Ik lobby voor uitbreiding, maar denk dat hier eerst een curriculumherziening voor nodig is. Wel goed is dat heel veel huisartsen bereid zijn om coassistenten te ontvangen. De bereidheid om in het onderwijs te participeren is echt enorm. Dat is wel veranderd. Coassistenten hebben wordt nu echt gezien als een investering in de toekomst van het vak. De lengte van het coschap is duidelijk gecorreleerd aan later kiezen voor het huisartsvak. Dank aan alle huisartsen die zich hiervoor inzetten dus. Ik hoop dat ze zich realiseren dat ze, door iets te doen op het gebied van opleiden of onderzoek, zelf ook bezig zijn met de duurzame toekomst van het vak. Dat moeten we hooghouden.’

### *Stemmen op de voor- en achtergrond*

In haar oratie legde Scherpbier het belang van samenwerken heel mooi uit aan de hand van een muziekstuk van Johann Sebastian Bach, het andante uit zijn trionsonate 4. Dat ze tot deze analogie kwam, heeft zeker te maken met het feit dat ze zelf piano speelt en zingt. ‘Al kom ik er jammer genoeg nu niet aan toe’, zegt ze. ‘Maar ik vind de metafoer wel mooi: in muziek heb je ieder je eigen stem, die van waarde is. In samenwerking staat die af en toe op de voorgrond en op andere momenten juist op de achtergrond. Het gaat dus niet alleen om leiderschap, maar ook om volgerschap. En het gaat om het verband tussen stemmen. Als het daarin wringt, moet de harmonie terugkomen, want anders ben je als luisteraar ontregeld. Vertaald naar samenwerking: als het daarin wringt, moet je dat benoemen en oplossen. Of je moet beslissen dat je niet met elkaar verder kunt.’ ■



# Behandeling van kinderen met chronische buikklachten

Sophie Ansems, Marjolein Berger, Bert Holvast, Gea Holtman

**Huisartsen zien regelmatig kinderen met chronische buikklachten. Huisartsen kunnen de meeste van deze kinderen heel goed onderzoeken en behandelen. Ze moeten dan wel in staat zijn ernstige organische aandoeningen tijdig te herkennen zonder het kind te belasten met onnodig aanvullend onderzoek. Hoe dat kan, laten we zien aan de hand van nieuwe inzichten uit de literatuur in aanvulling op de NHG-Standaard. De 4 hoekstenen van de eerstelijnszorg aan kinderen met functionele buikklachten zijn: neem de tijd, geef uitleg op maat, behandel symptomatisch en bied goede follow-up.**

Een huisarts ziet per jaar gemiddeld ongeveer 10 kinderen met chronische buikklachten. Elk kind zorgt voor 2 klinische uitdagingen.<sup>1,2</sup> De eerste is dat de huisarts aandoeningen die in de eerste lijn te behandelen zijn, zoals gastro-enteritis of functionele buikpijn, moet onderscheiden van ernstige aandoeningen die een indicatie zijn voor verwijzing, zoals coeliakie of een

inflammatoire darmziekte. Laatstgenoemde aandoeningen zijn zeldzaam. De kans erop is dus klein, maar het is zaak ze niet te missen, want uitstel van behandeling kan leiden tot serieuze complicaties.<sup>3-5</sup> Tegelijkertijd kun je kinderen met functionele buikpijn niet te veel diagnostische tests en verwijzingen aandoen want ook dat heeft vervelende gevolgen, waaronder medicalisering en mogelijk aanhoudende klachten.<sup>6</sup> Er is nog een tweede uitdaging, namelijk goed uitleggen wat functionele buikklachten zijn. Van elke 10 kinderen met niet-acute buikklachten hebben er 9 functionele buikklachten, zoals functionele buikpijn, prikkelbaredarmsyndroom en functionele obstipatie.<sup>1,7</sup> Ook kinderen met functionele buikklachten hebben baat bij een adequate behandeling. Het is de taak van de huisarts om ouders én kind uit te leggen wat die diagnose inhoudt en ze hierbij te begeleiden. Dat is niet altijd makkelijk, want de klachten kunnen hardnekkig zijn en de helft van de patiënten heeft een jaar na de eerste presentatie nog steeds functionele buikklachten die de dagelijkse activi-



De 4 hoekstenen bij kinderen met functionele buikklachten zijn: de tijd nemen, uitleg op maat geven, symptomatisch behandelen en goede follow-up bieden.

## DE KERN

- Bij een kind met chronische buikklachten is het een uitdaging functionele buikklachten te onderscheiden van een ernstige aandoening zonder onnodige diagnostiek.
- Bij een kind met functionele buikklachten is het de uitdaging zodanig goede uitleg en follow-up te bieden dat patiënt en ouders gerustgesteld worden.
- Er is steun te vinden bij kennis over de alarmsymptomen van ernstige aandoeningen, de [lage] incidentie van die aandoeningen, de kans op fout-positieve of fout-negatieve uitslagen van aanvullend onderzoek en de bijbehorende vervolgstappen.
- De huisarts is bij uitstek geschikt om kinderen met functionele buikklachten te behandelen. Neem de tijd voor een vervolgspraak, geef uitleg op maat en bied symptomatische behandeling aan.

teiten beïnvloeden, geregeld tot schoolverzuim leiden en soms tot in de adolescentie een grote impact hebben op de kwaliteit van leven.<sup>8-10</sup>

De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen (2012) adviseert om bij niet-acute buikpijn alleen aanvullend onderzoek te doen als er aanwijzingen zijn voor een somatische oorzaak.<sup>11</sup> Verwijzing wordt aanbevolen bij afwijkende coeliakieserologie of alarmsignalen. De standaard raadt verder aan te overleggen met een kinderarts bij het vermoeden van kindermishandeling en bij ernstige aanhoudende functionele buikpijn. Het beleid berust in eerste instantie op goede communicatie, voorlichting en geruststelling. Een goede follow-up, bijvoorbeeld na een maand, is van belang. Recent is in patiëntendossiers van 57 huisartsenpraktijken onderzocht welk beleid de huisarts volgde bij 2200 kinderen van 4-18 jaar met niet-acute buikklachten. Bij 1 op de 3 kinderen had de huisarts tijdens het eerste consult aanvullend onderzoek aangevraagd, (slechts) 1 op de 4 kinderen had binnen 1 maand een vervolgspraak gekregen en 1 op de 7 was binnen 12 maanden naar een specialist verwezen.<sup>12</sup> Aan de hand van de 2 zojuist beschreven klinische uitdagingen geven we een aantal aanbevelingen voor de evaluatie en behandeling van kinderen met chronische buikklachten.

### WELK AANVULLEND ONDERZOEK IS ZINVOL EN WANNEER?

Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn meestal voldoende om te kunnen bepalen of de patiënt in de huisartsenpraktijk behandeld kan worden. Dat geldt voor bijvoorbeeld dysmenorroe, functionele obstipatie of prikkelbaredarmsyndroom. Bij buikpijn in combinatie met diarree > 10 dagen valt fecesonderzoek naar parasieten te overwegen.<sup>11</sup> De NHG-Standaard adviseert om bij alarmsymptomen voor coeliakie en/of inflammatoire darmziekte coeliakieserologie te doen en bezinking (BSE), leukocytengetal en hemoglobine (Hb) te bepalen [kader].<sup>11</sup> Coeliakie heeft soms een atypische presentatie en de diagnostiek door huis- en kinderartsen

verdient enige aandacht.<sup>13</sup> Daarbij moeten huisartsen zich wel realiseren dat er in de eerste lijn geen onderzoek is gedaan naar de waarde van coeliakieserologie en dat de test alleen zin heeft bij een reëel vermoeden van coeliakie.<sup>15</sup>

Uit het eerdergenoemde dossieronderzoek bleek dat huisartsen regelmatig aanvullend onderzoek doen bij kinderen met niet-acute buikklachten. De 5 meest ingezette tests waren C-reactief proteïne (CRP), leukocytengetal, hemoglobine, creatinine en urineonderzoek.<sup>12</sup> Mogelijk wordt CRP zo vaak gebruikt omdat het een point-of-care test is; wat ook mee kan spelen is de aanbeveling in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde om bij alle kinderen met chronische buikpijn een volledig bloedbeeld, CRP en coeliakiescreening te overwegen.<sup>16</sup> In de huisartsenpraktijk kunnen negatieve uitslagen van CRP, BSE en Hb een inflammatoire darmziekte echter onvoldoende uitsluiten (de sensitiviteit is laag), en de diagnostische waarde van het leukocytengetal om functionele van inflammatoire darmziekten te onderscheiden is nooit onderzocht.<sup>17</sup> Huisartsen moeten zich realiseren dat het risico op fout-negatieve uitslagen bij deze onderzoeken hoog is. De fecaal calprotectinetest kan, mits correct gebruikt, een alternatieve manier zijn om een inflammatoire darmziekte uit te sluiten. De test is niet-invasief en heeft een sensitiviteit van 0,99 (95%-BI 0,81 tot 1,00) bij kinderen met alarmsymptomen in de huisartsenpraktijk.<sup>18</sup> Toch wordt de test niet aanbevolen in de NHG-Standaard en in de praktijk nog weinig toegepast.

#### ALARMSYMPTOMEN VOOR INFLAMMATOIRE DARMZIEKTE EN/OF COELIAKIE BIJ KINDEREN MET CHRONISCHE BUIKPIJN EN/OF DIARREE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

##### Anamnese

- Lengtegroei vertraging
- Ongewild gewichtsverlies
- Rectaal bloedverlies
- Familiair voorkomen van inflammatoire darmziekte of coeliakie

##### Lichamelijk onderzoek

- Coeliakie en inflammatoire darmziekte
  - ▶ afbuigende groeicurve
  - ▶ ongewild gewichtsverlies
  - ▶ vertraagde puberteitsontwikkeling
  - ▶ afteuze stomatitis
  - ▶ artritis
- Coeliakie
  - ▶ dermatitis herpetiformis
- Inflammatoire darmziekte
  - ▶ uveïtis, [epi]scleritis
  - ▶ perianale inspectie: skin tags, fistels, hemorroïden, fissuur, abces
  - ▶ huid: pyoderma gangrenosum, psoriasis, erythema nodosum

Zou je de test inzetten bij alle kinderen met chronische buikpijn, ook zonder alarmsymptomen en ook < 5 jaar, dan zou dat leiden tot veel fout-positieven en juist tot méér verwijzingen voor aanvullende invasieve diagnostiek (endoscopie).<sup>18</sup> Op dit moment wordt onderzocht of de fecaal calprotectine-test in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk zorgt voor minder verwijzingen naar de tweede lijn.<sup>19</sup> Totdat deze resultaten bekend zijn, is het raadzaam de fecaal calprotectinetest nog niet te gebruiken.

Naast het meer of minder waarschijnlijk maken van een ernstige aandoening zijn er ook andere redenen om diagnostisch onderzoek te doen, bijvoorbeeld omdat de ouders om een bepaalde test vragen of omdat ouders en kind er toch niet gerust op zijn. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat een negatieve testuitslag lang niet altijd een geruststellend effect heeft.<sup>20</sup> De kans op geruststelling wordt wel groter bij een tweesporenbeleid.<sup>21</sup> Bespreek van tevoren welke stappen er na een negatieve uitslag zullen volgen en leg uit welke aandoeningen kunnen worden uitgesloten bij een negatieve uitslag.<sup>20-23</sup>

In het eerder genoemde dossieronderzoek werd 13% van de kinderen binnen een jaar na het eerste consult verwezen naar een specialist.<sup>12</sup> Dit lijkt veel, bij een voorafkans van ongeveer 1% op een ernstige aandoening. De huisartsen zullen de kinderen echter niet alleen verwezen hebben vanwege twijfel over de diagnose. Een verwijzing kan ook worden gegeven omdat de ouders niet overtuigd zijn dat het functionele buikklachten zijn of om bepaald onderzoek vragen, of om het kind een bepaalde behandeling te geven. Dat neemt niet weg dat verwijzingen naar de kinderarts bij niet-somatische buikpijn volgens Nederlandse huisartsen zelf tot de 30 meest 'zinloze' handelingen behoren.<sup>24</sup>

## UITLEG EN BEHANDELING

De behandeling van kinderen met functionele buikklachten kan grotendeels in de huisartsenpraktijk plaatsvinden. De eerste en belangrijkste stap is de tijd nemen om het vertrouwen te winnen van ouders en kind, zodat je samen tot een passende en acceptabele verklaring van de klachten kunt komen. Twee Noorse kwalitatieve onderzoeken lieten zien dat zowel ouders als kinderen er behoefte aan hebben dat hun huisarts een verklaring geeft voor de functionele buikklachten.<sup>25,26</sup> Een Nederlands interviewonderzoek met 13 ouders en 2 kinderen bevestigde dit beeld. Wat het best werkte, was een vervolgspraak plannen, daarin de klachten nogmaals bespreken en samen naar een verklaring zoeken.<sup>27</sup> Het biopsychosociale model leent zich hier vaak het beste voor.<sup>28</sup>

Ook nadat er een passende verklaring is gevonden, blijven de klachten soms bestaan. In dat geval kan een symptomatische behandeling worden overwogen. In de tweede lijn wordt bij kinderen van 4-18 jaar met functionele buikpijn en prikkelbaar darmsyndroom cognitieve gedragstherapie geadviseerd.<sup>16</sup> Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij deze kinderen in de eerste lijn, maar er loopt wel een RCT naar hypnotherapie als thuisbehandeling.<sup>28</sup> Als een kind aanhoudend functionele buikpijn heeft, kan de

huisarts overleggen met de kinderarts of het kind in aanmerking komt voor cognitieve gedragstherapie of hypnotherapie, en welke zorgverlener in de regio hiervoor geschikt is. Sommige kinderen met chronische buikklachten hebben functionele obstipatie. Kinderen met langdurige obstipatieklachten kunnen baat hebben bij het bespreken van een gezond voedingspatroon, laxantia of bekkenbodempfysotherapie.<sup>29,30</sup> Om deze symptomatische behandelingen te kunnen aanbieden moet de huisarts binnen het lokale netwerk wel de juiste zorgverleners weten te vinden en op de hoogte zijn van hun behandelstrategieën. Bij kinderen met ernstige aanhoudende klachten of een complexe gezinssituatie is een verwijzing naar de kinderarts op zijn plaats, gezien diens expertise in de behandeling van ernstige functionele klachten en comorbiditeit zoals depressie en angst.

## CONCLUSIE

De huisarts is de aangewezen persoon om kinderen met chronische buikklachten te onderzoeken en te behandelen. Wel is het belangrijk daarbij het juiste midden te houden: ernstige organische aandoeningen moeten gesignaleerd worden, maar een overmaat aan aanvullend onderzoek en verwijzingen moet worden vermeden. De 4 hoekstenen van de eerstelijnszorg aan kinderen met functionele buikklachten zijn: de tijd nemen, uitleg op maat geven, symptomatisch behandelen en goede follow-up bieden. Op die manier krijgt het kind zorg op maat binnen de context van de huisartsenpraktijk. ■

## LITERATUUR

1. Spee LA, Lisman-van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Berger MY. Prevalence, characteristics, and management of childhood functional abdominal pain in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:197-202.
2. Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. *Ann Fam Med* 2011;9:337-43.
3. Walters TD, Kim MO, Denson LA, Griffiths AM, Dubinsky M, Markowitz J, et al. Increased effectiveness of early therapy with anti-tumor necrosis factor- $\alpha$  vs an immunomodulator in children with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2014;146:383-91.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).



Lees ook 'Aanhoudende lichamelijke klachten bij kinderen' van Dorien Broekhuijsen et al. op pagina 40.

Ansems SM, Berger MY, Holvast A, Holtman GA. Behandeling van kinderen met chronische buikklachten. *Huisarts Wet* 2023;66[10]:33-5. DOI:10.1007/s12445-023-2339-z.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: S.M. Ansems, promovenda Huisartsgeneeskunde: [s.m.ansems@umcg.nl](mailto:s.m.ansems@umcg.nl); prof. dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. G.A. Holtman, universitair docent Huisartsgeneeskunde. Martini Ziekenhuis, Afdeling Kindergeneeskunde, Groningen: dr. A. Holvast, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Prostaatwijzer lijkt verwijzingen naar de uroloog te voorkomen

Renée Hogenhout, Hanne Buizer-Rijksen, Monique Roobol

**De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen adviseert om patiënten met een prostaatspecifiek antigeen (PSA)-waarde van  $\geq 3$  ng/mL voor nadere diagnostiek van prostaatkanker te verwijzen naar de uroloog. Risico-inschatting met PSA-waarde, rectaal toucher en prostaatecho ingevuld in het predictiemodel de Prostaatwijzer kan meer dan de helft van de prostaatbipten voorkomen. Implementatie van deze Prostaatwijzer in een eerstelijns diagnostisch centrum resulteerde dan ook in een potentiële reductie van 68% in het aantal verwijzingen ten koste van slechts 1 (0,52%) gemiste klinisch significante prostaatkankerdiagnose. Het gebruik van de Prostaatwijzer in een eerstelijnssetting is daarom een potentieel veilige en patiëntvriendelijke strategie om zorgkosten, wachttijden en werkdruk te reduceren.**

Een op prostaatspecifiek antigeen (PSA) gebaseerde prostaatkankerscreening reduceert de prostaatkankerspecifieke sterfte en het aantal gemetastaseerde ziektestadia.<sup>1</sup> Deze *one-size-fits-all* strategie gaat echter gepaard met veel onnodige bipten en overdiagnostiek. Daarom raadt de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen PSA-bepaling op uitnodiging af en adviseert deze bepaling alleen te verrichten op verzoek van de patiënt, na zorgvuldige afwegingen van de voor- en nadelen van vroegdiagnostiek. Om het aantal onnodige bipten te reduceren onder mannen die besloten hebben tot vroegdiagnostiek kan de Prostaatwijzer ([www.prostaatwijzer.nl](http://www.prostaatwijzer.nl)) worden toegepast, die in 2010 is ontwikkeld.<sup>2</sup> Dit model voorspelt het risico op het vinden van prostaatkanker in bipten door gebruik te maken van enkele klinische variabelen. Urologen passen het momenteel veelal toe. In de urologische praktijkvoering is gebleken dat hiermee meer dan de helft van de biopsieprocedures voorkomen kan worden bij mannen met een PSA-waarde  $\geq 3$  ng/mL.<sup>2</sup> Omdat de NHG-Standaard deze PSA-grens als verwijsindicator aanwijst, kunnen vele verwijzingen voorkomen worden wanneer de Prostaatwijzer in een eerstelijnssetting wordt toegepast.<sup>3</sup> Dit principe is in 2017 op kleine schaal onderzocht, met bemoedigende resultaten.<sup>4</sup> Wij hebben het effect van de

toepassing van de Prostaatwijzer opnieuw in een eerstelijns diagnostisch centrum geanalyseerd, in een groter cohort en met een langere follow-up.

## METHODE

Dit observationele onderzoek is in 2014 geïnitieerd door het Erasmus MC en het medisch diagnostisch centrum voor huisartsen Star-shl en loopt nog steeds. Huisartsen uit het verzorgingsgebied van de Star-shl-centrumlocatie Blaak in Rotterdam kunnen mannen met een prostaatkankerscreeningswens, eventueel met bijkomende mictieklachten, verwijzen naar het zogeheten prostaatconsult. Over het algemeen kunnen patiënten binnen 1 week terecht. Het prostaatconsult wordt uitgevoerd door arts-onderzoekers van het Erasmus MC.

Na anamnese, rectaal toucher, prostaatecho, en met een recentelijk bepaalde PSA-waarde wordt de Prostaatwijzer (wijzer 3 of 4, zie [www.prostaatwijzer.nl](http://www.prostaatwijzer.nl)) ingevuld. Vervolgens worden de uitslag en het bijbehorende advies direct met de patiënt besproken en digitaal aan de huisarts teruggekoppeld. Afhankelijk van de bevindingen bestaat het advies uit een verwijsindicatie, het herhalen van de PSA-bepaling met bijpassend interval of stoppen met PSA-screening.<sup>5</sup> De verwijzend huisarts bepaalt samen met de patiënt of ze dit advies opvolgen.

Via een koppeling met het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA) werden eventuele kankerdiagnoses achterhaald. Alle deelnemers in de huidige analyse hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het onderzoek.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Hogenhout R, Osses DF, Alberts AR, Buizer-Rijksen HG, Remmers S, Roobol MJ. Shifting risk-stratified early prostate cancer detection to a primary healthcare setting. *BJU Int* 2023;131:596-601. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uitkomstmaten waren onder andere het percentage mannen met een PSA  $\geq 3$  ng/mL met volgens de Prostaatwijzer een laag risico op het vinden van prostaatkanker bij biopsie die dus niet doorverwezen hoefden te worden; het aantal prostaatkankerdiagnoses onder de hoogrisicomannen; en het aandeel klinisch significante prostaatkankerdiagnoses onder laagrisicomannen om de veiligheid van de strategie te beoordelen. Klinisch significant prostaatkanker werd gedefinieerd als graad-groep  $\geq 2$  van de International Society of Urological Pathology (ISUP) (deze score is een afgeleide van de Gleason-score en een maat voor agressiviteit van de tumor op een schaal van 1 tot 5). Deze kankers behoeven volgens de Europese richtlijnen actieve behandeling gezien het verhoogde risico op ziektespecifieke morbiditeit en mortaliteit. De genoemde uitkomstmaten onderzochten we ook bij mannen met een PSA  $\leq 3$  ng/mL om de aanbeveling van de NHG-Standaard te valideren dat voor deze mannen geen verdere diagnostiek nodig is.<sup>3</sup>

Een gedetailleerdere methodebeschrijving is te vinden in de oorspronkelijke publicatie.<sup>4</sup>

## RESULTATEN

Van januari 2014 tot februari 2021 includeerden we 495 mannen bij wie een PSA-bepaling was gedaan [online tabel]. De mediane follow-up (interkwartielafstand, IKA) van consultatie tot aan de PALGA-koppeling was 43 (25-65) maanden.

De uitkomsten van de PALGA-koppeling per PSA en risicogroep staan grafisch weergegeven in de [figuur]. Van alle mannen met een PSA  $\geq 3$  ng/mL hadden volgens de Prostaatwijzer 191 (68%) mannen een laag risico op het vinden van

## WAT IS BEKEND?

- Bij mannen met een PSA  $\geq 3$  ng/mL is nadere diagnostiek naar prostaatkanker aangewezen.
- Het predictiemodel de Prostaatwijzer kan het risico voorspellen op het vinden van prostaatkanker bij prostaatbiopsie aan de hand van variabelen als rectaal toucher, PSA-waarde en prostaatechobevindingen.
- In de urologische praktijk blijkt volgens de Prostaatwijzer bij meer dan de helft van de mannen met een PSA  $\geq 3$  ng/mL géén verhoogd risico te zijn op het vinden van prostaatkanker bij prostaatbiopsie.

## WAT IS NIEUW?

- Toepassing van de Prostaatwijzer in een eerstelijns diagnostisch centrum zou 68% van de verwijzingen naar de uroloog kunnen voorkomen, tegen een gereduceerd tarief.
- De Prostaatwijzer lijkt een veilige strategie omdat de huidige observationele gegevens een zeer laag percentage klinisch significante prostaatkankerdiagnoses lieten zien onder mannen die als laag risico werden geclassificeerd.

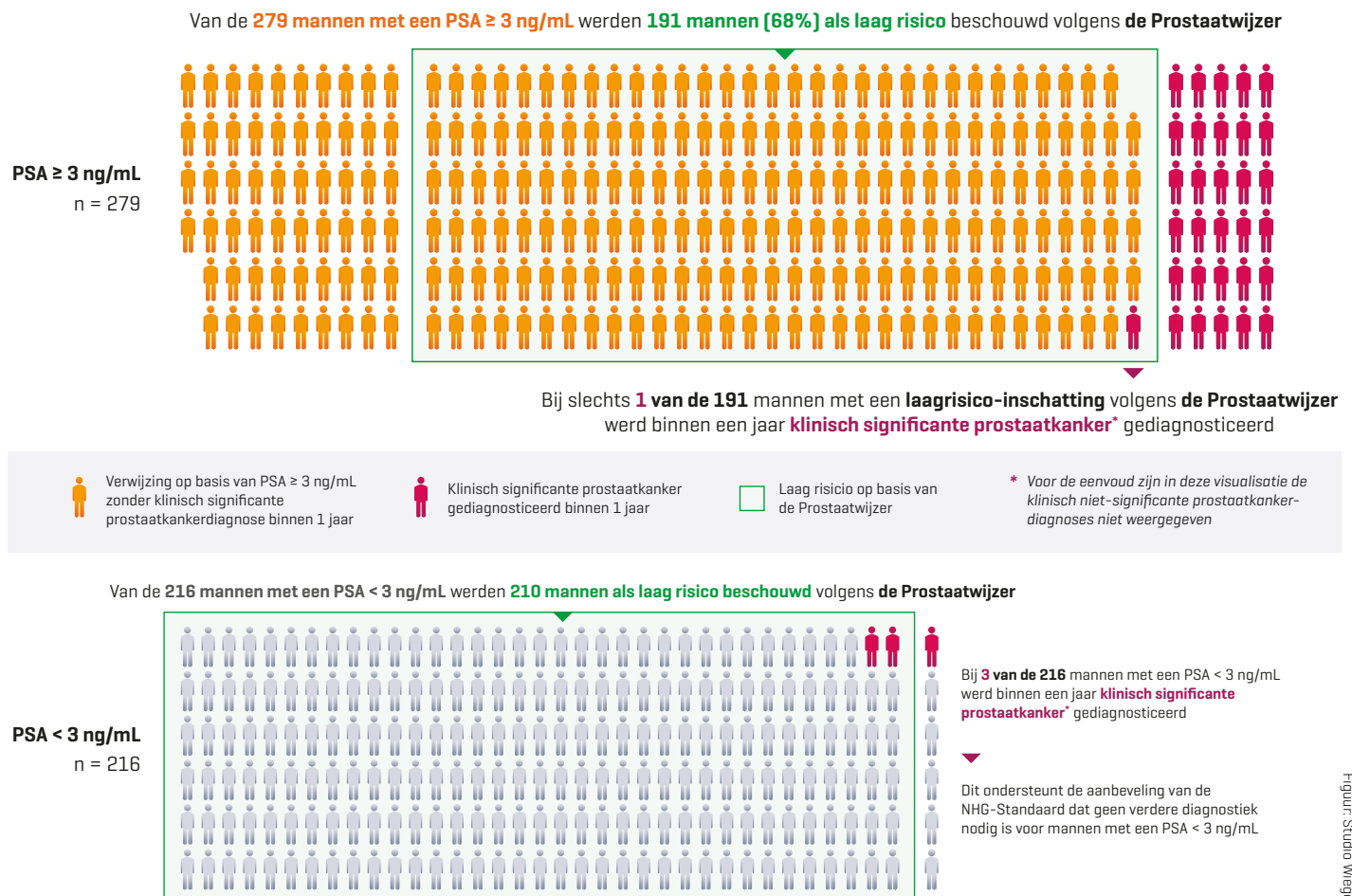
prostaatkanker bij prostaatbiopsie. Binnen 1 jaar werd slechts 1 (0,52%) man gediagnosticeerd met klinisch significant prostaatkanker. Daarna kregen nog 4 (2,1%) mannen deze diagnose. Deze mannen hadden bij hun eerste prostaatconsult het



Implementatie van de Prostaatwijzer resulteerde in een potentiële reductie in het aantal verwijzingen naar de uroloog van 68%. Foto: Shutterstock

## Figuur

Implementatie van de Prostaatwijzer in een eerstelijns diagnostisch centrum resulteerde in een potentiële reductie in het aantal verwijzingen van 68% ten koste van slechts 1 gemiste klinisch significante prostaatkankerdiagnose.



advies gekregen de PSA te vervolgen. Van alle mannen met een PSA  $\leq$  3 ng/mL kregen in de gehele follow-up 4 (1,9%) mannen de diagnose prostaatkanker.

Van alle hoogrisicomannen met een PSA  $\geq$  3 ng/mL werden bij 61 (69%) mannen biopsen afgenomen. Hiervan werd 77% gediagnosticeerd met prostaatkanker, waarvan 64% klinisch significante prostaatkankers (49% van de gebioteerde mannen).

### BESCHOUWING

Door multivariabele risicofratificatie voor vroegdetectie van prostaatkanker met de Prostaatwijzer in een eerstelijns diagnostisch centrum kon 68% van de verwijzingen naar de uroloog voorkomen worden. Slechts 1 van de 191 (0,52%) laagrisicomannen met een PSA  $\geq$  3 ng/mL werd binnen 1 jaar na consultatie gediagnosticeerd met klinisch significante prostaatkanker. Dit zouden we kunnen beschouwen als een gemiste diagnose wanneer het advies van de Prostaatwijzer strikt zou worden gevolgd. Bij het gebruik van alleen de PSA als verwijzingsindicator zou dit aantal 3 (1,4%) zijn. De gestelde

diagnoses > 1 jaar na consultatie in 2,1% van de gevallen kunnen we beschouwen als uitgestelde c.q. vertraagde diagnoses, aangezien werd geadviseerd om bij laagrisicomannen als vangnet de PSA te blijven controleren. De mediane tijd tot aan de diagnose van 22 maanden komt overeen met het aanbevolen interval voor PSA-herhaling om de 2 tot 4 jaar.<sup>3,6</sup> Het hogere percentage klinisch significante prostaatkanker onder hoogrisicomannen van 34% ten opzichte van mannen met een verhoogde PSA-waarde van 11% (31/279) benadrukt het effect van risicofratificatie.

### Voordelen van het prostaatconsult

Onze bevindingen laten zien dat de zorgkosten, wachttijden en werkdruk van de uroloog mogelijk veilig verlaagd kunnen worden door de Prostaatwijzer te verplaatsen naar een eerstelijns diagnostisch centrum. Hetzelfde consult bij de uroloog is bij benadering 7 keer zo duur als bij de Star-shl. De mediane wachttijd voor consultatie bij de uroloog was ten tijde van de analyse 6 weken (IKA 3-9), terwijl die bij de Star-shl ongeveer 1 week was.<sup>5</sup> Naast de kortere wachttijd zouden de laagdrems-

pelige, minder klinische setting (buiten het ziekenhuis) en de op de individuele patiënt toegespitste uitleg ook een positief effect kunnen hebben op diens beleving.

Verder is de te behalen winst van dit spreekuur dusdanig groot door de lage specificiteit van de PSA-drempelwaarde voor verwijzing en het feit dat de huisartsenpopulatie een zeer laagrisicopopulatie is (een mediane kans op klinisch significante prostaat­kanker van slechts 1,2% (IKA 0,41-3,0) [online tabel]). Ten slotte onderbouwt het lage percentage van 1,9% klinisch significante prostaat­kankerdiagnoses onder mannen met een PSA  $\leq$  3 ng/mL de aanbeveling van de NHG-Standaard om geen verdere diagnostiek te verrichten.<sup>3</sup>

### Beperkingen van dit onderzoek

Een van de beperkingen van dit onderzoek is dat door het observationele onderzoeksontwerp de meeste laagrisicomannen geen prostaatbiopsie hebben gehad. Ondanks het ingebouwde vangnet weten we dus alleen hoeveel significante prostaat­kankers werden gemist binnen de beperkingen van onze follow-upperiode (3% na een mediane follow-up van 42 maanden). Toch liet eerder onderzoek een vergelijkbaar percentage gemiste diagnoses zien van 4% onder mannen met een PSA  $\geq$  3 ng/mL, die wel allen werden gebiopsieerd.<sup>2</sup> Daarom zal naar verwachting het werkelijke percentage gemiste dan wel uitgestelde kankerdiagnoses niet veel hoger liggen. Verder waren in dit onderzoek enkel pathologie-uitslagen beschikbaar en ontbraken gedetailleerde follow-upgegevens. Hierdoor was bijvoorbeeld niet bekend waarom onder hoogrisicomannen van prostaatbiopsie werd afgezien.

Ten slotte gaat het hier om kwantitatief onderzoek. Om het succes van het prostaatconsult in de volle breedte te kunnen bepalen is informatie over het huisartsen- en patiëntenperspectief nodig, zodat duidelijk wordt waar verbetering mogelijk is. Momenteel onderzoeken we de huisartsen- en patiënttevredenheid over het prostaatconsult via interviews binnen een lopend Value-Based Healthcare Project.

### Officieel zorgproduct

De succesvolle en inmiddels langdurige ervaring met dit prostaatconsult heeft geleid tot een officieel zorgproduct bij de Nederlandse Zorgautoriteit, waarmee de implementatie op grotere schaal kan worden voortgezet. Tot nu toe voerden arts-onderzoekers van de afdeling urologie in het Erasmus

MC het consult uit. Voor een verdere uitbreiding zou het prostaatconsult uitgevoerd kunnen worden door bijvoorbeeld *physician assistants*, verpleegkundig specialisten of laboranten die geschoold en gesuperviseerd worden door een regionaal gevestigd uroloog, zoals dit in het huidige onderzoeksverband gebruikelijk was bij het Erasmus MC. Verder is het voor monitoring en verbetering van belang dat de gegevensverzameling tijdens en na de implementatie wordt gecontinueerd. Daarom is dit onderzoek in Rotterdam nog steeds gaande.

### CONCLUSIE

In het kader van verzoeken van patiënten om vroegdiagnostiek naar prostaat­kanker kon implementatie van de Prostaatwijzer in een eerstelijns diagnostisch centrum 68% van de verwijzingen naar de uroloog voorkomen ten opzichte van de huidige PSA-drempelwaarde voor verwijzing van  $\geq$  3 ng/mL. Observationele gegevens lieten zeer lage proporties klinisch significante prostaat­kanker onder de laagrisicomannen zien. Risicogestratificeerde vroegdetectie in een eerstelijns diagnostisch centrum lijkt daarom een veilige en patiëntvriendelijke strategie die zorgkosten, wachttijden, onnodige diagnostiek en overdiagnostiek kan reduceren. ■

### LITERATUUR

1. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8.
2. Roobol MJ, Steyerberg EW, Kranse R, Wolters T, Van den Bergh RCN, Bangma CH, et al. A risk-based strategy improves prostate-specific antigen-driven detection of prostate cancer. *Eur Urol* 2010;57:79-85.
3. NHG. Bijlage Prostaatcarcinoom. Behorende bij de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Beschikbaar via: richtlijnen.nhg.org. Geraadpleegd op 21 maart 2023.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Hogenhout R, Buizer-Rijksen HG, Roobol MJ. Prostaatwijzer lijkt verwijzingen naar de uroloog te voorkomen. *Huisarts Wet* 2023;66[10]:36-9. DOI: 10.1007/s12445-023-2347-z.  
Erasmus MC, Erasmus MC Kanker Instituut, afdeling Urologie, Rotterdam: R. Hogenhout, arts-onderzoek, promovendus, r.hogenhout@rdgg.nl; H.G. Buizer-Rijksen, medisch leider, stafarts, Star-shl; M.J. Roobol, hoogleraar Besliskunde in de urologie.





# Aanhoudende lichamelijke klachten bij kinderen

Dorien Broekhuijsen-van Henten, Gert Luitse, Elise van de Putte, Marjolein Berger

**Aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) komen veel voor op de kindereleeftijd. Voor huisartsen vormen deze klachten vaak een uitdaging. Bij kinderen met ALK kunnen aandacht voor het taalgebruik en een stapsgewijze aanpak volgens het biopsychosociale model overdiagnostiek en medicalisering voorkomen.**

Moeheid, buikpijn, hoofdpijn of pijn in het bewegingsapparaat zijn klachten die op de kindereleeftijd vaak voorkomen. In een groot longitudinaal onderzoek op Noord-Nederlandse scholen rapporteerde ruim 14% van de 10-jarigen dergelijke

‘functionele somatische symptomen’ en 1 op de 3 had deze symptomen nog steeds toen ze 17 waren.<sup>1</sup> In 2011 waren moeheid, hoofdpijn of buikpijn voor 88 op de 1000 Nederlandse kinderen reden om de huisarts te bezoeken; onder de 10 jaar kwam buikpijn het vaakst voor, boven de 10 jaar moeheid.<sup>2</sup>

Sinds 2021 noemt men klachten die langdurig aanhouden en die zorgen voor beperkingen en lijdensdruk aanhoudende lichamelijke klachten (ALK). Voor de arts zijn dit tijdrovende en complexe klachten. Patiënten en ouders voelen zich regelmatig niet gehoord of weinig serieus genomen, en hun



Foto: Shutterstock

Een stapsgewijze aanpak, met aandacht voor overtuigingen, emoties en gedragingen en met gebruik van de juiste bewoordingen, kan bij kinderen met ALK tot passende behandeling leiden. Laat het kind en de ouders hierover ook meedenken.

verwachtingen verschillen nogal eens van die van de arts.<sup>3,4</sup> Hoe langer ALK aanhouden, hoe ongunstiger het beloop en hoe groter de kans dat ze de ontwikkeling van het kind gaan belemmeren. Deze nascholing volgt de adviezen uit de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)-richtlijn *Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen* en de adviezen uit de NHG-Standaarden voor aanhoudende pijn, hoofdpijn en buikpijn bij kinderen.<sup>5-8</sup>

### STAPSGEWIJZE DIAGNOSTIEK

ALK wordt pas een werkhypothese als het medisch onderzoek goed is afgerond. Als bij dat onderzoek geen aanknopingspunten voor onderliggende aandoeningen zijn gevonden, is dat het startpunt om de klachten direct in een breder perspectief te plaatsen. Het helpt als men het kind en de ouders laat meedenken over welke factoren nog meer van invloed kunnen zijn, inclusief hun eigen overtuigingen, emoties en gedragingen. Soms is dit inzicht al voldoende om de klachten te doen afnemen.

### SCEGS-dimensies

In H&W is in 2022 een stappenplan voor ALK beschreven.<sup>9</sup> Die stapsgewijze aanpak is ook bij kinderen toepasbaar, inclusief de exploratie van de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies van de klacht (SCEGS). Ook met jonge kinderen kan men daarover goed in gesprek gaan. Uitgangspunt is steeds het kind: diens beleving en beschrijving, emoties en gedrag staan centraal. Exploreert men de SCEGS-dimensies vervolgens ook bij de ouders, dan blijken die soms behoorlijk te verschillen van hun kind. Het is belangrijk om dat helder te krijgen.

School is een belangrijke plek in het sociaal functioneren. Schoolverzuim is dan ook een signaal dat altijd expliciet moet worden nagevraagd en gekwantificeerd (gedrag als onderhoudende factor). Een heel relevante vraag aan kind en ouders is bijvoorbeeld wat hun reactie is bij klachten: 'Wat doe je als je niet naar school gaat?' of: 'Wat maakt dat je wel of juist niet naar school gaat?'

Ook de veiligheid is bij kinderen altijd een aandachtspunt. Zijn er aanwijzingen voor onveiligheid binnen het gezin (huiselijk geweld, mishandeling) of daarbuiten (pesten, offline en online)?

### Passen de klachten bij een somatische diagnose?

Met een zorgvuldige anamnese en lichamenlijk onderzoek kan een somatische diagnose meestal wel worden uitgesloten. Alarmsymptomen kunnen reden zijn voor aanvullend onderzoek [tabel].

### Wees terughoudend met aanvullend onderzoek

Probeer een onderzoek, als het al is geïndiceerd, niet vaker dan eenmaal te doen.<sup>6,7</sup> Bespreek van tevoren wat ouders en kind van het onderzoek kunnen verwachten en vertel dat er, als er geen afwijkende bevindingen zijn, geen verdere diagnostiek zal plaatsvinden. Het is belangrijk dat de huisarts en de

### DE KERN

- Moeheid, buikpijn, hoofdpijn of pijn in het bewegingsapparaat komen op de kinderleeftijd vaak voor [14%].
- Als deze klachten > 3 maanden aanhouden en het medisch onderzoek is afgerond, noemt men ze aanhoudende lichamelijke klachten [ALK].
- Voor de arts zijn ALK tijdrovend en complex; voor het kind kunnen ze invaliderend worden en de ontwikkeling belemmeren.
- Een stapsgewijze aanpak, met aandacht voor overtuigingen, emoties en gedragingen en met gebruik van de juiste bewoordingen, kan tot passende behandeling leiden.

kinderarts onderling afstemmen wie welk onderzoek uitvoert. De NVK-richtlijn geeft aan welke aanvullende diagnostiek de kinderarts kan inzetten.<sup>8</sup>

### Geef informatie in positieve bewoordingen

Verzamel alle informatie uit anamnese, voorgeschiedenis, lichamenlijk onderzoek en aanvullend onderzoek, en bespreek de bevindingen daaruit met het kind en de ouders. Besteed daarbij expliciet aandacht aan hun vragen en zorgen. Geruststelling werkt het best als je positieve bewoordingen gebruikt om de uitkomsten te benoemen, dus niet welke aandoeningen allemaal uitgesloten zijn, maar welke bevindingen normaal zijn. Bijvoorbeeld: 'Ik heb je helemaal onderzocht en zie dat je een heel gezond lichaam hebt.' Of: 'Je buik maakt heel normale geluiden en voelt soepel aan, zoals dat bij een gezonde buik is.' Of: 'Als ik naar je hart en longen luister, hoor ik normaal ademgeluid en normale harttonen, zoals bij een gezond hart en gezonde longen.'

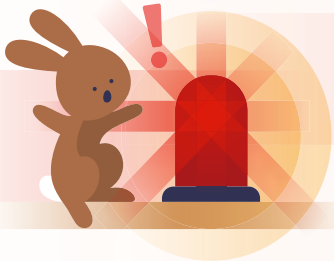
### Gebruik verklaringsmodellen en metaforen

Verifieer of deze informatie goed is overgekomen en of het kind en de ouders daadwerkelijk gerustgesteld zijn. Daarbij helpt het te vertellen dat dergelijke klachten bij kinderen veel voorkomen en dat er iets aan te doen is. Als kind of ouders er toch nog niet gerust op zijn, ga dan niet meteen door naar de volgende diagnostische stap, maar investeer in een gesprek over hun vragen en zorgen. Probeer, wanneer kind en ouders eraan toe zijn, samen een gepersonaliseerde uitleg te formuleren op basis van verklaringsmodellen, zoals het biopsychosociale model of het gevolgenmodel.<sup>10-12</sup> Leg de verklaringsmodellen uit aan de hand van metaforen zoals genoemd in de [infographic].<sup>11,13</sup> Geef ook voorlichtingsmateriaal mee over chronische pijn en chronische vermoeidheid [online kader].

### STAPSGEWIJS BELEID

Welke behandeling het best is, hangt af van de aard van de hoofdklacht en van de ernst van de klachten (denk aan duur,

## METAFOREN VOOR CHRONISCHE PIJN ALS BASIS VOOR UITLEG AAN KIND EN OUDERS

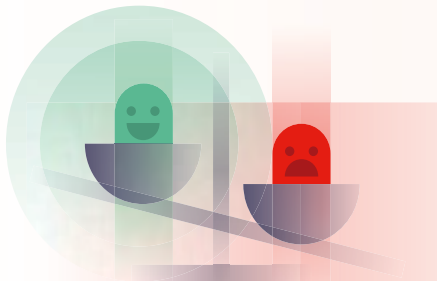
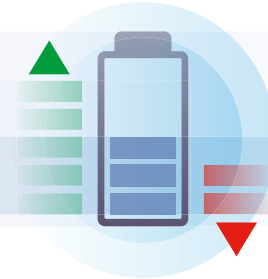


### ALARMSYSTEEM | SENSITISATIEMODEL

Vergelijk je lichaam met een alarmsysteem. Als het alarm afgaat maar de politie vindt geen inbreker, moet je misschien het alarmsysteem eens onderzoeken. Het alarm staat misschien te scherp afgesteld en gaat al af als er bijvoorbeeld een konijn door de tuin loopt. Hetzelfde geldt voor jouw lichaam en brein. Jouw eigen 'alarm' staat waarschijnlijk te scherp afgesteld. Je hersenen willen je goed beschermen. Je bent niet (meer) ziek, maar je beschermingsysteem (alarm) staat nog aan, terwijl dat niet meer nodig is.

### BATTERIJ | DRAAGKRACHT-DRAAGLASTMODEL

Teken een batterij met een positieve en een negatieve kant. Waar laad je van op en waar loop je juist van leeg?

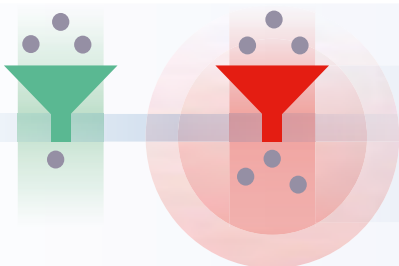
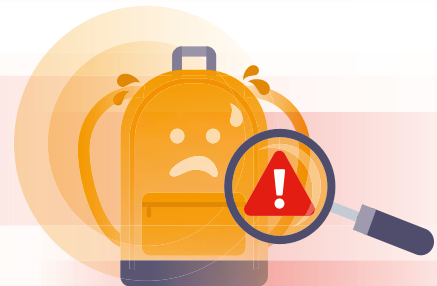


### BALANS | DRAAGKRACHT-DRAAGLASTMODEL

Teken een weegschaal; deze weerspiegelt de balans tussen wat een kind aan kan en wat er van hem/haar gevraagd wordt. Teken enerzijds wat energie kost: sociale druk, moeite met leerstof op school, traumatische gebeurtenissen. Maar ook ziekte, scheiding van ouders of verlies van een naaste. Teken anderzijds wat energie oplevert: steun door ouders, gezin, school en sociale omgeving, positief zelfbeeld, sociale vaardigheden en een lichamelijke conditie. Bij een verstoorde balans en langer durende klachten, kunnen pijnklachten ontstaan/voortbestaan.

### RUGZAK | DRAAGKRACHT-DRAAGLASTMODEL

Leg uit dat je samen wilt kijken naar de lichamelijke klachten. Die zitten in de rugzak. Welke belastende dingen zitten er nog meer in de rugzak en welke dingen zorgen er juist voor dat het kind de rugzak wel kan dragen?

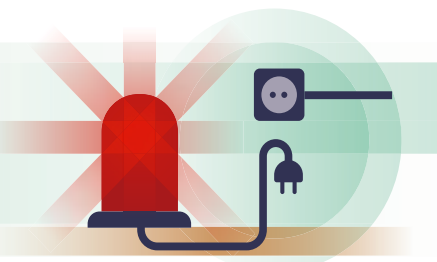


### FILTER | AANDACHT EN INTERPRETATIEMODEL

Als metafoor kan een filter gebruikt worden. In de hersenen zijn allerlei filters die ervoor zorgen dat signalen uit je lichaam niet toegelaten worden tot het bewustzijn. Pas als er een bepaalde grens bereikt wordt, word je je ervan bewust. Het voordeel is dat je er niet steeds door wordt afgeleid. Het filter kan door verschillende factoren anders afgesteld staan en meer signalen doorlaten. Waarbij signalen dus niet vaker voorkomen, maar wel vaker worden opgemerkt.

### WAARSCHUWINGSLAMPJE | AANDACHT EN INTERPRETATIEMODEL

Een waarschuwingslampje gaat te snel branden, terwijl er niets mis is.



uitgebreidheid en mate van belemmeringen).<sup>8</sup> Het doel is om ALK in een vroege fase adequaat te behandelen en aanhoudende beperkingen in het dagelijks functioneren te voorkomen.<sup>14,15</sup>

Als de klachten mild zijn, zijn uitleg en leefstijladviezen vaak voldoende. Meestal zal dit in de eerste lijn gebeuren. Naarmate de klachten het dagelijks functioneren meer belemmeren, hangt het van de situatie af of de tweede lijn wordt ingeschakeld. Derdelijnszorg komt in beeld als het beleid geen succes heeft of als er bijvoorbeeld psychiatrische comorbiditeit is. Bij schoolverzuim heeft het zin de jeugdgezondheidszorg bij de behandeling te betrekken. Er zijn regionale samenwerkingsverbanden; een van de daarbij gebruikte methodes is Medische Advisering Ziek gemelde Leerling (M@ZL).<sup>17</sup>

### Leefstijladviezen

De eerste stap is altijd het bespreken van leefstijladviezen met kind en ouders. Vaak zijn er onderhoudende factoren die aandacht nodig hebben, zoals slaapproblemen, verschuiving van dag- nachtritme, schoolverzuim en een onregelmatig eetpatroon. Geef gerichte adviezen over het opbouwen van activiteiten volgens een vast schema, ook als er klachten zijn, en over het gedrag bij fysieke klachten (niet naar school gaan, niet sporten?). Leefstijladviezen zijn te vinden in de NHG-Standaarden, de NVK-richtlijn en op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl).<sup>7,8,16</sup>

### Behandelplan

Als ALK het dagelijks functioneren belemmert, is het raadzaam een behandelplan te formuleren dat de stapsgewijze aanpak van de NVK-richtlijn volgt.<sup>8</sup> In de tweede lijn is onderbouwing gevonden voor cognitieve gedragstherapie bij buikpijn, hoofdpijn, pijn in het bewegingsapparaat en moeheid. Hypnotherapie is vooral effectief bij buikpijn en behoort ook tot de mogelijkheden bij hoofdpijn en pijn in het bewegingsapparaat. Fysiotherapie met ontspanningstherapie, *graded exercise* of *graded activity*, kan een ondersteunende rol hebben, maar er is geen bewijs dat fysiotherapie als enkelvoudige behandeling effectief is.<sup>8</sup> Besteed in het behandelplan ook gericht aandacht aan comorbiditeit zoals depressie of angst. Bij sommige kinderen kan het kortdurend bijhouden van een klachtendagboek inzicht geven in (beïnvloedbare) factoren waardoor de klachten toe- of afnemen.<sup>8</sup>

### Monitoren

Een vast onderdeel van het behandelplan is monitoring van de klachten. Het doel daarvan is om nieuwe klachten of nieuwe vragen over bestaande klachten te beoordelen. Zijn er alarmsymptomen, kan er een medische oorzaak zijn? Het komt regelmatig voor dat klachten naar een ander klachtencluster verschuiven. Leg uit hoe dit kan gebeuren en probeer onnodige medicalisering te voorkomen. Overleg met het kind en de ouders hoe de monitoring zal plaatsvinden en bied ruimte voor een herbeoordeling bij nieuwe of aanhoudende klachten.

### Tabel

#### Alarmsymptomen<sup>8</sup>

Algemene anamnese	Gewichtsverlies Afbuiging groei Afname eetlust Onverklaarde koorts Nachtelijke pijnklachten Inspanningsgebonden klachten (bijvoorbeeld dyspneu)
Gastro-intestinaal	Ochtendbraken Aanhoudend of gallig braken Bloedverlies
Inflammatoir	Gewrichtsklachten Uveïtis Erythema nodosum
Neurologisch	Verandering persoonlijkheid, cognitief functioneren
Psychiatrisch	ADHD, ASS, angststoornis
Kindermishandeling	Seksueel misbruik Emotionele of fysieke mishandeling PCF
Lichamelijk onderzoek	Voedingstoestand (lengte en gewicht) Hepatosplenomegalie Lymfadenopathie Aften Artritis Icterus Kno-infecties Aanwijzingen voor anemie Hypertensie Afwijkend neurologisch onderzoek

ADHD = aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS = autismespectrumstoornis.  
PCF = Pediatric Condition Falsification (door een volwassene bewust gefalsificeerde of geïnduceerde symptomen).

Bron: Richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen.<sup>8</sup>

### SCHOLING

Interdisciplinaire samenwerking is een absolute vereiste bij de behandeling van ALK. Voor de kwaliteit van de zorg is het belangrijk dat alle betrokken hulpverleners vanuit hetzelfde denkkader werken en overeenkomstige verklaringen en terminologie gebruiken. Daarvoor zijn verschillende scholingen over ALK beschikbaar, onder andere via NALK (<https://nalk.info>) en GR!P Health (<https://grip.health/pages/elearning>).

### CONCLUSIE

Aanhoudende lichamelijke klachten op de kindereleeftijd komen frequent voor in de huisartsenpraktijk. Een brede inventarisatie vanuit biopsychosociaal perspectief helpt om in een vroeg stadium tot de werkhypothese ALK te komen en medicalisering te voorkomen. Er zijn verklaringenmodellen die de uitleg aan kind en ouders helpen structureren. Doel is tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen van waaruit de behandeling kan worden opgestart. Afstemming met andere zorgverleners, waaronder de jeugdarts, is belangrijk, vooral wat betreft uniform taalgebruik. ■

## LITERATUUR

1. Janssens KA, Oldehinkel AJ, Dijkstra JK, Veenstra R, Rosmalen JG. School absenteeism as a perpetuating factor of functional somatic symptoms in adolescents: the TRAILS study. *J Pediatr* 2011;159:988-93.e1.
2. Hamberg-van Reenen HH, Meijer SA. Gezond opgroeien: verkenning jeugdgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2014.
3. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft PJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract* 2017;34:245-51.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).



Lees ook 'Behandeling van kinderen met chronische buikklachten' van Sophie Ansems et al. op pagina 33.

Broekhuijsen-van Henten DM, Luitse GH, Van de Putte EM, Berger MY. Aanhoudende lichamelijke klachten bij kinderen. *Huisarts Wet* 2023;66[10]: 40-6. DOI:10.1007/s12445-023-2319-3. Isala, Zwolle: D.M. Broekhuijsen-van Henten, kinderarts sociale pediatrie, [d.m.broekhuijsen@isala.nl](mailto:d.m.broekhuijsen@isala.nl); G.H.J. Luitse, kinderarts sociale pediatrie n.p. UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderen-geneeskunde, Groningen: prof.dr. M.Y. Berger, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde. UMC Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht: prof.dr. E.M. van de Putte, kinderarts sociale pediatrie, hoogleraar levensloopgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Uw diagnose

# Perianale papels

Door: André Moyakine

Een 3 maanden oud meisje wordt door haar huisarts verwezen naar de dermatoloog omdat ze een vurig rode huiduitslag in de luierstreek heeft, die ondanks de miconazolcrème alsmaar lijkt uit te breiden. Tijdens de heteroanamnese vertelt de moeder dat het kind gemiddeld 8 keer per dag ontlasting heeft en dat ze na elke nies wat ontlasting in haar luier ziet. De ouders verschonen het meisje alleen voorafgaand aan de voedingsmomenten en niet na elke defecatie. Bij het verschonen gebruiken ze vochtige doekjes.

Bij lichamelijk onderzoek ziet de dermatoloog periaanaal enkele lenticulaire vlakke rode papels, die licht erosief zijn.

Wat is uw diagnose?

1. Condylomata acuminata (genitale wratten)
2. Mollusca contagiosa (waterwratjes)
3. Erythema papulosum posterosivum van Jacquet
4. Eczema seborrhoicum infantum

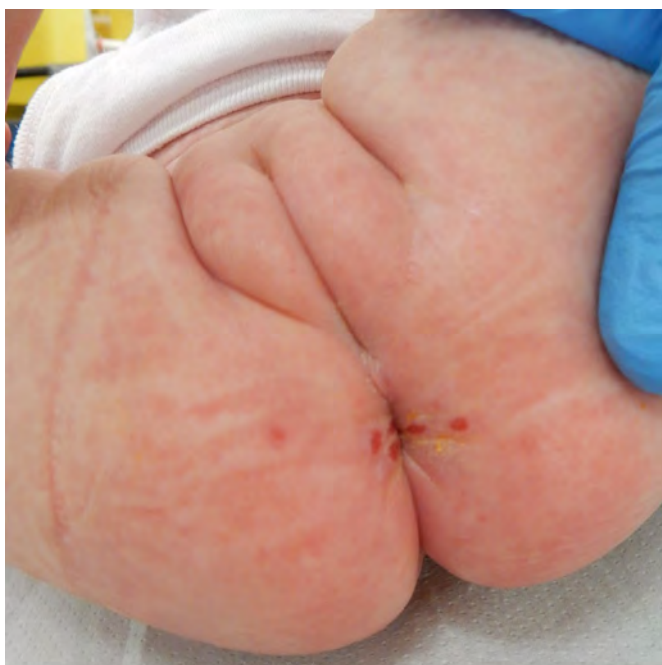
➤ Het antwoord leest u op pagina 56 en op [www.henw.org](http://www.henw.org) bij 'Uw diagnose' en de titel 'Perianale papels'.

## Bijzondere aandoening gezien?

Denk dan aan onze H&W-rubriek Uw diagnose. Maak een goede en scherpe foto (of meerdere) van de bijzondere aandoening, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose en toelichting op de diagnose. Mail uw bijdrage naar [redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org) onder vermelding van 'Uw diagnose'.

## Figuur

Perianale papels bij een zuigeling



# Bacteriële vaginose



- Delfstra onderzocht hoe (en hoe vaak) vrouwen met bacteriële vaginose (BV) contact opnamen met hun huisarts. Zij vergeleek vrouwen met recidiverende BV met vrouwen met een eenmalige ziekte-episode. Welk contact vond minder plaats bij recidiverende BV?<sup>1</sup>
  - Telefonisch consult
  - E-mailcontact
  - Fysiek consult
- Delfstra deed onderzoek naar factoren die zijn geassocieerd met terugkeer van BV. Dat geldt bijvoorbeeld voor soa's. Voor welke factor geldt dat nog meer?<sup>1</sup>
  - Leeftijd < 40 jaar
  - Recent antibioticagebruik
  - Pariteit
- Vrouwen die opnieuw BV kregen, kregen in het onderzoek van Delfstra bijna allemaal antibiotica (98,9%). Delfstra pleit ervoor vrouwen met recidiverende klachten uit te nodigen op het spreekuur voor herevaluatie. Welk onderzoek is volgens haar dan aangewezen?<sup>1</sup>
  - Fluoronderzoek in de spreekkamer
  - Fluorkweek op *Gardnerella vaginalis*
  - PCR-test op potentiële verwekkers
- In het uitstrijkje van vrouwen met BV wordt vaker HPV aangetoond. Welke verklaring geeft Delfstra daarvoor?<sup>1</sup>
  - Ander seksueel gedrag bij vrouwen met BV
  - Hogere klaring HPV-infecties bij vrouwen met gezonde vaginale flora
  - Lagere vaccinatiegraad tegen HPV bij vrouwen met recidiverende BV
- Renate, 18 jaar, klaagt op het spreekuur over grijswitte afscheiding met een onaangename geur. Zij heeft dit niet eerder gehad. Bij speculumon-

derzoek is er dunne, grijswitte fluor met een rottevisgeur (verergerend na druppel KOH). Is dit voldoende voor de diagnose BV?<sup>1,2</sup>

- Ja.
- Nee, aantonen van 1 extra criterium is noodzakelijk (pH fluor > 4,5 of clue-cellen).
- Nee, aantonen van 2 extra criteria is noodzakelijk (pH fluor > 4,5 en clue-cellen).

- BV in de zwangerschap geeft een iets groter risico op vroeggeboorte, late miskraam en infecties bij de moeder. Wat is het beleid bij BV in de zwangerschap?<sup>2</sup>

- Niet behandelen vanwege het risico op bijwerkingen van medicatie.
- Altijd behandelen om de complicaties te voorkomen.
- Alleen behandelen bij hinderlijke klachten (net als bij niet-zwangeren).

- Bij meerdere (of nieuwe) seksuele partners neemt de kans op BV toe. Is het beleid om de partner daarom mee te behandelen als de vrouw BV heeft?<sup>2</sup>

- Ja
- Nee

- De *Lactobacillus*-bacterie werkt beschermend op de vaginale flora. Antibioticagebruik verlaagt het aantal

lactobacillen in de vaginale flora. De disbalans die ontstaat speelt een rol bij BV. Metronidazol doodt de *Gardnerella*-bacterie. Wat doet het middel op de lactobacillen?<sup>3</sup>

- Het totaal aantal lactobacillen daalt; hetzelfde effect als bij andere antibiotica.
- Het totaal aantal lactobacillen stijgt.
- Het totaal aantal lactobacillen blijft gelijk.

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

## LITERATUUR

- Delfstra NS, Uijen AA, Vos MC, Akkermans RP, Lagro-Janssen AL, Teunissen DA. Recidiverende bacteriële vaginose. Huisarts Wet 2023;66(10):10-5. DOI: 10.1007/s12445-023-2333-5.
- NHG-werkgroep Fluor vaginalis. NHG-Standaard Fluor vaginalis. richtlijnen.nhg.org. Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht, 2016 [laatste aanpassing juni 2023].
- Armstrong E, et al. Metronidazole treatment rapidly reduces genital inflammation through effects on bacterial vaginosis-associated bacteria rather than lactobacilli. J Clin Invest 2022;132:e152930.

## ANTWOORDEN

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

# Incognito in de spreekkamer: systemische lupus erythematosus

Wietske Lambers, Karina de Leeuw, Joanne Fokkema

**Systemische lupus erythematosus is lastig te herkennen omdat de symptomen zo divers zijn en niet altijd gelijktijdig voorkomen. Deze aandoening kan plotseling opkomen of zich over langere tijd ontwikkelen. We zien dan ook geregeld een diagnostische vertraging van een aantal jaren. Vroege behandeling is echter noodzakelijk, zodat we orgaanschade en mortaliteit kunnen helpen voorkomen. Hoe sporen we deze moeilijk te onderscheiden aandoening op?**

Systemische lupus erythematosus (SLE) is een zeldzame systemische auto-immuunziekte. De ziekte kan zich manifesteren met een grote verscheidenheid aan symptomen, waarbij bijna alle organen betrokken kunnen zijn. De meest voorkomende symptomen zijn gewrichtsklachten, huidafwijkingen, alopecia en het raynaudfenomeen.<sup>1,2</sup> Het woord 'lupus' is ontleend aan het Latijnse woord voor wolf, omdat de huidafwijkingen kunnen doen denken aan een wolvenbeet. Door de verscheidenheid van klachten is de ziekte vaak moeilijk te herkennen, wat ook weerspiegeld wordt in een mediane doctor's delay van 2 jaar.<sup>3</sup> De prevalentie is ongeveer 40-80 op de 100.000 mensen in West-Europa. Dat komt neer op 1-2 patiënten per huisartsenpraktijk, uitgaande van 2095 patiënten. SLE komt vaker voor bij patiënten van Afrikaanse, Spaanse en Aziatische afkomst.<sup>4</sup> Vrouwen zijn verreweg het meest aangedaan (90% van de patiënten) en de ziekte manifesteert zich vaak in de vruchtbare leeftijd, maar komt ook bij kinderen of ouderen voor. SLE is goed te behandelen, maar niet te genezen. Vroege diagnose is van belang om orgaanschade te voorkomen en mortaliteit te beperken. We geven een beschrijving van de ziekte, waarmee we de vroege herkenning van SLE willen verbeteren.

## ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

SLE kan zowel sluimerend als acuut beginnen en de verschijnselen hoeven zich niet gelijktijdig voor te doen. Deze aandoening gaat vaak gepaard met constitutionele symptomen, zoals koorts (50%), vermoeidheid (80-100%) of gewichtsverlies. [Figuur 1] toont een schematische weergave van veelvoorkomende symptomen.

De anamnese is breed, met aandacht voor koorts, gewichtsverlies, huidafwijkingen, haaruitval, gewrichtsklachten, thoracale pijn, het raynaudfenomeen, klachten van slijmvliesulcera en perifeer oedeem.

## CASUS: EEN VROUW MET PIJN IN HAAR HANDEN

Een 29-jarige vrouw komt op uw spreekuur omdat ze pijn in haar handen heeft en vermoeid is. Vooral 's morgens heeft ze pijn en zijn alle vingers stijf, wat ongeveer een uur aanhoudt. Desgevraagd heeft ze ook gemerkt dat de ring- en middelvingers van beide handen rood en gezwollen zijn. Ze heeft geen koorts of gewichtsverlies en is de afgelopen tijd niet ziek geweest. Twee jaar geleden is eenmalig een videoconsult gedaan, toen ze een maculopapulaire huiduitslag had op de door de zon beschenen huid. U heeft die toen geduid als zonneallergie/polymorfe lichteruptie. Bij lichamelijk onderzoek ziet u een artritis van de PIP-gewrichten van de ring- en middelvinger van beide handen. In de mond heeft ze een aft. De huid is rustig, maar op de strekzijde van de armen ziet u hypopigmentatie op de plaatsen waar ze eerder de zonneallergie had.

Het bekendste en ook meest specifieke verschijnsel is het vlindevormig exantheem – ook wel acute cutane lupus erythematosus (ACLE) genoemd. Deze vorm gaat vaak gepaard met systemische SLE en doet zich in 50% van de gevallen voor als eerste manifestatie.<sup>1</sup> Er zijn nog meer vormen van cutane lupus, zoals chronische discoïde lupus erythematosus (CDLE) [figuur 2] en subacute cutane lupus erythematosus (SCLE) [figuur 3], die beide niet altijd samengaan met systemische verschijnselen.

## Andere huidafwijkingen

Fotosensibiliteit is kenmerkend voor vrijwel alle vormen van cutane lupus: de huidafwijkingen doen zich vooral voor op de zonbeschenen huid (de hoofdhuid, de buigzijde van de armen, het coeur), zijn verheven en niet wegdrukbaar. Ze blijven vaak dagen tot weken zichtbaar. Daarnaast komt alopecia veel voor bij SLE.

Ook ulcera of aften, zowel oraal als genitaal, kunnen een uiting zijn van SLE. Vaak gaat het dan om terugkerende aften.

## Gewrichtsklachten

Gewrichtsklachten zien we bij ruim 50% van de gevallen als eerste manifestatie en bij zo'n 90% komen ze tijdens het gehele ziektebeloop voor. Het gaat hierbij onder andere om artralgieën, dan wel artritis, meestal symmetrische polyartritis, waarbij vooral knieën, carpale gewrichten en proximale vingergewrichten betrokken zijn. De gewrichtsklachten kunnen vluchtig zijn en binnen 24 uur weer verdwijnen, en zijn meestal niet-erosief.

## Raynaudfenomeen

Bij ongeveer de helft van de SLE-patiënten is sprake van het raynaudfenomeen, dat wordt gekenmerkt door trifasische verkleuring (wit-blauw-rood) van de acra bij expositie aan kou. Overweeg verwijzing naar de tweede lijn wanneer er sprake is van een combinatie met andere klachten die kunnen duiden op een auto-immuunziekte (zoals koorts, huidafwijkingen of gewrichtsklachten).

### CASUS (VERVOLG)

U besluit bloedonderzoek te doen. Er blijkt sprake van een milde leukopenie ( $3,6 \times 10^9/L$ ), een milde normocytair anemie (Hb 7,1 mmol/L, MCV 80 fl) en een normaal trombocytengetal. Het CRP is 15 mg/L. De nierfunctie is ongestoord, het TSH wijkt niet af.

## AANVULLEND ONDERZOEK

Bij SLE zien we vaak afwijkingen in het bloedbeeld. Zowel leukopenie (waarbij vooral de lymfocyten verlaagd zijn), anemie als trombopenie kan voorkomen.

Een belangrijk deel van de morbiditeit en mortaliteit van SLE komt voort uit nierbetrokkenheid, of lupus nefritis, die zich kenmerkt door leukocyturie, erythrocyturie en proteïnurie. Dit kan asymptomatisch verlopen, maar kan zich ook uiten in een nefrotisch syndroom met forse proteïnurie, wat gepaard gaat met hypoalbuminemie en perifeer oedeem.

De genoemde uitingen komen het meest voor. Minder vaak zien we pleuritis (ongeveer 20%), pericarditis (20%) en neurologische verschijnselen, zoals polyneuropathie, en psychiatrische uitingen, zoals psychoses (1-3%). In een derde van de gevallen gaat SLE samen met het antifosfolipidensyndroom,

dat zich kenmerkt door zowel arteriële occlusies (CVA, TIA) als veneuze trombotische events (longembolie, trombosebeen) en door herhaalde miskramen.

**Figuur 1**

Veelvoorkomende symptomen van SLE

# Systemische lupus erythematosus

## Neurologische verschijnselen

Polyneuropathie  
Psychiatrische uitingen

Mond en neus  
Ulcera

Hart  
Endocarditis  
Pericarditis

Peritonitis

Nieren  
Erythrocyturie  
Proteïnurie

Koorts  
Algehele malaise  
Haaruitval

Huid  
Vlindervormig exantheem  
en erythemateuze maculae

Longen  
Pleuritis  
Pneumonitis  
Longembolie

Bloed  
Anemie  
Trombopenie  
Leukopenie

Gewrichten  
Artritis  
Artralgieën

## Bloed- en immunologisch onderzoek

Wanneer u vermoedt dat de patiënt SLE heeft, is het nuttig om aanvullend bloedonderzoek te doen, met bepaling van ten minste een bloedbeeld en creatinine, en onderzoek van urine om leukocyturie, erythrocyturie en/of proteïnurie op te sporen. CRP heeft geen toegevoegde diagnostische waarde bij SLE, maar kan eventueel wel helpen bij het overwegen van andere diagnoses.

Het immunologisch onderzoek vindt overwegend in de tweede en derde lijn plaats, omdat daar de meeste ervaring is met het indiceren en interpreteren van vervolgonderzoek. Bij SLE is vooral onderzoek naar antinucleaire antistoffen (ANA) van belang. De uitslag hiervan geven we over het algemeen weer met een titer, die aangeeft bij welke verdunning de ANA nog aantoonbaar zijn. Hoe hoger de titer, hoe meer antistoffen aanwezig zijn. Een titer van 1:40 komt in 25% van de gezonde bevolking voor en daarom is pas een ANA met een titer 1:80 klinisch relevant. Een



## DE KERN

- Systemische lupus erythematosus (SLE) is een zeldzame systemische auto-immuunziekte, met een grote verscheidenheid aan klinische symptomen, zoals huidafwijkingen, gewrichtsklachten en nierproblemen.
- Hoewel de symptomen zich vaak duidelijk manifesteren, kan SLE toch moeilijk te herkennen zijn omdat de klachten vaak niet specifiek zijn, en ook niet gelijktijdig optreden. Er treedt dan ook vaak diagnostische vertraging op.
- Een betere herkenning van het ziektebeeld en dus eerdere opsporing van SLE maakt vroege behandeling mogelijk en kan helpen morbiditeit te voorkomen.

negatieve ANA-test (titer < 1:40) sluit SLE vrijwel uit. ANA kunnen verder worden gespecificeerd in bijvoorbeeld anti-SSA, anti-Smith of anti-RNP. Anti-dubbelstrengs DNA is de meest specifieke test voor de diagnose SLE, maar komt slechts bij 50% van de SLE-patiënten voor. Tot slot treedt er bij actieve SLE vaak (maar niet altijd) verbruik op van complementfactoren 3 en 4, waardoor deze in het bloed verlaagd zijn.

## DIAGNOSE

Vroege herkenning van SLE is van belang om op tijd met een behandeling te kunnen starten. Eerder starten met medicamenteuze therapie kan orgaanschade en mortaliteit beperken.<sup>5</sup> De diagnose SLE wordt gesteld op basis van de combinatie van klinische symptomen en immunologische kenmerken. De differentiële diagnose kan veel andere ziektebeelden bevatten en het is met name de combinatie van verschijnselen die u op het spoor van SLE brengt. De symptomen kunnen lijken op die van infecties (bijvoorbeeld virale pericarditis of reactieve

artritis bij infectie), zonneallergie, lymfoom (bijvoorbeeld vermoeidheid, koorts, afvallen) of andere auto-immuunziekten (bijvoorbeeld reumatoïde artritis).

## Classificerende criteria

Omdat diagnostische criteria ontbreken, maken we gebruik van classificerende criteria, die ontwikkeld zijn voor wetenschappelijke doeleinden. Die criteria zijn onlangs herzien door een internationale consensuswerkgroep en kunnen als leidraad voor de diagnostiek gebruikt worden.<sup>6</sup> Alleen patiënten met een relevante titer van antinucleaire antistoffen (ANA) classificeren we als SLE. De overige immunologische en klinische verschijnselen zijn onderverdeeld in domeinen, waaraan punten worden toegekend; een score van ten minste 10 punten leidt tot een classificerende diagnose.

## PATHOFYSIOLOGIE

De ontstaanswijze van SLE is complex en multifactorieel bepaald. Bij het ontstaan van de ziekte is zowel sprake van een genetische variatie in de transcriptie van eiwitten die betrokken zijn bij regulering van apoptose of het immuunsysteem, als van omgevingsfactoren die het ziekteproces beïnvloeden. Voorbeelden van die laatste zijn virusinfecties (zoals EBV), hormonen of uv-straling. Er kan een lange aanloopfase zijn bij het ontstaan van SLE. Retrospectief onderzoek heeft laten zien dat auto-antistoffen al 9 jaar voor de eerste symptomen detecteerbaar kunnen zijn.<sup>7,8</sup>

Zowel het aangeboren als het verworven immuunsysteem is betrokken bij de pathogenese. De etiologie laat zich samenvatten in 3 belangrijke processen.<sup>9</sup> Ten eerste faalt de opruiming van apoptotische ('dode') cellen. Daardoor kan de celinhoud, waaronder celkernbestanddelen, worden blootgesteld aan afweercellen. Ten tweede: afweercellen met een signaalfunctie (antigeenpresenterende cellen) kunnen deze bestanddelen ten onrechte als 'vreemd' markeren en een afweerreactie op gang

**Figuur 2**

Chronische discoïde lupus erythematosus



**Figuur 3**

Subacute cutane lupus erythematosus



brenge. B-cellen produceren in dit geval auto-antistoffen, die een uitgebreid ontstekingsproces in gang kunnen zetten. Ten derde wordt bij deze afweerreactie het complementeiwit verbruikt. Verlaagd complement in het bloed van SLE-patiënten wijst op ziekteactiviteit. Uiteindelijk ontstaat weefselschade door overmatige immunosuppressie en het neerslaan van immunocomplexen.

## BEHANDELING EN BELOOP

Zoals bij veel auto-immuunziekten bestaat de behandeling van SLE uit het onderdrukken van het immuunsysteem om de ziekte in remissie te brengen, en zo opvlammingen en weefselschade te voorkomen. Opvallend genoeg zijn er maar enkele gerandomiseerde gecontroleerde trials verricht naar de behandeling van SLE en zijn de huidige richtlijnen vooral gebaseerd op expert opinions. In Nederland hanteren we de richtlijn van de EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology).<sup>10</sup> Onlangs heeft de Nederlandse Vereniging van Reumatologie (NVR) een nieuwe richtlijn opgesteld.<sup>11</sup>

Adviseer patiënten met SLE of cutane lupus om uv-licht te vermijden en zich te beschermen met zonnebrand met beschermfactor 50. Gebruik van vitamine D moet om deze reden overwogen worden. Roken is gerelateerd aan een ernstiger beloop van SLE en dient ontraden te worden.

### Medicamenteuze therapie

De basis van de behandeling bestaat uit hydroxychloroquine. Dit is een immunomodulerend middel, dat invloed heeft op verschillende signaaleiwitten. Van dit medicijn is aangetoond dat het de SLE-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit significant verlaagt. Behandel daarom alle SLE-patiënten hiermee, tenzij er contra-indicaties zijn. Het middel heeft vooral effect op lupus van de huid en gewrichten.

Bij SLE-gerelateerde klachten zonder betrokkenheid van vitale organen geeft u tijdelijk glucocorticoiden en NSAID's. Verder behandelt u, afhankelijk van het betrokken orgaan, met zwaardere immunosuppressiva. Bij lupus nefritis geeft u primair prednisolon en mycophenolaatmofetil of cyclofosfamide. Bij neuropsychiatrische SLE krijgt de patiënt cyclofosfamide. Nieuwere behandelingen zijn de monoklonale antilichamen rituximab (gericht tegen CD-20 op B-cellen), belimumab (gericht tegen B-celactiverende factor) en anifrolumab (gericht tegen interferonen). Deze middelen kunnen een toegevoegde waarde hebben wanneer de genoemde medicatie onvoldoende effect heeft.

Wees bij patiënten die onder behandeling zijn voor SLE alert op de immuungecompromitteerde status. De ziekte zelf, maar vooral ook de medicamenteuze therapie, verhoogt het risico op infecties.

### Beloop en kwaliteit van leven

Het chronische beloop wordt meestal gekenmerkt door periodes van opvlammingen, afgewisseld met ziekeremissie. De morbiditeit wordt bij SLE niet alleen bepaald door de ziekte

## CASUS (VERVOLG)

De afzonderlijke klachten van de vrouw in de casus doen misschien niet meteen aan SLE denken. Toch zijn er verschillende aanwijzingen voor SLE. Het gaat om een vrouw in de vruchtbare leeftijd, met in het verleden door zonlicht geïnduceerde huidafwijkingen, die artritis heeft. Bovendien heeft ze een aft in de mond. Deze combinatie van verschijnselen kunnen wijzen op SLE en rechtvaardigt een overleg of verwijzing naar de tweede lijn.

zelf, maar ook door bijwerkingen van de medicamenten, zoals hypertensie, dyslipidemie, diabetes mellitus (bij steroïdegebruik) en osteoporose. Bedenk dat deze orgaanschade dus zowel door de ziekte zelf kan ontstaan, als door de medicatie. De kwaliteit van leven is verminderd als gevolg van de symptomen, maar ook door bijwerkingen van immunosuppressieve medicatie, zoals steroïden. Pijn, vermoeidheid, angst en depressie zijn de meest gemelde klachten met een impact op de kwaliteit van leven.<sup>6</sup>

## CONCLUSIE

SLE is een auto-immuunziekte waarvan vroege herkenning van belang is voor adequate behandeling en om weefselschade te voorkomen. Behalve het vliedervorming exantheem zijn er ook minder in het oog springende symptomen die op de SLE kunnen wijzen. Vooral bij een jonge vrouw met huidafwijkingen en gewrichtsklachten, al dan niet in combinatie met systemische klachten als koorts, is het goed om aan SLE te denken. Een negatieve ANA sluit SLE nagenoeg uit. Overleg met of verwijs naar een reumatoloog of internist-immunoloog voor verdere diagnostiek en vroege behandeling. ■

## LITERATUUR

1. Mosca M, Touma Z, Costenbader KH, Hoyer BF, Tani C, Fine A, et al. Brief Report: How do patients with newly diagnosed systemic lupus erythematosus present? A multicenter cohort of early systemic lupus erythematosus to inform the development of new classification criteria. *Arthritis Rheumatol* 2019;71:91-8.
2. Rees F, Doherty M, Lanyon P, Davenport G, Riley RD, Zhang W, et al. Early clinical features in systemic lupus erythematosus: can they be used to achieve earlier diagnosis? A risk prediction model. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69:833-41.
3. Doria A, Zen M, Canova M, Bettio S, Bassi N, Nalotto L, et al. SLE diagnosis and treatment: when early is early. *Autoimmun Rev* 2010;10:55-60.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Lambers WM, De Leeuw K, Fokkema J. Incognito in de spreekkamer: systemische lupus erythematosus. *Huisarts Wet* 2023;66[10]:50-3. DOI:10.1007/s12445-023-2338-0. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Interne geneeskunde, Groningen: W.M. Lambers, internist vasculaire geneeskunde, [w.m.lambers@umcg.nl](mailto:w.m.lambers@umcg.nl); K. de Leeuw, internist klinische immunologie. Huisartsenpraktijken Seinhorst, Hilversum: J. Fokkema, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Groene nagel

Saskia Valstar, Just Eekhof

**Een groene nagel ontstaat vaak doordat een bacterie (meestal *Pseudomonas*) zijn kans grijpt na een andere infectie of na een beschadiging. Droog houden en kunstnagels vermijden zijn het beste advies. De klacht verdwijnt vaak vanzelf binnen een jaar. Nagelkweken zijn niet erg sensitief en voor de effectiviteit van medicamenteuze behandelingen is weinig bewijs.**

Een groen verkleurde vinger- of teennagel wordt ook wel *green nail syndrome* of syndroom van Goldman-Fox genoemd. Kenmerkend zijn naast de verkleuring proximale paronychia en distale onycholyse.<sup>1</sup> Men spreekt over het algemeen van chloronychia als de verwekker een bacterie is en van viridionychia als de verwekker een schimmel is.<sup>2</sup>

## ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Een groene nagel is een zich geleidelijk uitbreidende groene verkleuring van de nagel, meestal van distaal naar proximaal. De oorzaak is infectie van een nagel die al is beschadigd door een (schimmel)infectie, trauma of onderliggende aandoening zoals psoriasis. Als de barrièrefunctie van de buitenste laag van de nagel is verstoord, kunnen andere, bacteriële infecties zich makkelijker verspreiden. Schimmelinfecties creëren tunnelachtige structuren in het keratine van de nagel, waarin infecties zich kunnen verspreiden.<sup>3</sup>

Een veelvoorkomende verwekker van chloronychia is *Pseudomonas aeruginosa*. Als de verkleuring meer naar (groen)-geel neigt, kan ook *Pseudomonas oryzihabitans* de verwekker zijn.<sup>4</sup> Deze gramnegatieve bacterie produceert de pigmenten pyocyanine en pyoverdine, waardoor het nagelbed groen verkleurt.<sup>1</sup> Een groene nagel is vaak secundair aan andere nagelafwijkingen en -beschadigingen door bijvoorbeeld onychomycose, trauma of psoriasis.<sup>5,6</sup> Andere predisponerende factoren zijn het dragen van kunstnagels, nagelbijten en hyperhidrose.<sup>7</sup> Bij vingernagels houdt de klacht vaak verband met het werk. Kleine, retrospectieve onderzoeken laten zien dat frequente blootstelling aan water, zeep en wasmiddelen bij bijvoorbeeld schoonmakers, kappers en zorgmedewerkers de kans op

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat later dit jaar wordt gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk* [9e dr.] onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Annemarije Kruis, Tobias Bonten, Annelieke Petrus. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2023. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

## Figuur

Een groene teennagel



groene nagels door *Pseudomonas aeruginosa* verhoogt.<sup>1</sup> De klachten kunnen lang aanhouden, gemiddeld 12 maanden. Uit een aantal kleine onderzoeken blijkt dat de meeste patiënten (79%) 1 groene nagel hebben, het vaakst is dat de nagel van grote teen of duim (85-95%). Teennagels (60-80%) zijn vaker aangedaan dan vingernagels (20-40%). De verwekkers die bij kweken het vaakst gevonden werden, waren pseudomonassoorten (35%), coagulase-negatieve stafylokokken (29%), *Enterococcus faecalis* (12%) en grampositieve bacteriën (4%). Bij 65-68% van de patiënten is er naast de bacteriële infectie ook sprake van onychomycose.<sup>8,9</sup>

## DIFFERENTIAALDIAGNOSE

In de differentiaaldiagnose staan onychomycose, subunguaal hematoom, neurooom of melanoom, en exogene pigmentatie (eosine, metyhlenblauw, henna, tabak).<sup>1,3,10</sup>

Naast pseudomonassoorten zijn ook andere verwekkers beschreven, waaronder candidasoorten (*C. albicans*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*), *Citrobacter braaki* en *Stenotrophomonas maltophilia*.<sup>2</sup> *Candida parapsilosis* wordt vaker gezien bij immunogecompromitteerde patiënten, bijvoorbeeld na chemotherapie.<sup>2</sup>

## EPIDEMIOLOGIE

Specifieke incidentie- en prevalentiecijfers voor groene nagels ontbreken. Huisartsen registreren jaarlijks ICPC-code S22

(symptomen/klachten nagels) bij 3 per 1000 patiënten en ICPC-code S94 (ingegroeide teennagel/ andere nagelaandoening) bij 7,9 per 1000 patiënten.<sup>11</sup> Groene nagels komen wellicht iets vaker voor bij vrouwen: de man-vrouwverdeling is 1 op 1-2,8.<sup>8,9</sup>

#### WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

De patiënt presenteert zich bij de huisarts meestal alleen met een groen verkleurde nagel.

### ANAMNESE EN ONDERZOEK

#### Anamnese

- Duur van de klachten.
- Risicofactoren:
  - Zweet de patiënt veel?
  - Is de patiënt een nagelbijter?
  - Was er eerder sprake van een schimmelnagel of andere nagelaandoening?
  - Is er een trauma van de nagel aan voorafgegaan?
  - Heeft de patiënt andere aandoeningen die ook de nagels betreffen?
  - Verkeert de patiënt veel met handen of voeten in een natte omgeving?

#### Lichamelijk onderzoek

Meestal zijn slechts 1-2 nagels aangedaan. De verkleuring kan naast groene ook blauwe, gele of bruine aspecten bevatten. De verkleuring kan proximaal of distaal zijn, of zich over de hele nagel uitstrekken.

De nagel zelf is vrijwel altijd pijnloos. De nagelwal en de omringende huid kunnen erythemateus en gevoelig zijn.<sup>1</sup> Bij 87% van de gevallen is er sprake van onycholyse.<sup>5</sup>

Huisartsen die zijn geschoold in het gebruik van een dermatoscoop kunnen zoeken naar aanwijzingen voor onychomycose en *spikes*. Bij *Pseudomonas aeruginosa* zijn vaak streepachtige verkleuringen te zien.

#### Aanvullend onderzoek

Met een nagelkweek kan de verwekker worden achterhaald, waarna gerichte behandeling mogelijk is. Wanneer de infectie vochtig is, kan een swab worden afgenomen. Bij een droge infectie kan een stukje geïnfecteerde nagel worden opgestuurd. Nagelkweken zijn echter weinig sensitief en gevoelig voor contaminatie, dus het is de vraag hoe zinvol een nagelkweek is.<sup>9</sup>

### BELEID

De aandoening verdwijnt bij de meeste patiënten spontaan na ongeveer 12 maanden. Als de patiënt geen klachten heeft, is medicamenteuze behandeling niet nodig. Geef de volgende adviezen om de klachten beperkt te houden.

- Houd de nagels droog en vermijd zo veel mogelijk een natte omgeving.
- Verminder de hinder door de randen van de nagel te vijlen en eventuele kunstnagels te verwijderen.

### DE KERN

- De verwekker van een groene nagel is meestal *Pseudomonas aeruginosa*.
- Een nagelkweek is weinig specifiek en gevoelig voor contaminatie.
- Predisponerende factoren zijn onychomycose, trauma, psoriasis, kunstnagels, nagelbijten en hyperhidrose.
- Lokale therapie is de beste behandeling.

Wanneer de patiënt last van de nagel blijft houden en toch een behandeling wil, overweeg dan proefondervindelijk lokale behandeling. Omdat er meestal geen kweek wordt afgenomen, zal deze behandeling eerst zijn gericht op bacteriën, met name *Pseudomonas*. Als het ene middel niet werkt, ga dan over op een ander middel. Er zijn meerdere opties: ontsmettende middelen (verkrijgbaar bij de apotheek) of lokale antibiotica.

- Als ontsmettende middelen kunnen natriumhypochloriet 0,5%, azijnzuur 3% of zilverulfadiazinecrème 2 dd gedurende 1-4 maanden worden toegepast.<sup>1</sup>
- Bij vermoeden van *Pseudomonas* is in case-reports proefondervindelijke de toepassing beschreven van gentamicine oogdruppels 3 mg/ml en polymyxine B oordruppels 0,1% 2 dd. Na 3 weken begon de normale kleur van de nagel terug te keren en in een retrospectief onderzoek werd na 3 maanden complete remissie gezien bij alle patiënten.<sup>12,13</sup>
- Bij vermoeden van *Candida* kan lokaal ketoconazolcrème worden toegepast, al is dit vaak minder succesvol dan systemische behandeling.<sup>2</sup>

Overweeg een systemische behandeling wanneer de klachten aanhouden en de lokale behandeling niet het gewenste effect heeft. Een vereiste is wel dat de verwekker en de gevoeligheid met een kweek zijn aangetoond.

- Bij *Pseudomonas*: ciprofloxacine 2 dd 500 mg gedurende 14 dagen.<sup>6</sup>
- Bij *Candida*: vingernagels itraconazol 1 dd 200 mg gedurende 6 weken of als pulstherapie; teennagels: terbinafine 1 dd 250 mg gedurende 3 maanden.<sup>14</sup>

Als ook systemische medicatie niet afdoende is, valt chirurgische (partiële) nagelextractie te overwegen.<sup>1</sup>

#### WAT IS AANGETOOND?

Wetenschappelijk onderzoek naar de beste behandeling ontbreekt. Wij vonden geen RCT's of klinische trials naar de behandeling van groene nagels of pseudomonasinfecties van de nagel.

### WANNEER VERWIJZEN?

Een groene nagel is op zichzelf geen indicatie voor verwijzing. Verwijs laagdrempelig als een subunguaal neurooom of melanoom niet kan worden uitgesloten.

## PREVENTIE EN VOORLICHTING

Voor de preventie van groene nagels gelden dezelfde adviezen als voor onychomycose. Vermijd manipulatie van vinger- en teennagels. Was de voeten het liefst zonder zeep en droog ze goed af met een aparte handdoek. Draag schone, katoenen of wollen sokken en goed ventilerende, niet te nauwe schoenen. ■

## LITERATUUR

1. Schwartz RA, Reynoso-Vasquez N, Kapila R. Chloronychia: The Goldman-Fox syndrome: implications for patients and healthcare workers. *Indian J Dermatol* 2020;65:1-4.
2. Forouzan P, Cohen PR. Fungal viridionychia: onychomycosis-in-

duced chloronychia caused by candida parapsilosis-associated green nail discoloration. *Cureus* 2021;13:e20335.

3. Gish D, Romero BJ. Green fingernail. *J Fam Pract* 2017;66:E7-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Valstar SD, Eekhof JA. Groene nagel. *Huisarts Wet* 2023;66(10):54-6. DOI:10.1007/s12445-023-2330-8.

Leiden: S.D. Valstar, basisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden, [j.a.h.eekhof@lumc.nl](mailto:j.a.h.eekhof@lumc.nl).

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Uw diagnose

# Oplossing 'Perianale papels'

Er is hier sprake van een variant van luijdermatitis, oftewel erythema papulosum posterosivum van Jacquet. Het klassieke beeld daarvan zijn perianale erosieve papels of noduli bij niet-zindelijke patiënten of anderszins slechte hygiënische omstandigheden. De behandeling is niet anders dan die bij een 'normale' luijdermatitis. De ouders krijgen het advies om vochtige doekjes te vervangen door vette doekjes op oliebasis en om na elke ontlasting direct feces te verwijderen. Ze starten met hydrocortisonzalf, de eerste 2 weken elke dag eenmaal per dag ('s avonds) en vanaf week 3 eenmaal per dag 4 opeenvolgende dagen van de week, gevolgd door 3 stopdagen. Daarnaast gaan de ouders op advies van de dermatoloog na elke keer verschonen van een luier zinkzalf dik aanbrengen ter indroging en bescherming van de huid in geval van nieuwe (nog niet ontdekte) mictie of defecatie. Ongeveer 1 maand later wordt vrijwel volledige remissie bereikt [figuur 1]. Condylomata acuminata hebben vrijwel altijd een verruceus (bloemkoolachtig) aspect en zijn in de regel vaak gesteeld, maar nooit erosief (tenzij behandeld).

Mollusca contagiosa zijn ook niet erosief, maar huidkleurig met een duidelijke centrale delle. Wanneer het erosieve aspect

nog niet volledig ontwikkeld is, kan erythema papulosum posterosivum van Jacquet soms erg lijken op mollusca contagiosa [figuur 2]. Overweeg in dit geval een bioptafname. Mollusca contagiosa hebben een heel klassiek histopathologisch beeld. Eventuele behandeling met corticosteroiden zorgt ervoor dat de verschijnselen van mollusca contagiosa juist toenemen. Tot slot zien we bij eczema seborrhoicum infantum geen papuleus beeld, maar vaak erythematosquameuze plaques, waarbij juist de lichaamplooien zijn aangedaan (in tegenstelling tot luijdermatitis, waar lichaamplooien relatief gespaard blijven op plekken waar huid op huid 'geplakt' zit, waardoor irritatieve stoffen zoals urine of feces dit gedeelte van de huid niet kunnen aantasten).

## LITERATUUR

1. Huidziekten.nl. Erythema papulosum posterosivum Jacquet (Jacquet's erosive diaper dermatitis). Beschikbaar via: <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/etxt/ErythemaPapulosum-Posterosivum.htm>. Geraadpleegd op 21 maart 2023.
2. Draijer LW, Folmer H. NHG-Behandelrichtlijn Luijdermatitis. [richtlijnen.nhg.org](http://richtlijnen.nhg.org). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2006. Geraadpleegd op 21 maart 2023.

**Figuur 1**

Perianale papels in volledige remissie



**Figuur 2**

Mollusca contagiosa met kenmerkende delle



# Hypocriet

**‘Het was fantastisch: een echte giraf, helemaal in het wild, zo voor mijn neus.’**

Opgewonden vertelt een collega-huisarts over de nascholingsreis in Tanzania. Met 46 huisartsen en specialisten is hij voor 9 dagen naar Afrika gevlogen onder het motto: “Samen zorgen voor de toekomst”. De reis kwam tot stand in samenwerking met een organisatie die medische zorg wil verbeteren voor de allerarmsten in Afrika.

Is dat nou echt zo goed voor de toekomst van de allerarmsten in Afrika: met 46 mensen 7000 kilometer heen en 7000 kilometer terugvliegen? De luchtvaart stoot enorme hoeveelheden CO<sub>2</sub> uit, waardoor de aarde verder opwarmt en het klimaat verandert. Het zijn met name de mensen in ontwikkelingslanden die last hebben van klimaatverandering. Door droogte, natuurrampen en daarmee samenhangende voedseltekorten wordt hun gezondheid geschaad. Wereldwijd zijn er jaarlijks miljoenen klimaatvluchtelingen. Afrika lijkt het zwaarst getroffen.

Als we echt willen zorgen voor de gezondheid van de allerarmsten, zouden we minder CO<sub>2</sub> moeten uitstoten. Een snoepreisje met 46 personen naar Tanzania helpt daar niet bij. Een reis naar Cuba over “samenwerking dichtbij” voor huisartsen en apothekers ook niet. Waarom praten over “wijkgericht werken” in een Boeing 737 en niet in een buurthuis om de hoek? Wat helemaal niet helpt zijn de Experience Points (XP) van KLM. Een oud-studiegenoot legt me uit hoe dit werkt. Hij boekt als hij naar een buitenlands congres gaat bewust veel tussenstops. ‘Die leveren XP-punten op.’ Door een klein bedrag boven op de ticketprijs te betalen voor dubieuze CO<sub>2</sub>-compensatie, krijgt hij ook XP-punten. Met al zijn verzamelde punten verdient hij privileges die hem aanmoedigen nog meer te vliegen.

Wie ben ik om te wijzen? Ik heb net een uitwisselingsscholier uit India naar Schiphol gereden in een benzineauto. Hij vliegt met 18 klasgenoten terug naar huis. Hij was een week bij ons te gast. Ik mis de jongen. Ik mis de Aziatische, kruidige geur in huis en de groep van gemixte culturen die tafeltenniste in onze achtertuin. Ik vond het fantastisch! ■

*Tasja de Koning, huisarts en docent huisartsopleiding*



**‘Een snoepreisje naar Tanzania helpt niet als we echt willen zorgen voor de gezondheid van de allerarmsten’**

# Brandwonden app: nuttig of overbodig?

Vincent van Vugt

Brandwondenzorg Nederland, het samenwerkingsverband van de 3 grote landelijke brandwondencentra, en de Nederlandse Brandwonden Stichting hebben een app ontwikkeld die ondersteuning moet bieden bij de eerste opvang van brandwondenslachtoffers. Volgens de makers behoren huisartsen tot de doelgroep. Het is maar de vraag of dit een nuttig hulpmiddel is voor huisartsen.

De app is gratis toegankelijk via <https://app.brandwondenzorg.nl/>. De startpagina heeft een eenvoudige structuur met 4 categorieën waar je uit kunt kiezen: 'TVLO inschatting', 'Vloeistofresuscitatie', 'Monitoring' en 'Verwijscriteria'. Voor een gemiddelde huisarts, die slechts sporadisch patiënten met brandwonden ziet, zijn dit geen aansprekende termen. Is deze app wel geschikt voor huisartsen?

Wanneer je doorklikt bij TVLO, wat overigens staat voor Totaal Verbrand Lichaams Oppervlak, moet je de leeftijd van de patiënt invoeren. Hierna geef je aan of er meer of minder dan 10% TVLO aangedaan is. Bij minder dan 10% krijg je het advies om de handmethode te gebruiken en bij meer dan 10% gebruik je de regel van 9. Dat is op zich een nuttig advies, dat we ook al kennen uit de NHG-Behandelrichtlijn Brandwonden. Bij te veel TVLO krijg je het advies om vloeistofresuscitatie te starten en contact te zoeken met een brandwondencentrum. Na het invullen van het gewicht van de patiënt vertelt de ingebouwde rekenmachine je vervolgens hoeveel kristalloïde-

plossing je in de eerste 8 uur moet toedienen. Dit is ongetwijfeld nuttige informatie voor ziekenhuisartsen (en mogelijk ambulanceverpleegkundigen), maar huisartsen zullen deze niet gebruiken. Hetzelfde geldt voor de categorie Monitoring, die volledig gericht is op het bijhouden van de urineproductie om de vloeistofresuscitatie te optimaliseren.

Kortom, zowel qua toon als inhoud is de Brandwonden app niet gericht op de huisarts. Complexe richtlijninformatie omzetten in praktijkgerichte applicaties kan goed werken, maar niet als dit alleen maar leidt tot een versnipperd aanbod aan digitale informatiebronnen. Voor huisartsen voegt deze app dus weinig toe. Gelukkig biedt de NHG-Behandelrichtlijn Brandwonden al alles wat we nodig hebben. ■

<b>Naam</b>	Brandwonden app
<b>Makers</b>	Brandwondenzorg Nederland en de Nederlandse Brandwonden Stichting
<b>Doel</b>	Ondersteuning bieden bij de eerste opvang van brandwondenslachtoffers
<b>Platform</b>	Online
<b>Prijs</b>	Gratis
<b>Oordeel</b>	●●●●●



Foto: Shutterstock

# Nieuw onderzoek naar diagnostiek bij geheugenproblemen

Demi Ronner, Edo Richard, Marieke Perry

**Diagnostiek bij geheugenproblemen kan bij ouderen vaak in de eerste lijn plaatsvinden. De NHG-Standaard Dementie stimuleert dat ook. Toch worden de meeste dementiediagnoses op geheugenpoliklinieken gesteld. Is diagnostiek bij de huisarts net zo goed als op de geheugenpolikliniek?**

In 2021 werd bij naar schatting 21.800 mensen in Nederland dementie vastgesteld.<sup>1</sup> Ongeveer 60% van de dementiediagnoses wordt op een geheugenpolikliniek gesteld, ook al kan de huisarts dat ook goed zelf doen.<sup>2,3</sup>

De vraag is of een patiënt met geheugenproblemen wel beter af is met diagnostiek op een geheugenpoli. Juist bij een aandoening als dementie, waarvoor geen effectieve ziekteremmende behandeling bestaat, spelen ook andere aspecten dan diagnostische accuratesse een rol, zoals het dagelijks functioneren, de kwaliteit van leven en andere voor patiënten belangrijke uitkomsten. De setting waarin diagnostiek plaatsvindt, bepaalt mogelijk de mate van aandacht voor deze aspecten.

Hier is tot op heden geen onderzoek naar gedaan.

Een RCT is de beste manier om vrij van bias, in het bijzonder *confounding by indication* en selectiebias, een uitspraak te kunnen doen over de toegevoegde waarde van verwijzing.<sup>4</sup>

Daarom verrichten we een gerandomiseerd onderzoek met een *non-inferiority design*, waarbij we beide diagnostische trajecten met elkaar vergelijken, met een follow-up duur van 2,5 jaar. Via diverse huisartsenpraktijken en zorggroepen werven we patiënten van 70 jaar en ouder met geheugenproblemen. De primaire uitkomstmaat is dagelijks functioneren, omdat alle symptomen van dementie uiteindelijk dat aspect beïnvloeden en zelfstandig kunnen (blijven) wonen voor veel ouderen belangrijk is. We meten deze uitkomstmaat met behulp van de A-IADL-Q-SV, een korte voor de onderzoekspopulatie gevalideerde vragenlijst.<sup>5</sup> Ook nemen we kosteneffectiviteit, diagnostische accuratesse, kwaliteit van leven en belasting voor de mantelzorger mee. We verwachten dat de uitkomsten niet slechter zullen zijn in de eerste lijn.

Inclusie van patiënten is in juli 2023 gestart. De resultaten van het onderzoek zullen in de loop van 2027 bekend zijn. ■



Is een patiënt met geheugenproblemen beter af met diagnostiek op een geheugenpoli?

Foto: Shutterstock

## LITERATUUR

1. VZinfo. Dementie. Leeftijd en geslacht. 2022. Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl/dementie/leeftijd-en-geslacht>. Geraadpleegd op 3 april 2023.
2. Gruters AAA, Ramakers I, Kessels RPC, Bouwman FH, Olde Rikkert MGM, Blom MM, et al. Development of memory clinics in the Netherlands over the last 20 years. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;34:1267-74.
3. NHG-werkgroep Dementie. NHG-Standaard Dementie. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2020. Geraadpleegd op 1 april 2023.
4. Gluud C, Gluud LL. Evidence based diagnostics. *BMJ* 2005;330:724-6.
5. Jutten RJ, Peeters CFW, Leijdesdorff SMJ, Visser PJ, Maier AB, Terwee CB, et al. Detecting functional decline from normal aging to dementia: Development and validation of a short version of the Amsterdam IADL Questionnaire. *Alzheimers Dement (Amst)* 2017;8:26-35.

Ronner D, Richard E, Perry M Nieuw onderzoek naar diagnostiek bij geheugenproblemen. *Huisarts Wet* 2023;66(10):61. DOI:10.1007/s12445-023-2351-3. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde en Geriatrie, Nijmegen, Nederland: D. Ronner, arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en onderzoeker (aioto), demi.ronner@radboudumc.nl; dr. M. Perry, huisarts-onderzoeker. Afdeling Neurologie: prof. dr. E. Richard, neuroloog, hoogleraar Neurologie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.



# Uitbreiding voorkeursmiddelen binnen de opioïden in NHG-Standaard Pijn

Laura Verbree-Willemsen, Maureen van den Donk

**In de gedeeltelijk herziene NHG-Standaard Pijn zijn de voorkeursmiddelen binnen de sterke opioïden uitgebreid. Oxycodon en buprenorfine zijn toegevoegd als voorkeursmiddelen. Daarnaast hebben we een aanbeveling tegen het gebruik van cannabis bij chronische neuropathische pijn toegevoegd aan de standaard.**

In de NHG-Standaard Pijn worden opioïden geadviseerd bij patiënten met acute nociceptieve pijn in stap 3 en 4 van de pijnladder. In stap 3 (zwakwerkende opioïden) is in Nederland alleen tramadol beschikbaar en is het advies uit de NHG-Standaard onveranderd. Er is echter geen goede onderbouwing

voor een voorkeursmiddel in stap 4 (sterkwerkende opioïden). Daarom zochten we in de literatuur naar bewijs voor verschillen in effectiviteit en veiligheid tussen de verschillende opioïden. Wij vonden geen bewijs dat bepaalde opioïden effectiever zijn of juist meer of minder bijwerkingen geven dan andere opioïden.<sup>1</sup>

## VOORKEURSMIDDELEN BINNEN DE OPIOÏDEN

Als sterkwerkend opioïd wordt morfine al jarenlang veel gebruikt en tot voor kort werd dat middel als voorkeursmiddel aangemerkt in de NHG-Standaard Pijn. Omdat inmiddels ook met oxycodon voldoende ervaring is opgebouwd,

hebben we dit middel nu toegevoegd aan de voorkeursmiddelen binnen de sterkwerkende opioïden.

Als patiënten problemen hebben met orale toediening, kan een pleister worden overwogen. Tot nu toe werd hiervoor fentanyl geadviseerd, vanwege de ervaring met dit middel. In de herziene standaard hebben we buprenorfine als optie toegevoegd: dit middel heeft als voordeel dat het in een lagere dosering kan worden voorgeschreven.

## BEELDVORMING ROND OM OXYCODON

Oxycodon is een aantal jaren geleden in het nieuws geweest, omdat er rechtszaken tegen de fabrikant waren aangespannen vanwege het bagatelliseren van



De voorkeursmiddelen binnen de sterkwerkende opioïden zijn behalve morfine nu ook oxycodon en buprenorfine.

Foto: Unsplash

de verslavende werking van dit middel. De fabrikant gaf bij de introductie aan dat oxycodon nauwelijks bijwerkingen zou hebben, maar dat bleek niet het geval te zijn.<sup>2,3</sup> Alle opioïden geven een risico op verslaving; voor oxycodon is dat niet anders dan voor de andere middelen.

### TERUGDRINGEN VAN OPIOÏDGEBRUIK

Er is de afgelopen jaren veel aandacht geweest voor het terugdringen van opioïdgebruik en dan met name voor oxycodon, omdat het aantal voorschriften daarvan tussen 2008 en 2017 flink was toegenomen.<sup>4</sup> Inmiddels lijkt het gebruik enigszins gestabiliseerd. Voor alle opioïden blijft het echter belangrijk om iedere patiënt eerst adequate voorlichting te geven, samen een goede afweging te maken of deze stap op de pijnladder gewenst is en om de middelen alleen kortdurend voor te schrijven.

### GEEN CANNABIS BIJ CHRONISCHE PIJN

Cannabis werd eerder niet aanbevolen bij patiënten met chronische pijn (buiten de palliatieve fase) en dat blijft in deze herziening zo. Ook in recente onder-

zoeken is niet aangetoond dat cannabis werkzaam is, terwijl er wel bijwerkingen en interacties kunnen optreden.<sup>5-7</sup> Inmiddels is duidelijk dat dit ook geldt voor chronische neuropathische pijn, daarom wordt cannabis nu ook bij deze aandoening specifiek niet aanbevolen. ■

### LITERATUUR

1. Noori A, Sadeghirad B, Wang L, Siemieniuk RAC, Shokoohi M, Kum E, et al. Comparative benefits and harms of individual opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *Br J Anaesth* 2022;129:394-406.
2. NOS. Fabrikant zware pijnstiller OxyContin schikt voor miljarden. 11 september 2019. Geraadpleegd augustus 2023. <https://nos.nl/artikel/2301321>.
3. Van Bommel J. De opioïdenepidemie. *Huisarts Wet* 2019;62:24-5.
4. Kalkman GA, Kramers C, Van Dongen RT, Van den Brink W, Schellekens A. Trends in use and misuse of opioids in the Netherlands: a retrospective, multi-source database study. *Lancet Public Health* 2019;4:e498-e505.
5. Wang L, Hong PJ, May C, Rehman Y, Oparin Y, Hong CJ, et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised

clinical trials. *BMJ* 2021;374:n1034.

6. Fisher E, Moore RA, Fogarty AE, Finn DP, Finnerup NB, Gilron I, et al. Cannabinoids, cannabis, and cannabis-based medicine for pain management: a systematic review of randomised controlled trials. *Pain* 2021;162:S45-s66.
7. McDonagh MS, Morasco BJ, Wagner J, Ahmed AY, Fu R, Kansagara D, et al. Cannabis-based products for chronic pain: A systematic review. *Ann Intern Med* 2022;175:1143-53.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Pijn op [richtlijnen.nhg.org](https://richtlijnen.nhg.org).

Verbree-Willemsen L, Van den Donk M. Uitbreiding voorkeursmiddelen binnen de opioïden in NHG-standaard Pijn. *Huisarts Wet* 2023;DOI:10.1007/s12445-023-2337-1. NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. L. Verbree-Willemsen, wetenschappelijk medewerker; dr. M. van den Donk, senior wetenschappelijk medewerker en epidemioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-Werkgroep bestond uit [alfabetische volgorde]: D. Keizer, W.E. Luiten, F. Schouten, M. van den Donk, C.M.M. Veldhoven, L. Verbree-Willemsen, P.C.T.J. Vossenbergh.

### COLOFON

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

### Redactie

Dr. Gijs Baaten (hoofdredacteur, huisarts), dr. Mariëlle van Avendonk (adjunct-hoofdredacteur, huisarts n.p.), dr. Pieter Buis (huisarts), dr. Susanne Claessen (huisarts), dr. Jacoba Greving (epidemioloog), dr. Annemarije Kruis (huisarts), prof. dr. Jean Muris (huisarts), Ariëtte Sanders (huisarts), dr. Lisanne Stolwijk (huisarts) en dr. Kim van Wijck (huisarts).

### Redactie bureau

Judith Mulder (bladmanager), Ellen Olbers (webredactie), Justus Raap (marketing), Mariëtte de Rie en Lianne van de Meeberg-Krebs (secretariaat), Susan Umans, Steven de Kock, dr. Peter Lucassen, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder en Wendy Westerhof (beeldredactie), dr. Vincent van Vugt (redacteur digitaal ondersteunde huisartsenzorg). Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 506 55 00, [redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org).

### NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met dank aan: Ratio Design, Team Kwaliteit. Beeld en beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, [forum@nhg.org](mailto:forum@nhg.org).

### Uitgever

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

### Advertentieverkoop

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

### Abonnementen

H&W verschijnt online, als nieuwsbrief, podcast, sociale media en als papieren tijdschrift. Het wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl). Abonnementsprijs: [print + online toegang] € 274,00, online-only abonnement € 164,40, studenten 35% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar [info@nhg.org](mailto:info@nhg.org) met daarin alle relevante informatie. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op [www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen](http://www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen).

### Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl).

## Fijne verbinding met collega's

**De Verenigingsraad van het NHG adviseert gevraagd en ongevraagd het NHG-Bestuur over het inhoudelijk beleid. Zij signaleert ontwikkelingen in de huisarts-geneeskunde en gezondheidszorg in een breder maatschappelijk kader. Wie zijn de mensen die in deze raad zitten? Maak kennis met Verenigingsraads-lid Robbert Keppel aan de hand van 5 steekwoorden.**

### Huisarts

'Ik zie mijzelf als enthousiast en betrokken bij de zorg voor mijn patiënten. Van jong tot oud, van acuut tot chronisch, van kleine tot grote kwalen. Die afwisseling is voor mij een van de leukste aspecten aan het vak van huisarts.'

### Wetenschap

'Wetenschap is een belangrijke pijler voor het leveren van goede zorg. Het is fijn dat het NHG helpt om dit te kunnen combineren met de pragmatiek van de dag, waardoor ik mij goed in staat voel de wetenschappelijke kant van ons vak te waarborgen.'

### Genootschap

'Het zijn van een genootschap zorgt voor fijne verbinding met al mijn betrokken collega's. Het is belangrijk dat elke stroming binnen onze diverse beroepsgroep vertegenwoordigd is binnen de NHG-Verenigingsraad. De jonge garde miste nog een beetje in dit spectrum. Voor mij een reden om me jaren geleden bij de NHG-Verenigingsraad aan te sluiten. Van jong tot oud, van waarnemer tot praktijkhouder, iedereen zou zich betrokken moeten voelen.'



**'Het is belangrijk dat elke stroming binnen onze diverse beroepsgroep vertegenwoordigd is in de Verenigingsraad'**



### Robbert Keppel

Lid Verenigingsraad NHG

Huisarts in Maarn

Leeftijd: 35 jaar

### Passie

'Met veel plezier en goed onderbouwd lever ik zorg in onze eigen praktijk, met speciale voorliefde voor transmurale zorg. Binnen de Verenigingsraad vind ik het ontzettend leuk om te sparren over alles wat speelt in de huisartsenzorg en dit te meten met de kernwaarden van het NHG.'

### Toekomst

'De transmurale samenwerking zal nog meer een vlucht nemen, gesteund door de fundamenten van het NHG: zodat huisartsen goed gefaciliteerd de juiste zorg kunnen blijven leveren.'

### NHG-Congres 2024: Samen maken we het verschil!

Robbert Keppel is voorzitter van de congrescommissie die verantwoordelijk is voor de 62<sup>e</sup> editie van het NHG-Congres op vrijdag 15 maart 2024 in 's-Hertogenbosch. Het programma is generalistisch, naar de wens van veel NHG-leden. Vier pijlers staan centraal:

1. **Doelmatigheid:** efficiënt toewijzen van middelen en zorg aan patiënten.
2. **Duurzaamheid:** hoe kunnen duurzame zorgpraktijken gezondere gemeenschappen op de langere termijn bevorderen?
3. **Doorleren:** de voortdurende professionele ontwikkeling van huisartsen.
4. **Doen:** besluitvaardigheid, vaardigheden en samenwerking in snel veranderende situaties voor optimale patiëntresultaten.



Meer weten? Houd de webpagina [nhgcongres.nl](https://nhgcongres.nl) in de gaten. En reserveer **vrijdag 15 maart 2024** alvast in uw agenda.

# Aandacht voor patiëntveiligheid in de praktijk

**Patiëntveiligheid klinkt gewichtig en dat is het ook. Het is belangrijk de zorgverlening zo te organiseren dat incidenten minder snel voorkomen en veilige zorg kan worden verleend. Hoe u dat aanpakt is te lezen op de webpagina *Patiëntveiligheid in uw praktijk* van het NHG.**

Op de webpagina staat wat verplicht is vanuit de wetgeving rondom patiëntveiligheid, zoals beschreven in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. Bij verschillende thema's kan het NHG ondersteuning bieden. Verder is de webpagina voorzien van achtergrondinformatie, handige (digitaal invulbare) formulieren voor de procedures rondom het Veilig Incidenten Melden en de klachtenprocedure, en relevante links.

## Relevant? Oordeel zelf!

- ✓ Leren van (bijna-)incidenten: de Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg verplicht dat incidenten gemeld, geregistreerd, geanalyseerd en hersteld worden. Is er in uw praktijk een procedure voor Veilig Incidenten Melden (VIM)? Wat is uw rol daarin?
- ✓ Door het Positieve Incidenten Melden (PIM) stimuleert u een positieve werksfeer waarin de onderlinge waardering en persoonlijke motivatie vergroot worden. Hoe u dit kunt introduceren leest u op de webpagina Positieve Incidenten Melden in de huisartsenpraktijk. Wat vindt u van deze andere manier van reflecteren?
- ✓ Een open werkcultuur: onderling vertrouwen en een gevoel van veiligheid zijn essentieel voor een goed functionerende VIM-procedure. Het is belangrijk om dat bespreekbaar te maken binnen het team. Hoe ervaart u dit?
- ✓ Risico-inschatting: door proactief problemen op te sporen brengt u potentiële risico's in kaart met het doel deze risico's voor de toekomst te verkleinen. Loopt u tegen dingen aan waarvan u denkt dat dit wellicht fouten in de hand werkt? Meldt u dit? En bedenken jullie als team hoe het anders kan?
- ✓ Klachtafhandeling: elke praktijk krijgt wel eens te maken met onvrede of een klacht van een patiënt. Hoe gaat u daarmee om? Hoe zorgt u ervoor dat dit goed afgehandeld wordt op een manier waardoor de patiënttevredenheid wordt vergroot? Ziet u de link met samen leren en verbeteren in plaats van het negatief kaderen van een klacht?
- ✓ Medicatieveiligheid: krijgt de juiste patiënt het juiste medicijn op de juiste tijd in de juiste hoeveelheid op de juiste manier? Checkt u tijdens het consult of de patiënt veilig met medicatie omgaat?
- ✓ Verbeterplan opstellen: met bijvoorbeeld spiegelinformatie of informatie vanuit een klacht kunt u een verbeterplan opstellen. Heeft u dit wel eens gedaan of hieraan gedacht?



Poll op de LinkedIn NHG-pagina over het melden van positieve incidenten in de praktijk



Foto: Margot Scheerder

## Geïnspireerd? Ga (verder) aan de slag!



Scan de QR-code  
**Patiëntveiligheid in de praktijk**

# Denk met ons mee!

## Uw stem telt

**Wat verwacht u van ons? Welke materialen, producten en diensten gebruikt u? Wat kunnen we doen om deze te verbeteren? Uw feedback is belangrijk. Daarom doen we doorlopend onderzoek onder onze leden. We vragen naar uw tevredenheid over het NHG en stellen verdiepende vragen over een specifiek onderwerp.**

### Terugblik voorjaar 2023

In mei 2023 zijn 2.554 leden uitgenodigd voor een tussentijdse evaluatie. 355 mensen vullen de vragenlijst in, een respons van 14%. Dit percentage is iets lager dan bij eerdere ledenraadplegingen.

Gemiddelde waardering producten en diensten

7,9

### Best beoordeelde diensten

Thuisarts.nl

9,0

9,1

NHG-Instructiefilms

8,2

8,3

NHG-Richtlijnen

8,1

8,2

■ 2022 ■ 2023

## → Wat vinden leden van het NHG?

"Inhoudelijk sterk en goede producten. Ik ervaar dat er moeite en tijd in gestoken is."

"Wetenschappelijk gebaseerde adviezen. Jullie timmeren goed aan de weg om jullie kwaliteiten ook buiten de huisartsenkring te laten blijken."

"Ik gebruik de standaarden dagelijks, het geeft me houvast in het werk."

"Omdat de richtlijnen steeds uitgebreider worden, staan ze verder af van de werkelijk geleverde zorg"

"Een geweldig Thuisarts.nl, dat ik iedere dag gebruik en aanbeveel bij patiënten!"

### Wat doen wij met uw feedback?

In het onlangs gepresenteerde meerjarenbeleidsplan 2023-2027 scherpden we de koers van het NHG aan. De komende jaren focussen we op het ontwikkelen van producten en diensten gericht op het leveren van het basisaanbod van de huisartsenzorg. Met het jaarplan 2024 concretiseren we dit voor volgend jaar.

Het meerjarenbeleidsplan 2023-2027 leest u op [nhg.org/meerjarenbeleidsplan](https://nhg.org/meerjarenbeleidsplan).

## → Spoedzorg door het NHG

**Spoedzorg vormt een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. Het aandeel van de acute zorgvragen die door de huisartsenpraktijken overdag en door de huisartsenposten tijdens ANW-uren behandeld worden, is aanzienlijk.**

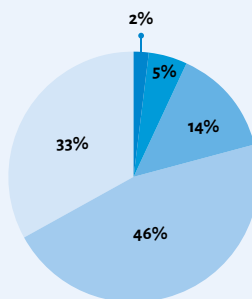
### Trends Spoedzorg

84% vindt spoedzorg een primair onderdeel van het huisartsenvak, 16% is het daarmee oneens.

- Patiënten wensen 24/7 antwoord op hun vragen, ongeacht of het echte spoed is
- Er wordt een hoger beroep op spoedposten gedaan, met oneigenlijk gebruik
- Wat patiënten als spoed ervaren, is medisch gezien vaak geen spoed

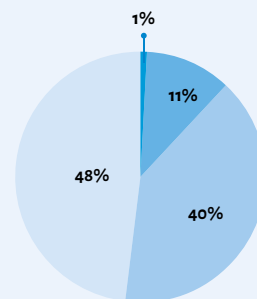
### Gebruik NHG-Spoedkaarten

#### ABCDE-kaart



7,7 Gebruik van ABCDE-kaart

#### Medicatie in acute palliatieve situaties



7,7 Gebruik van spoedkaart Medicatie in acute palliatieve situaties

■ Dagelijks ■ 1x per week ■ 1x per maand ■ Minder dan 1x per maand ■ Nooit

### Wat zijn uw wensen?

- Creëer meer aandacht voor de spoedkaarten
- Spoedkaarten mogen handzamer, of in een app
- Suggesties voor andere NHG-Spoedkaarten: brandwonden, drugs, psychiatrie, reanimatie, kinderen.

**Tip:** de spoedkaarten zijn gratis beschikbaar voor NHG-leden op [nhg.org/spoedzorg](https://nhg.org/spoedzorg)

### NHG-TriageWijzer

- Wat opvalt is dat velen van u de TriageWijzer zien als een product voor de assistent. *Als huisarts bent u eindverantwoordelijk, het is dus van belang dat er goed getrieerd wordt. Dit heeft immers direct invloed op uw spreekuur.*
- U merkt op dat de urgentie-uitkomst regelmatig te hoog is.
- Koppeling met het HIS, toepassing als app en meer toespitsen op de dagpraktijk is gewenst.

### Uw kennis over spoedzorg updaten?

- [NHG E-learning Speed in de palliatieve fase](#)
- [NHG E-learning Speed of geen speed](#)

meer informatie over spoedzorg

