

H&W

Huisarts en Wetenschap

11

november 2023
jaargang 66

Verbetering huisartsenzorg voor mensen met autisme

Etniciteit en cardiovasculair risicomanagement

Pilgebruiksters testen op factor V Leiden-mutatie?

NHG-Standaard Atriumfibrilleren volledig herzien

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

nhg

Autisme in de spreekkamer

Mijn spreekuur loopt weer eens uit. Het zijn nog geen 15 minuten, maar ik kan er zo slecht tegen... Een 'autistisch' trekje van me. Snel naar de wachtkamer. Nog voordat het huilen van de zevenjarige Saif tot me doordringt, tref ik zijn boze vader al: 'Hoelang duurt het nog? Dit kan echt niet!' 'Eerst mevrouw Roelofszen, daarna is Saif aan de beurt.' Met forse tred om mijn goede intenties te ondersteunen, drijf ik haar mijn spreekkamer in. Zeven minuten en 46 seconden later (goed bezig, Baaten!) roep ik Saif en zijn vader. Oeps; Saif heeft een ernstige autismespectrumstoornis en is dus erg gehecht aan vaste tijden. Dat was ik even vergeten. En inderdaad, met Saif is geen land meer te bezeilen. Onder luid gekrijs en afhouden eindigt mijn otoscoop in stukken in de andere hoek van de spreekkamer (niet zo goed bezig, Baaten!).

Het is precies 80 jaar geleden dat de Oostenrijks-Amerikaanse kinderpsychiater Leo Kanner het eerste artikel over autisme publiceerde. Sindsdien zijn er vele onderzoeken naar autisme gedaan. Deze maand publiceren we het onderzoek van Warreman et al. Zij inventariseerden tegen welke barrières in de huisartsenzorg mensen met autisme aanlopen. Dat leidt tot inzichtgevende aanbevelingen voor huisartsen en praktijkondersteuners, voor patiënten en voor de organisatie van zorg, zoals meer oog voor continuïteit en voorspelbaarheid. Mooi ook

dat de onderzoekers samenwerking zochten met ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling van het onderzoek; het betrekken van het patiëntenperspectief hoort niet alleen thuis in de spreekkamer, maar ook in de onderzoekssetting.

Een beperking van dit (van elk!) kwalitatief onderzoek is dat je de uitkomsten niet zomaar kunt generaliseren. Hadden de deelnemende huisartsen meer affiniteit met het onderwerp? Hadden de deelnemers met autisme een sterkere opinie over huisartsenzorg? Toch vind ik de gevonden barrières herkenbaar en kan ik de aanbevelingen gebruiken om met collega's en patiënten te bespreken: waar kan het beter?

Ook met de vader van Saif bespreek ik hoe we deze onverkwikkelijke situatie kunnen voorkomen. Praktisch zien we de volgende oplossing: vader vraagt bij het maken van een afspraak naar het eerste of tweede plekje van het spreekuur; dan is de kans op uitlopen het kleinst. Ik voeg een pop-up toe aan zijn dossier. En nu de naam van Saif in mijn geheugen en otoscoop gegrift staat, geef ik hem voortaan voorrang als mijn spreekuur – God verhoede – weer eens uitloopt. Iets minder vasthouden aan je patronen, Baaten.

Gijs Baaten, hoofdredacteur





Wetenschap

- 10 **Welke belemmeringen ervaren mensen met autisme bij de huisarts?**
Mensen met autisme ervaren allerlei belemmeringen in de huisartsenzorg, die onder andere kunnen leiden tot inadequaat zorgverlening en meer ziekenhuisopnamen. Lees over de barrières die betrokkenen ervaren en de mogelijke verbeterpunten.
- 17 **Etniciteit in cardiovasculair risicomanagement**
Kwalitatief onderzoek onder Nederlandse huisartsen. Er is een aantal best practices beschikbaar, maar huisartsen hebben daarnaast behoefte aan laagdrempelige, telefonische tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg.



www.henw.org

- AI ecg-app voorspelt vooral aanwezigheid van atriumfibrilleren goed
- Nieuw onderzoek naar effect digitaal overlegplatform op verwijzingen
- Diagnose longembolie vaak pas na week duidelijk

Fotografie omslag: Tim Hufner/Unsplash

Praktijk

- 23 **Pilgebruiksters testen op factor V-Leidenmutatie?**
Het heeft geen zin om alle vrouwen die de combinatiepil willen gebruiken te screenen op de factor V-Leidenmutatie.
- 26 **Een onbekende oogziekte**
Acute maculaire neuroretinopathie (AMN) is een zeldzame ziekte waarbij plotseling paracentrale scotomen ontstaan in 1 of beide ogen.
- 28 **Uw diagnose 'Een kraag van wratjes'**
- 29 **Ecg-casus 'Saturatiemeter defect?'**
- 30 **'Laat huisartsen op hun handen zitten'**
Interview met oud-huisarts Machteld Huber over het concept Positieve Gezondheid.
- 33 **Kennistoets 'Pilgebruik en stollingsafwijkingen'**
- 34 **Terugdringen van niet-geïndiceerd corticosteroid-gebruik bij COPD-patiënten**
Het ICS Stop- en Monitoringsprotocol biedt huisartsen en POH's ondersteuning bij het staken van niet-geïndiceerd ICS-gebruik.
- 38 **Diabetestypering maakt een gerichtere behandeling van DM type 2 mogelijk**
DM type 2 heeft een aantal varianten, die elk een andere pathofysiologie hebben en een verschillende behandeling behoeven.
- 44 **Hoe begeleid je een aios die zich onprofessioneel gedraagt?**



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Prolapsoperatie verbetert seksueel functioneren meer dan pessarium
- Dun bewijs voor effectiviteit kruidenmiddelen bij dyspepsie
- (Te) veel medicatievoorschriften bij slapeloosheid
- Gevoelsreflecties uiten tijdens triage
- Vaste huisarts maakt minder medicijnfouten
- Medicinale cannabis verlicht pijn bij kanker niet

47 Pijnstilling bij lagerugpijn



Bij de behandeling van lagerugpijn schrijven huisartsen vaak pijnmedicatie voor, zoals paracetamol, NSAID's en opioïden. Is dat effectief?

51 Column 'Drinkyoghurtinterventie'

NHG

52 NHG-Standaard Atriumfibrilleren volledig herzien



Nieuwe adviezen: bepaal laagdrempelig het hartritme door palpatie van de pols bij oudere patiënten met specifieke klachten en verricht echocardiografie bij patiënten met atriumfibrilleren om hartfalen uit te sluiten.

54 Nieuw NHG-Standpunt herhalen specialistische medicatie

Het NHG-Standpunt beschrijft randvoorwaarden die huisartsen kunnen helpen bij de overweging om specialistische geneesmiddelen te herhalen.

56 NHG-Wetenschapsdag over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg

58 Huisarts blijft ondersteund bij onafhankelijk voorschrijven

Het NHG en Digitalis, uitgever van Prescriptor, verlengen hun samenwerking met 4 jaar.



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.



Prolapsoperatie verbetert seksueel functioneren meer dan pessarium

Mariken Stegmann

Vrouwen die kiezen voor een prolapsoperatie ervaren meer verbetering in hun seksueel functioneren dan vrouwen die kiezen voor een pessarium. Dat concluderen onderzoekers op basis van een prospectief cohortonderzoek in 22 Nederlandse ziekenhuizen.

Van de 554 vrouwen die werden benaderd, namen er 539 deel aan het onderzoek. Van hen kozen 335 vrouwen (62%) voor een pessarium en 204 voor een operatie. In beide groepen had 43% prolaps stadium II en de andere vrouwen hadden stadium III of hoger. Zowel voorafgaand aan de behandeling als 24 maanden later kregen de patiënten een vragenlijst (Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) voorgelegd met specifieke vragen voor seksueel actieve en seksueel niet-actieve vrouwen.

Voor de behandeling scoorden seksueel actieve vrouwen in de operatiegroep hun seksueel functioneren iets lager dan vrouwen in de pessariumgroep (somscore $3,27 \pm 0,30$ versus $3,37 \pm 0,28$). Seksueel niet-actieve vrouwen uit de operatiegroep ervoeren een groter negatief effect van de prolaps op hun seksueel functioneren (aandoeningsspecifieke score $2,11 \pm 0,88$ versus $1,59 \pm 0,77$).

Van 129 geopereerde vrouwen en 198 vrouwen die voor een pessarium kozen, waren de resultaten na 24 maanden beschikbaar (61%). Bij seksueel actieve vrouwen verbeterde het seksueel functioneren meer na een operatie dan met een pessarium (somscore $0,18 \pm 0,29$ versus $0,03 \pm 0,29$; $p < 0,001$). Ook na correctie voor baselineverschillen was er een positief effect van de operatie op de somscore. Voor niet seksueel actieve vrouwen waren er geen verschillen tussen de 2 groepen. De onderzoekers concluderen dat het in de counseling voor prolapsbehandeling belangrijk is om te vragen naar seksuele activiteit en de impact van de prolaps daarop. Op basis van dit onderzoek blijkt



Foto: Shutterstock

dat bij seksueel actieve vrouwen een operatie waarschijnlijk een positiever effect heeft op het seksueel functioneren dan een pessarium. Dit verschil komt nu niet aan de orde in de keuzehulp op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl). ■

Van der Vaart LR, et al. Female sexual functioning in women with a symptomatic pelvic organ prolapse; a multicenter prospective comparative study between pessary and surgery. J Sex Med 2022;19:270-79.

Dun bewijs voor effectiviteit kruidenmiddelen bij dyspepsie

Lukas Koet

Kruidenpreparaten kunnen klachten van functionele dyspepsie enigszins verminderen. De bewijslast voor het effect van deze middelen is echter laag. Dat blijkt uit een recente cochrane review.

Mensen met functionele dyspepsie gebruiken vaak kruidenmiddelen om de klachten te verminderen, maar de meerwaarde van deze middelen is onduidelijk. Daarom analyseerden de auteurs van een cochrane review de effecten en bijwerkingen van niet-Chinese kruiden bij functionele dyspepsie. De auteurs zochten RCT's over niet-Chinese kruidengeneesmiddelen

bij patiënten met functionele dyspepsie. Zij includeerden 41 onderzoeken (4477 deelnemers). Daarin werden in totaal 27 verschillende kruidenmiddelen onderzocht. Van alle onderzochte middelen was de bewijslast voor de effectiviteit van pepermunt- en karwijolie, STW5 (Iberogast) en kurkuma het best onderbouwd. Pepermunt- en karwijolie leken het best te helpen bij dyspepsie: het gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) ten opzichte van placebo was $-0,87$ (95%-BI $-1,15$ tot $-0,58$). STW5 verminderde de klachten van dyspepsie ten opzichte van placebo met 2,64 punten (95%-BI $0,90$ - $4,39$; schaal 0-40) en kurkuma

(Te) veel medicatievoorschriften bij slapeloosheid

Amy Manten

In de Nederlandse huisartsenpraktijk ontvangt driekwart van de patiënten met slapeloosheid een recept voor slaapmedicatie, waarvan het grootste deel al bij het eerste contact. Hiermee lijkt de voorkeur voor niet-medicamenteuze behandeling uit de NHG-Standaard voor Slaapproblemen en slaapmiddelen onvoldoende te worden nageleefd.

Klachten van slapeloosheid worden frequent gezien in de huisartsenpraktijk. In een observationeel onderzoek brachten Nederlandse onderzoekers het behandel- en voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart. Hierbij maakten zij gebruik van routine zorgdata van 21 Amsterdamse huisartsenpraktijken die waren aangesloten bij het Academisch Netwerk HuisartsGeneeskunde. Patiënten van 18-85 jaar waren geschikt voor inclusie wanneer zij een eerste consult wegens slaapproblemen hadden in de periode van 2013 tot en met 2017.



Foto: Shutterstock

In totaal werden 1089 patiënten geïncludeerd (gemiddelde leeftijd 49 jaar; 64% vrouw en 48% met actuele psychosociale problematiek). Bij 77% werd in de loop van 2 jaar ten minste 1 medicament voorgeschreven en bij bijna 65% gebeurde dit in het eerste consult. Naast het gebruik van de geadviseerde, kortwerkende

benzodiazepines (bijvoorbeeld temazepam en zolpidem) werden ook langwerkende benzodiazepines (zoals oxazepam en lorazepam), melatonine en off-label medicijnen (bijvoorbeeld mirtazapine en amitriptyline) frequent voorgeschreven. Het gebruik van off-label medicatie nam toe bij opvolgende consulten. Bij 15% van de patiënten werden meer dan 180 tabletten voorgeschreven gedurende 2 jaar. Niet-medicamenteuze interventies, zoals adviezen over slaaphygiëne, ontspanningsoefeningen en cognitieve therapie, werden bij 48% van de patiënten gerapporteerd. Bij maar 20% van de patiënten ging dit vooraf aan medicamenteuze therapie of betrof het de enige interventie. Hoewel de gebruikte registraties mogelijk niet alle informatie bevatten die in de spreekkamer werd besproken, laten deze resultaten zien dat slaapproblemen frequent primair medicamenteus worden behandeld. Dit terwijl gedragsmatige behandeling op langere termijn effectiever is. Redenen waarom de huisarts snel naar medicatie grijpt werden niet onderzocht. Waarschijnlijk spelen hierbij meerdere factoren een rol, zoals bijkomende psychosociale problematiek en druk vanuit de patiënt om een snelle oplossing. ■

gering. Bovendien hadden de meeste onderzoeken een aanzienlijk risico op bias. Ook was het in veel onderzoeken niet duidelijk hoe de diagnose functionele dyspepsie was gesteld.

Op basis van de lage bewijslast is een algemeen advies om medicinale kruiden in te zetten bij functionele dyspepsie niet op zijn plaats. In individuele gevallen kunnen pepermunt- en karwijolie, STW5 of kurkuma echter wel worden overwogen als afwachten, adviezen en eventuele maagzuurremmende medicatie geen soelaas bieden. Daarbij is het goed te weten dat bij langdurig gebruik de kosten van STW5 beduidend hoger zijn dan die van pepermunt- en karwijolie of kurkuma. ■

Baez G, et al. *Non-Chinese herbal medicines for functional dyspepsia*. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;6:CD013323.

Bakker MH, et al. *Insomnia management in Dutch general practice: a routine care database study*. *Scand J Prim Health Care* 2023;41:306-16.



Foto: Shutterstock

met 3,33 punten (95%-BI 0,81-5,84; schaal 0-40). Er waren geen significante verschillen in het aantal gemelde bijwerkingen tussen de verschillende interventie- en placebogroepen. De auteurs geven aan dat we hun resultaten met voorzichtigheid moeten interpreteren. De bewijslast is over het algemeen namelijk laag. Zo was het aantal deelnemers per interventie

Gevoelsreflecties uiten tijdens triage

Marian van den Brink

Patiënten met pijn op de borst die contact opnemen met de huisartsenpost uiten meestal zorgen over hun klacht. Dat blijkt uit een Nederlands onderzoek naar telefonische triage bij deze patiënten. Als de triagist niet adequaat op de gevoelens ingaat, bemoeilijkt dat het vervolg van het contact.

De onderzoekers analyseerden 68 triagegesprekken met patiënten die de huisartsenpost belden in verband met pijn op de borst (59% vrouw; gemiddelde leeftijd 60 jaar). Zij beluisterden 35 gesprekken waarin de patiënt zorgen uitte, waarna zij de gevoelens en de interactie met de triagist analyseerden.

De patiënten uitten hun zorgen 1 tot 4 keer in verschillende fases van het gesprek. Interactionele problemen ontstonden direct na de geuite zorgen – als de triagist hier niet adequaat op inging – of tijdens de afsluitende fase van het gesprek. Deze problemen konden in de afsluitende fase leiden tot het opwaarderen van de urgentie op basis van de zorgen of wensen van de patiënt in plaats van de vastgestelde urgentie in de eerdere fase van het gesprek. Dat is echter niet de meest efficiënte reactie op zorgen. Het lijkt beter eerst de zorgen van de beller te exploreren en vervolgens terug te keren naar de hoofdlijn van het triagegesprek, met uitleg over de volgende stappen.

In de huisartsopleiding worden we specifiek getraind in communicatieve vaardigheden om (snel) achter de hulpvraag van de patiënt te komen. Dat verbetert niet alleen het contact met de patiënt, maar maakt de geboden zorg ook efficiënter doordat je beter aansluit bij de behoefte van de patiënt. De huisartsenpost is vooral gericht op urgentiedenken met behulp van de NTS. Toch kan ook hier het uiten van een gevoelsreflectie – laten merken dat je de zorgen van de patiënt hebt gehoord – helpen in de efficiëntie van de triage en om een juiste inschatting te maken zonder ruis.



Foto: Shutterstock

Het kan helpen onze assistentes hierin te trainen. Triage blijft mensenwerk, maar laten we de mens achter de klacht dan ook niet vergeten! ■

Spek M, et al. Displaying concerns within telephone triage conversations of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care. A conversation analytic study. Patient Educ Couns 2023;113:107770.

Vaste huisarts maakt minder medicijnfouten

Willian van Dijk

Een kernwaarde van de huisartsenzorg is continuïteit. Nederlands cohortonderzoek wijst uit dat zorg van een vaste huisarts bij ouderen geassocieerd is met minder medicijnfouten. Er blijkt een interessant verschil te zijn tussen onterecht starten en onterecht continueren van medicijnen.

Onderzoekers gebruikten HIS-data van 48 huisartsenpraktijken in en rondom Amsterdam. Zij includeerden 25.000 patiënten ouder dan 65 jaar die tussen 2013 en 2018 minimaal 1 jaar stonden ingeschreven en 5 maal contact hadden met de huisartsenpraktijk, waarvan minimaal 2 keer met een huisarts. Zij spoorden medicatiefouten op middels START- (een ontbrekend medicijn) en STOPP- (een onterecht medicijn) criteria. Continuïteit werd met 3 verschillende methoden gemeten. Iedere

methode gaf een score tussen de 0 en 1, waarbij 1 correspondeerde met 100% contacten met een enkele huisarts. De deelnemers (gemiddeld 75 jaar; 42% man) zagen bij 70% van de bezochten dezelfde huisarts. Bij ruim 70% van de patiënten was sprake van minimaal 1 medicatiefout. De frequentste fouten waren het onterecht voorschrijven van benzodiazepines (16%) en het ontbreken van laxantia bij opioïden (15%). De patiënten werden ingedeeld in 3



Medicinale cannabis verlicht pijn bij kanker niet

Lukas Koet

Medicinale cannabis heeft geen rol in het verlichten van kankergerelateerde pijn. Dat is de conclusie van een recente cochrane review over de toegevoegde waarde van medicinale cannabis bij patiënten met kankergerelateerde pijn die onvoldoende reageren op de gangbare pijnbehandeling. Volgens de auteurs is er geen reden om medicinale cannabis in de WHO-pijnladder op te nemen.

De belangrijkste bestanddelen van medicinale cannabis zijn *tetrahydrocannabinol* (THC) en *cannabidiol* (CBD). THC heeft de meest psychoactieve en pijnstillende eigenschappen. CBD is minder sterk, maar heeft ook minder bijwerkingen. De auteurs verrichtten een cochrane review en meta-analyse om de effecten van medicinale cannabis op pijn bij patiënten met



Foto: Shutterstock

verschillende soorten kanker te onderzoeken. Ze includeerden 14 dubbelgeblindeerde RCT's waarin het effect van medicinale cannabis werd vergeleken met placebo of andere pijnmedicatie. In 5 RCT's werd het effect onderzocht bij opioïderesistente pijn. Vier van de 5 RCT's (1333 deelne-

mers) hadden een overeenkomstige opzet en konden in een meta-analyse worden meegenomen. In de 4 RCT's werd THC of THC in combinatie met CBD ingezet naast behandeling met morfinepreparaten. De onderzoekers gaven de uitkomsten weer in een gestandaardiseerd gemiddeld effect: klein effect 0,2; matig effect 0,5 en groot effect 0,8. Ten opzichte van placebo bleek medicinale cannabis geen voordeel te hebben in de vermindering van de pijn (gestandaardiseerd gemiddeld verschil $-0,19$; 95%-BI $-0,40$ tot $0,02$; matige kwaliteit van bewijs). Daarnaast verschilde het aantal ernstige bijwerkingen niet tussen medicinale cannabis en placebo (risicoverschil $0,02$; 95%-BI $-0,03$ tot $0,07$; matige kwaliteit van bewijs). Een belangrijke beperking van deze cochrane review is dat de geïncludeerde RCT's een onduidelijk of hoog risico op bias hadden en een relatief korte follow-up van enkele weken. Op basis van de beschikbare bewijslast lijkt medicinale cannabis dus geen toegevoegde waarde te hebben bij kankergerelateerde pijn die onvoldoende reageert op de gangbare pijnbehandeling. U kunt medicinale cannabis niettemin overwegen als patiënten geen morfinepreparaten wensen of verdragen. Het te verwachte voordeel lijkt dan echter klein. ■

groepen met oplopende continuïteitscore (tertielen). Het relatief risico op onterecht niet starten van medicatie was in het hoogste tertiel lager ten opzichte van het laagste tertiel bij elk gebruikte score (0,91 (95%-BI 0,89 tot 0,94); 0,93 (95%-BI 0,90 tot 0,96); 0,88 (95%-BI 0,86 tot 0,91)). Voor medicijnen die onterecht gecontinueerd werden bestond deze associatie alleen bij patiënten met veel comorbiditeiten. Dit is een observationeel onderzoek, met risico op confounding. Er is bijvoorbeeld niet gecorrigeerd voor de leeftijd van de arts (oudere artsen met meer ervaring maken mogelijk minder

fouten en hebben vaker een solopraktijk). Daarnaast is 'continuïteit' lastig in 1 getal uit te drukken.

De auteurs concluderen dat een vaste huisarts minder vaak medicatie vergeet te starten, maar dat 'deprescribing' ook dan moeilijk blijft. Voor medicamenteus beleid bij ouderen geldt het voordeel van '1 kapitein op het schip', zeker bij patiënten met veel comorbiditeiten. ■

Te Winkel MT, et al. Personal continuity and appropriate prescribing in primary care. Ann Fam Med 2023;21:305-12.

Häuser W et al. Cannabis-based medicines and medical cannabis for adults with cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 2023;6:CD014915.



Foto: Shutterstock



Welke belemmeringen ervaren mensen met autisme bij de huisarts?

Eva Warreman, Wietske Ester, Hilde Geurts, Annelies Meuleman, Daphne Konz, Suzanne Teunisse, et al.

Mensen met autisme lopen een groter risico op allerlei aandoeningen dan mensen zonder autisme. Daarom is het voor hen van belang dat de huisartsenzorg soepel verloopt. Ze ervaren echter allerlei belemmeringen in die zorg, die onder andere kunnen leiden tot inadequaat zorgverlening en meer ziekenhuisopnamen. Hoe denken volwassenen met autisme, huisartsen en praktijkondersteuners eigenlijk over de huisartsenzorg voor mensen met autisme? En hoe kan deze volgens hen verbeterd worden?

Mensen met een diagnose autismespectrumstoornis (hierna: autisme) lopen een groter risico op somatische en psychiatrische aandoeningen.^{1,2} Ook zijn er aanwijzingen dat ze een tweemaal verhoogd mortaliteitsrisico hebben.^{3,4} Verder weten we dat mensen met autisme barrières in de (toegang tot de) zorg ervaren, wat kan leiden tot vertraagde zorg en meer hospitalisatie.⁵⁻⁷ We kunnen onderscheid maken tussen barrières die zijn gerelateerd aan: 1) de persoon met autisme 2) de zorgverlener 3) het gezondheidszorgsysteem en 4) het sociale netwerk.^{8,9}

Er is niet veel onderzoek gedaan vanuit het perspectief van mensen met autisme en hun eerstelijnszorgverleners, en daarom weten we nog niet voldoende hoe zij de zorg voor deze groep patiënten kunnen verbeteren.^{6,10-13} We hebben geïnventariseerd tegen welke barrières mensen met autisme en zorgverleners aanlopen. Met dit Delphi-onderzoek wilden we nagaan hoe de huisartsenzorg voor mensen met autisme volgens volwassenen met autisme, huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) verbeterd kan worden.

METHODE

Onderzoeksopzet

Ons onderzoek is opgezet door de projectgroep Hulp, Behandeling en Medicatie van de Academische Werkplaats Autismen (AWA). Deze projectgroep bestond uit ervaringsdeskundigen met autisme, zorgverleners (psychologen, psychiaters, een arts verstandelijk gehandicapten) en

onderzoekers. Ter voorbereiding op dit Delphi-onderzoek hebben we oriënterende gesprekken gevoerd met 4 volwassenen met autisme, 2 ouders van een kind met autisme en 6 zorgverleners. Op basis van deze gesprekken en verschillende projectgroepbijeenkomsten hebben we de focus van dit onderzoek geformuleerd. We hebben gekozen voor een feedbackgeruleerd vragenlijstenonderzoek.

Deelnemers en gegevensverzameling

Het Delphi-panel bestond uit 2 groepen, waarvoor de volgende inclusiecriteria golden: 1) volwassenen (18+) met autisme die zelfstandig een vragenlijst kunnen invullen en vragen kunnen beantwoorden vanuit het bredere perspectief van het autismespectrum; en 2) huisartsen en POH's (POH-ggz of POH-somatiek) geworven uit het netwerk van de AWA en via social media. Om een zo divers mogelijk panel te verkrijgen, kozen we voor een doelgerichte steekproef op basis van leeftijd en geslacht.

Voor de gegevensverzameling hebben we 3 digitale vragenlijsten samengesteld. Tijdens ronde 1 evalueerden de deelnemers de belemmerende rol van 20 barrières en beantwoordden ze een open vraag naar aanbevelingen om de huisartsenzorg te verbeteren. Ronde 2 betrof een herbeoordeling (met gecontroleerde feedback) van de belemmerende rol van de 20 barrières, en van het nut en de haalbaarheid van 22 aanbevelingen. In ronde 3 beoordeelde de deelnemers de aanbevelingen nogmaals en stelden we ze daar aanvullende open vragen over.

RESULTATEN

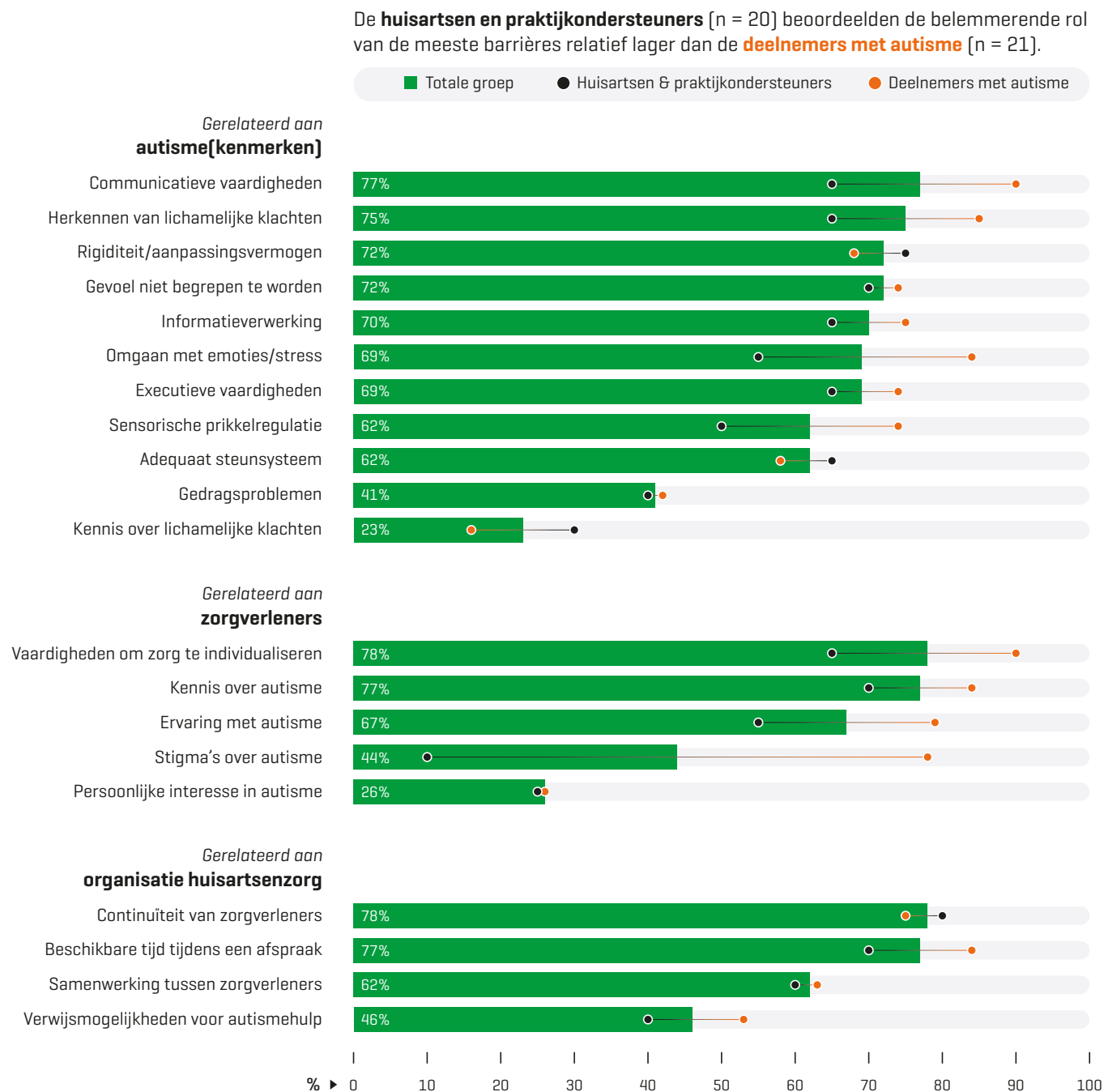
Kenmerken van de deelnemers

Aan ons onderzoek namen 21 volwassenen met autisme en 20 eerstelijnszorgverleners (9 huisartsen, 8 POH's-ggz, 3 POH's-somatiek) deel. De groep van volwassenen met

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Warreman EB, Ester WA, Geurts HM, Vermeiren RR, Nootboom L. A. How do primary care providers and autistic adults want to improve their primary care? A Delphi-study. *Autism* 2023;13623613231172865. Publicatie gebeurt met toestemming.

Figuur 1

Belemmerende rol van barrières in de huisartsenzorg, volgens de mensen met autisme, huisartsen en praktijkondersteuners, en de totale groep Delphi-deelnemers



autisme bestond uit 13 vrouwen (62%) en die van de eerstelijnszorgverleners uit 18 vrouwen (90%). Van de 41 deelnemers is 1 deelnemer niet in Nederland geboren. Zes van de 9 huisartsen hadden 6 tot 20 jaar ervaring als huisarts, 1 huisarts minder dan 6 jaar en de andere 2 huisartsen hadden meer dan 20 jaar ervaring.

Barrières

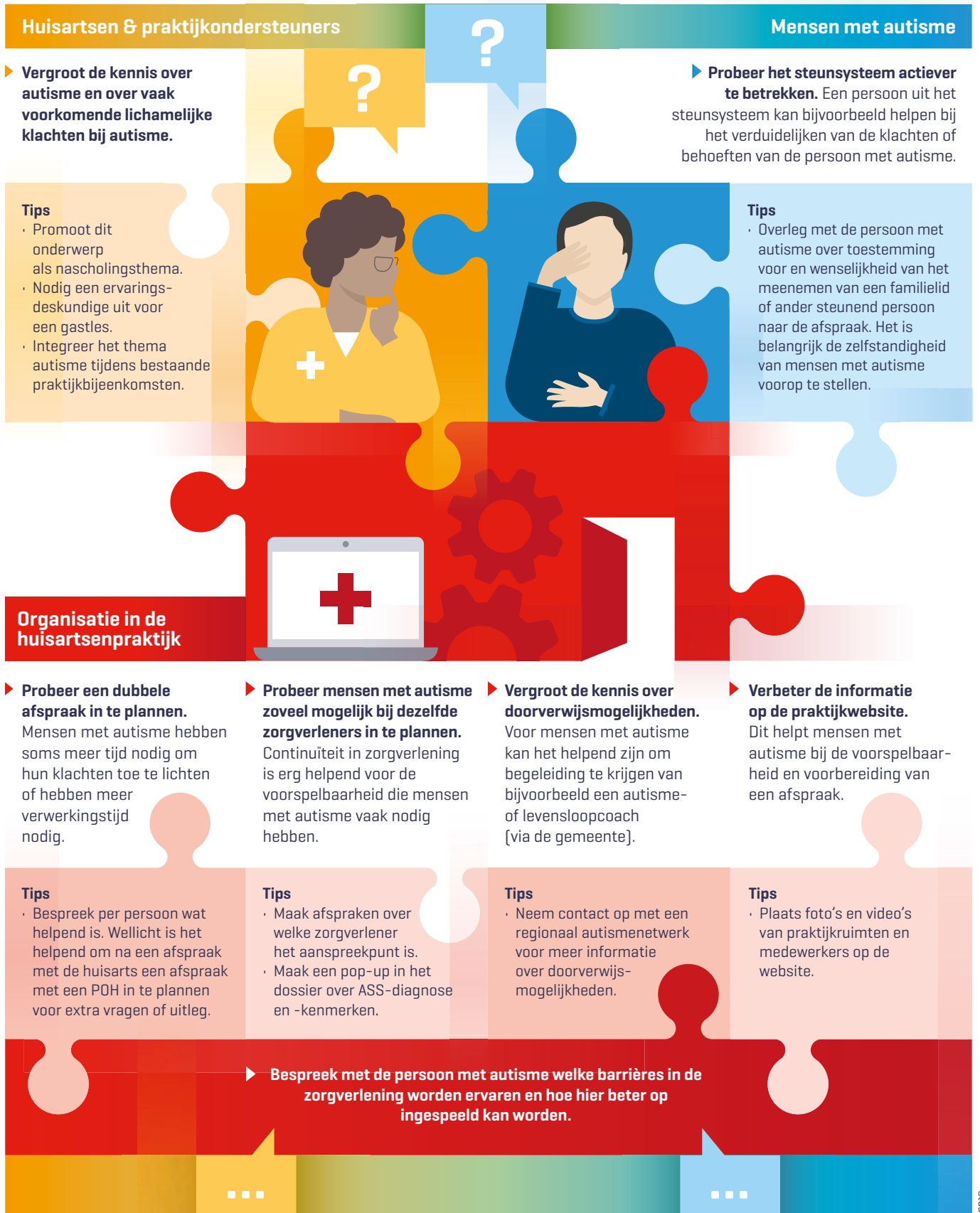
De meerderheid van de deelnemers beoordeelde 15 van de 20 onderzochte barrières in de huisartsenzorg voor mensen met

autisme als (heel) erg belemmerend [figuur 1]. De huisartsen en POH's schatten de meeste barrières als relatief minder belemmerend in dan de deelnemers met autisme.

Wat betreft de barrières gerelateerd aan zorgverleners achtten de deelnemers een gebrek aan kennis en vaardigheden om de huisartsenzorg aan ieder individu met autisme aan te passen als het meest belemmerend. Tot de categorie barrières die met autisme kenmerken samenhangen behoorden problemen rond communicatieve vaardigheden en het herkennen van

Figuur 2

Aanbevelingen om de huisartsenzorg voor mensen met autisme te verbeteren*



de eigen lichamelijke klachten. Wat betreft de laatste categorie, de organisatie van de huisartsenzorg, vonden de meeste deelnemers dat de grootste belemmeringen samenhangen met een gebrek aan continuïteit doordat ze met wisselende zorgverleners te maken hebben, en de beperkte tijdsduur van de consulten.

Aanbevelingen voor huisartsen en POH's

Volgens de deelnemers kan de zorg verbeterd worden via het onderwijs aan huisartsen en POH's, bijvoorbeeld over autisme in het algemeen, vaak voorkomende lichamelijke klachten/aandoeningen bij mensen met autisme en barrières in de zorg [figuur 2]. Het onderwijs kan in verschillende vormen gegeven worden, bijvoorbeeld geïntegreerd in cursorisch onderwijs of de huisartsenopleiding, online (via een digitale les of e-learning) of als een gastles in de huisartsenpraktijk. Ervarensdeskundigen met autisme kunnen daar een belangrijke rol bij spelen (via een gastles of video-opname). Volgens de deelnemers dient deze scholing geaccrediteerd te zijn.

Aanbevelingen voor mensen met autisme

In deze categorie betreft de belangrijkste aanbeveling het sociale netwerk, dat actiever bij de zorg betrokken mag worden. Mensen met autisme kunnen dit zelf doen door bijvoorbeeld een familielid naar het consult mee te nemen. Deze persoon kan dan helpen bij het uitleggen van de klachten, het stellen van vragen of het samenvatten van de boodschap van de huisarts. Ook kan de huisarts of POH proberen het steunsysteem er actiever bij te betrekken. Hierbij dienen ze rekening te houden met de instemming en behoeften van de patiënt met autisme, omdat het zelfbeschikkingsrecht van mensen met autisme altijd voorop moet staan.

Aanbevelingen voor de organisatie van zorg

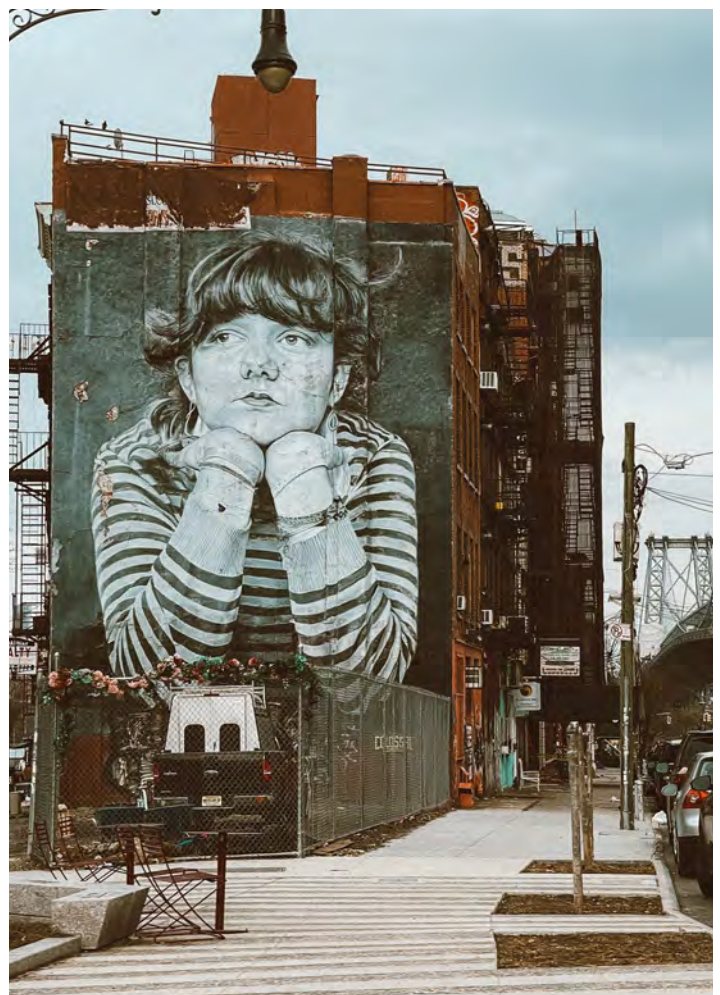
De deelnemers vinden het belangrijk dat zorgverleners voor mensen met autisme een dubbele afspraak plannen, zodat

WAT IS BEKEND?

- Mensen met autisme lopen een groter risico op somatische en psychiatrische aandoeningen, en ze hebben een hoger mortaliteitsrisico dan mensen zonder autisme.
- Mensen met autisme en hun zorgverleners ervaren vaak barrières die kunnen leiden tot vertraagde zorg, inadequaat zorgverlening en meer hospitalisatie.

WAT IS NIEUW?

- We hebben inzicht verkregen in de barrières in de Nederlandse huisartsenzorg voor mensen met autisme en aanbevelingen geformuleerd gericht op huisartsen en praktijkondersteuners, mensen met autisme en de organisatie.



Het is belangrijk om te herkennen welke barrières er in de huisartsenzorg voor mensen met autisme een rol spelen. Foto: Jon Tyson/Unsplash

er meer ruimte is voor prikkel- en informatieverwerking. Ook helpt het wanneer ze steeds met dezelfde zorgverleners te maken krijgen, omdat mensen met autisme vaak behoefte hebben aan voorspelbaarheid. Denk in dat verband ook aan het plaatsen van video's of foto's van praktijkruimten en medewerkers op de praktijkwebsite om de herkenbaarheid en voorspelbaarheid voor mensen met autisme te vergroten. Ook bevelen de deelnemers aan om mensen met autisme (die moeite kunnen hebben met het voorbereiden van een afspraak met hun huisarts, het uitleggen van hun klachten of het verwerken van informatie van de huisarts) extra ondersteuning te bieden bij het voorbereiden en nabespreken van een consult. Deze ondersteuning kan een POH of mogelijk een ervaringsdeskundige/autismecoach geven. Meer informatie over verschillende vormen van autismehulpverlening is te verkrijgen bij het regionale autisminenetwerk, wat kan helpen bij een passende doorverwijzing. Tot slot dient er volgens de deelnemers meer aandacht te komen voor de samenwerking tussen huisartsen en POH's in de vorm van onderlinge autis-mecasuïetiekbeprekingen, en voor die tussen huisartsen en autis-mespecialisten in de ggz (bijvoorbeeld via een regionale consultatielijn).

BESCHOUWING

Ons onderzoek laat zien dat zowel mensen met autisme als hun huisartsen/poh's tegen verschillende barrières aanlopen die adequate diagnostiek en behandeling van de klachten in de weg kunnen staan. Daarnaast kunnen aspecten binnen de organisatie barrières vormen in de zorg voor mensen met autisme. De aanbevelingen van de onderzoeksdeelnemers richten zich daarom ook op 3 domeinen: de huisartsen en POH's, de mensen met autisme zelf en de organisatie van de huisartsenpraktijk.

Eerder internationaal onderzoek wijst vooral uit dat onderwijs aan eerstelijnszorgverleners kan bijdragen aan verbetering van de huisartsenzorg voor mensen met autisme.^{8,13} Op basis van ons onderzoek kan ook overwogen worden om passend onderwijs aan huisartsen en POH's te ontwikkelen. Ervaringsdeskundigen en accreditatie kunnen hierbij een positieve rol spelen.

Eerder onderzoek over verbeterstrategieën in de categorie gericht op mensen met autisme resulteerde vooral in gedragsinterventies voor mensen met autisme.¹³ Ons onderzoek levert echter met name aanbevelingen op voor het verbeteren van de voorbereiding op een huisartsenafpraak, bijvoorbeeld met een voorbereidende vragenlijst zoals die reeds in het Engels bestaat.^{14,15} Daarnaast raadden de deelnemers aan het sociale netwerk actiever te betrekken bij de ondersteuning tijdens huisartsenconsulten. Ook kan het nuttig zijn om de kennis van mensen met autisme over psychosomatische klachten te vergroten (bijvoorbeeld met een e-learning). Er is echter meer onderzoek nodig naar de praktische implementatie hiervan. Enkele van de aanbevelingen gericht op de organisatie worden ook genoemd in eerder internationaal onderzoek, bijvoorbeeld wat betreft het belang van de continuïteit van de zorg en zorgverleners, het plannen van dubbele afspraken, het verkrijgen van een overzicht van regionale verwijsmogelijkheden, het verminderen van sensorische stimuli tijdens het consult, het verduidelijken van de individuele zorgbehoeften van mensen met autisme en het verbeteren van de samenwerking tussen zorgverleners.^{13,15,16}

Sterke kanten en beperkingen

Een sterke kant van ons onderzoek is het gebruik van de Delphi-methode met een gebalanceerd panel bestaande uit huisartsen, POH's en volwassenen met autisme. Daarnaast was de samenwerking met ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling van dit onderzoek van grote toegevoegde waarde. Een beperking was dat we geen cultureel divers Delphi-panel hebben kunnen samenstellen, waardoor we bepaalde perspectieven op de zorg gemist kunnen hebben. Daarnaast is het mogelijk dat de deelnemende huisartsen relatief meer affiniteit hadden met

het onderwerp autisme dan andere huisartsen, wat voor bias kan hebben gezorgd.

Dit onderzoek maakt geen conclusies mogelijk over de praktische uitwerking van de implementatie van de aanbevelingen. Als eerste stap voor toekomstige implementatie hebben we een samenvattende flyer gemaakt. Huisartsen en POH's kunnen deze gebruiken om met collega's en patiënten met autisme in gesprek te gaan over deze onderwerpen.

CONCLUSIE

De combinatie van een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit bij autisme, en de aanwezigheid van verschillende barrières in de huisartsenzorg voor deze groep mensen vraagt om verbetering van de huisartsenzorg. De gevonden barrières en aanbevelingen kunnen als handreiking dienen aan huisartsen en POH's om met elkaar en hun patiënten in gesprek te gaan: welke barrières spelen mogelijk een rol voor uw patiënten met autisme en welke aanbevelingen kunt u toepassen? Nader onderzoek naar de praktische implementatie van verbeterstrategieën in de huisartsenzorg voor mensen met autisme is een belangrijke vervolgstap. ■

LITERATUUR

1. Croen LA, Zerbo O, Qian Y, Massolo ML, Rich S, Sidney S, et al. The health status of adults on the autism spectrum. *Autism* 2015;19:814-23.
2. Hand BN, Angell AM, Harris L, Carpenter LA. Prevalence of physical and mental health conditions in Medicare-enrolled, autistic older adults. *Autism* 2020;24:755-64.
3. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry* 2016;208:232-8.

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

Warreman EB, Ester WA, Geurts HM, Meuleman AE, Konz D, Teunisse S, Nootboom LA. Welke belemmeringen ervaren mensen met autisme bij de huisarts? *Huisarts Wet* 2023;66(11):10-6. DOI:10.1007/s12445-023-2358-9.

Leids Universitair Medisch Centrum, LUMC Curium, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Degtgeest: E.B. Warreman, arts-onderzoeker, e.b.warreman@lumc.nl; L.A. Nootboom, senior onderzoeker. Sarr Expertisecentrum Autisme, Youz, Parnassia Groep, Rotterdam: W.A. Ester, kinder- en jeugdpsychiater. Universiteit van Amsterdam, faculteit Maatschappij en Gedragwetenschappen, afdeling Psychologie, Brein en Cognitie, Amsterdam: H.M. Geurts, hoogleraar Klinische neuropsychologie. Personen uit het Autism Spectrum [PAS] – Nederland, Hoogeveen: A.E. Meuleman, ervaringsdeskundig adviseur. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: D. Konz, docent Arts VG-opleiding, plaatsvervangend hoofd. Universiteit van Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: S. Teunisse, docent Huisartsopleiding.

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Etniciteit en cardiovasculair risicomangement

Joshua van Apeldoorn, Alet Roozkrans, Ralf Harskamp, Edo Richard, Charles Agyemang, Eric Moll van Charante

Etnische minderheden worden disproportioneel getroffen door hart- en vaatziekten. Wij vroegen in een serie interviews aan huisartsen welke invloed etniciteit heeft op het cardiovasculair risicomangement. De meningen liepen uiteen over de vraag of etnische achtergrond los van traditionele risicofactoren bijdraagt aan het cardiovasculair risico. Wel erkenden de huisartsen dat de etnische achtergrond extra aandacht vraagt, zowel bij de risicoschatting als bij de leefstijlbegeleiding. Ze noemden een aantal best practices, maar laagdrempelige beschikbaarheid van telefonische tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg zijn zeer welkom.

Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak.¹ In Europa worden etnische minderheden onevenredig vaak getroffen door hart- en vaatziekten en cardiovasculaire risicofactoren manifesteren zich bij hen vaak op jongere leeftijd.^{2,3} In Nederland zijn bijvoorbeeld de prevalenties van hypertensie onder mensen met een Afrikaanse en van diabetes onder mensen met een Hindostaanse migratieachtergrond hoger dan in de bevolking van Nederlandse afkomst.^{4,5} Verklaringen voor deze gezondheidsverschillen omvatten onder andere verschillen in culturele gewoonten en leefstijl, en slechtere toegang tot gezondheidszorg.⁶ Ook biologische factoren, zoals een verhoogde zoutgevoeligheid bij mensen met een Afrikaanse migratieachtergrond, kunnen een rol spelen.⁷ Huisartsen spelen in Nederland een grote rol in het cardiovasculair risicomangement (CVRM) doordat ze hoogrisicopatiënten identificeren en begeleiden.⁸ Toch bevat de huidige NHG-Standaard weinig specifieke adviezen voor etnische minderheden.⁹ Al enige jaren geleden wees kwalitatief Nederlands onderzoek uit dat culturele verschillen vaak een negatieve invloed hebben op de naleving van leefstijl- en medicamenteuze interventies en dat mensen met een Afrikaanse migratieachtergrond

in kwesties van gezondheid en behandeling vaak andere percepties en voorkeuren hebben dan hun Nederlandse artsen.^{10,11} Dat de combinatie van een hoger cardiovasculair risico en cultuurverschillen CVRM bemoeilijkt is dus bekend, maar hoe de Nederlandse huisarts daarmee omgaat is onderbelicht gebleven. Daarom hebben wij de rol van etniciteit in CVRM onderzocht vanuit het perspectief van de huisarts.

METHODE

We interviewden 24 in Nederland werkzame huisartsen. Vanuit ons eigen netwerk betrokken we via de sneeuwbal-methode huisartsen uit diverse settings bij het onderzoek. Om een voldoende diverse steekproef te bereiken selecteerden we op geslacht, jaren werkervaring, migratieachtergrond, praktijklocatie (stedelijk versus niet-stedelijk) en type praktijk (solo of duo versus groepspraktijk), omdat we veronderstelden dat deze criteria mogelijk van invloed zijn op hun opvattingen over het onderwerp. Tussen mei en november 2021 namen 2 junior arts-onderzoekers semigestructureerde interviews af aan de hand van een van tevoren opgestelde topic list. Deze lijst werd tijdens het onderzoek verder aangepast naarmate zich nieuwe, gerelateerde thema's aandienen. De interviews werden opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Daarna codeerden 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar de teksten. De onderzoeksgroep besprak de bevindingen uit de interviews herhaaldelijk totdat consensus werd bereikt over de hoofdthema's.


Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Van Apeldoorn JA, Roozkrans AK, Harskamp RE, Richard E, Agyemang C, Moll van Charante EP. General practitioners' views on cardiovascular prevention for ethnic minorities—a qualitative study in the Netherlands. *Fam Pract* 2023;cmad030.

Hoe denken de 24 geïnterviewde huisartsen over etniciteit en cardiovasculair risicomangement?

Over het algemeen werd etniciteit als relevante factor beschouwd in risicoschatting HVZ en leefstijlbegeleiding.



Verskil van mening
Over de vraag of etnische achtergrond los van traditionele risicofactoren (zoals roken en hypertensie) bijdraagt aan het risico op HVZ.



Meer consensus
Het belang van sociaal-culturele verschillen voor de behandeling.

RESULTATEN

Opvattingen over de rol van etniciteit in cardiovasculaire risicoschatting

Een deel van de huisartsen beschouwde etniciteit als een extra, op zichzelf staande factor in cardiovasculaire preventie, maar benadrukte het belang van een gepersonaliseerde benadering om generalisatie en stigmatisatie te voorkomen.

‘Ik denk dat cultuur en etniciteit een rol in het consult moeten spelen maar dat het individu altijd verdient los gezien te worden van de groep. Dus, dat je op moet passen daarmee, dat je wel kan vragen naar dingen en dat dat ook al van meerwaarde kan zijn, maar dat je er nooit zo maar van uit mag gaan omdat iemand een bepaalde achtergrond heeft, dat er bepaalde dingen spelen.’

Huisarts (vrouw, 34)

Huisartsen benoemden dat een ongezonde leefstijl, geassocieerd met een lage sociaal-economische status, bij cardiovasculaire preventie mogelijk een grotere rol speelt dan genetische factoren gerelateerd aan etniciteit. Sommigen benadrukten dat etniciteit een beperkte rol speelt in de risicoschatting volgens de NHG-Standaard. Anderen vonden dat bestaande risicoverschillen tussen etnische groepen niet tot hun recht kwamen in deze risicoschatting. Bij hen zouden bijvoorbeeld het hogere

risico op diabetes mellitus type 2 bij patiënten met een Hindostaanse migratieachtergrond en op hypertensie bij patiënten met een Sub-Sahara Afrikaanse migratieachtergrond aanleiding geven tot eerdere en opportunistische screening.

‘Als ze voor een andere klacht komen, dat je zegt: “Laten we je bloeddruk eens meenemen.” Ik zou nooit bij een man van 36 die wit is, zeggen: “Ik ga nu je bloeddruk meten” als hij voor rugpijn komt.’

Huisarts (man, 40)

Barrières in taal en cultuur die cardiovasculaire preventie beïnvloeden

Huisartsen vonden cardiovasculaire preventie bij etnische minderheden doorgaans uitdagender dan bij patiënten van Nederlandse afkomst. Wederzijds begrip werd gehinderd door taalbarrières en door verschillen in culturele gewoonten en behoeften. Deze culturele verschillen konden een passend leefstijladvies bemoeilijken. Ook hadden huisartsen de ervaring dat percepties van patiënten over de oorzaak van hypertensie soms afweek van het biomedische perspectief, wat hun therapietrouw negatief beïnvloedde. Zo dachten sommige patiënten dat hypertensie werd veroorzaakt door stress en stopten daarom met hun antihypertensiva wanneer ze op vakantie waren.

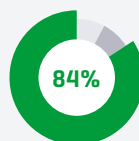
Belangrijkste kenmerken onderzoeksgroep



Mannelijke huisarts



Leeftijd > 50 jaar



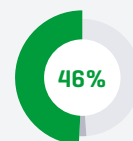
Europese etniciteit



> 15 jaar ervaring



Stedelijke praktijklocatie



Solo-/duo-praktijk

Suggesties voor het verbeteren van cardiovasculaire preventie

Alle huisartsen noemden de taalbarrière als belemmering voor wederzijds begrip en gezamenlijke besluitvorming. Vaak konden ze dit oplossen door vertaalwebsites of met behulp van gezins- of familieleden. Als voordeel van hulp van familieleden noemden ze beter inzicht in de sociaal-culturele context en persoonlijke voorkeuren, wat bijdroeg aan een passender leefstijladvies. Als nadelen noemden ze informatieverlies door onvolledige vertalingen en ethische bezwaren om kinderen te laten tolken rondom gevoelige informatie van hun ouders. Officiële tolken werden spaarzaam ingezet wegens gebrek aan tijd en vergoeding. De geïnterviewden hadden een duidelijke behoefte aan een ruimere vergoeding van deze dienst. Er waren huisartsen die door de samenwerking met praktijkondersteuners met een migratieachtergrond inzicht kregen in andere culturele gewoonten en gezondheidspercepties. Zij merkten dat dit een gunstig effect had op het vertrouwen van patiënten. Harmonisatie tussen de verklaringsmodellen van patiënten en het biomedische model werd ook genoemd als middel om gezamenlijke besluitvorming en therapietrouw te verhogen.

‘Dat zeg ik ook altijd wel: “Als je al vaten hebt die een beetje stug zijn, waardoor je hoge bloeddruk hebt en je krijgt dan nog eens een keer stress er op, wordt het alleen maar erger.” [...] Wat ik ook wel eens doe, is ze dan toch vragen om een bloeddrukmeter mee te nemen, [...] dat ze het gewoon zien, hoe die daar [in het vakantieland] is.’

Huisarts (vrouw, 41)

De geïnterviewden noemden cultuursensitieve interventies als 1 van de mogelijkheden om leefstijlbegeleiding passender te maken. Ze gaven voorbeelden van cultureel passende verwijsopties, zoals een dansgroep voor Marokkaans-Nederlandse mannen en een kookclub voor vrouwen van Surinaamse afkomst. Ze merkten wel op dat er behoefte is aan nascholingen over cultuursensitieve zorg om het CVRM voor etnische minderheden te verbeteren.

Registratie van etniciteit

Als 1 van de mogelijkheden om etnische gezondheidsverschillen inzichtelijk te maken en de primaire preventie te verbeteren, werd registratie van de etniciteit genoemd. Dit zou het eenvoudiger maken patiënten uit specifieke etnische groepen actief te benaderen. De geïnterviewden gaven aan dat ze weliswaar meer wilden weten over etnische verschillen, maar terughoudend wilden zijn met het registreren van etniciteit. Redenen waren angst dat de registratie misbruikt kon worden voor andere doeleinden en gebrek aan bewijs dat het zou leiden tot betere gezondheidsuitkomsten.

WAT IS BEKEND?

- Veel etnische minderheidsgroepen hebben een hoger dan gemiddeld risico op hart- en vaatziekten.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen benadrukken het belang van een gepersonaliseerde aanpak, los van etniciteit, uitgaande van cardiovasculaire risicofactoren en de individuele context van de patiënt om generalisatie en stigmatisatie te voorkomen.
- Huisartsen verschillen van mening over de vraag of etniciteit een onafhankelijke bijdrage levert aan het cardiovasculair risico, maar onderstrepen het belang van een cultuursensitieve aanpak.
- Huisartsen willen meer weten over etnische verschillen, maar zijn terughoudend om etniciteit te registreren vanwege mogelijke neveneffecten en gebrek aan bewijs voor betere zorguitkomsten.
- Huisartsen hebben behoefte aan ruimere vergoeding van tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg.

‘Als je als huisarts denkt: ik wil mijn 40-jarige Hindostaans-Surinaamse mannen oproepen, want ja, die kan ik er niet uithalen met een zoekstrategie.’

Huisarts (man, 40)

BESCHOUWING

De geïnterviewde huisartsen erkennen over het algemeen dat etniciteit relevant is voor het cardiovasculaire risico en voor de behandeling daarvan. Taalbarrières en verschillen in sociaal-culturele percepties en voorkeuren verhinderden dikwijls de vorming van een gezamenlijke visie en bemoeilijken gezamenlijke besluitvorming. Daardoor vonden de huisartsen het lastig te beoordelen of hun begeleiding passend was. Een van de voorgestelde oplossingen was het inschakelen van familieleden of van praktijkondersteuners met eenzelfde etnische achtergrond. Hoe meer inzicht huisartsen hebben in de percepties en culturele gewoonten van hun patiënt, hoe meer maatwerk ze kunnen bieden in de leefstijlbegeleiding. De geïnterviewden zeiden wel dat ze behoefte hadden aan ruimere vergoeding van telefonische tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg.

BETERE PREDICTIEMODELLEN

De nieuwste Europese cardiovasculaire richtlijn adviseert een omrekeningsfactor voor specifieke etnische groepen toe te voegen aan de cardiovasculaire risico-inschatting. Omdat er zelfs binnen groepen met dezelfde migratieachtergrond grote geografische verschillen zijn in het geschatte cardiovasculaire

risico, zou men daarbij zoveel mogelijk met landspecifieke risicomodellen moeten werken.¹² Recent Nederlands onderzoek laat zien dat het cardiovasculaire risico van etnische groepen, met name van Surinaamse afkomst, substantieel wordt onderschat.¹³ In het Verenigd Koninkrijk zijn cardiovasculaire predictiemodellen ontwikkeld die rekening houden met belangrijke etnische verschillen.¹⁴ Dit was mogelijk doordat Britse huisartsen de etniciteit van hun patiënten registreren in het medisch dossier. In ons onderzoek lijken de geïnterviewde huisartsen echter een ambivalente houding te hebben tegenover registratie van etniciteit. Zij willen wel meer weten over etnische verschillen, maar laten de angst voor neveneffecten van registratie en gebrek aan bewijs voor betere gezondheidsuitkomsten zwaarder wegen. Hierdoor blijven we mogelijk verstoken van inzichten in gezondheidsverschillen.¹⁵

BEPERKINGEN

Een beperking van ons onderzoek is dat mogelijk alleen huisartsen met een specifieke interesse in dit onderwerp aan de interviews deelnamen. Meerdere respondenten gaven echter aan dat ze voordien nauwelijks stilstonden bij de mogelijke invloed van etniciteit op het CVRM. Een tweede beperking is dat de meeste geïnterviewden van Europese afkomst waren. De deelnemende huisartsen die een niet-Europese migratieachtergrond hadden, hadden grotendeels overeenkomstige opvattingen, maar benoemden bij patiënten met dezelfde etnische achtergrond wel het voordeel dat ze dezelfde taal spraken en bekend waren met hun culturele leefstijlgevoonten, zodat ze makkelijker een passend leefstijladvies konden geven.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

De behoefte aan ruimere vergoeding en betere beschikbaarheid van telefonische tolkdiensten kwam ook al in eerder onderzoek naar voren. Taalbarrières versterken culturele barrières en verminderen de toegankelijkheid van zorg, en vergroten daardoor de kans dat etnische gezondheidsverschillen toenemen.¹⁶

In ons onderzoek werd een aantal best practices genoemd, waaronder het inzetten van praktijkondersteuners met eenzelfde etnische achtergrond en het actief onderzoeken van verklaringenmodellen van patiënten voor risicofactoren zoals hypertensie. Ook dit strookt met eerder onderzoek, waaruit bleek dat rekening houden met culturele verschillen bij hyper-

tensie kan leiden tot betere opvolging van leefstijladviezen en tot betere bloeddrukwaarden.¹⁷

Tot slot is de rol van praktijkondersteuners in de CVRM-zorg de afgelopen jaren veel prominenter geworden.¹⁸ Onderzoek naar hun opvattingen en ervaringen kan waardevolle aanvullende kennis opleveren.

CONCLUSIE

De 24 geïnterviewde Nederlandse huisartsen zien etniciteit over het algemeen als een relevante factor bij het CVRM, die extra aandacht verdient. De CVRM-zorg voor de steeds diverser wordende eerstelijns populatie kan profiteren van bestaande best practices, laagdrempelige beschikbaarheid van tolkdiensten en meer onderzoek naar de vraag hoe etniciteit het cardiovasculair risico beïnvloedt. ■

LITERATUUR

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [fact sheet]. Geneva: WH, 2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)), geraadpleegd 1 juni 2021.
2. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2016;11):e0147601.
3. Perini W, Snijder MB, Peters RJ, Kunst AE. Ethnic disparities in estimated cardiovascular disease risk in Amsterdam, the Netherlands: The HELIUS study. *Neth Heart J* 2018;26:252-62.

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

Van Apeldoorn JA, Roozkrans AK, Harskamp RE, Richard E, Agyemang C, Moll van Charante EP. Etniciteit en cardiovasculair risicomanagement. *Huisarts Wet* 2023;66(11):17-20. DOI:10.1007/s12445-023-xxx-x. Amsterdam UMC, afdelingen Huisartsgeneeskunde en Public and Occupational Health: J.A.N. van Apeldoorn, arts-onderzoeker: j.a.vanapeldoorn@amsterdamumc.nl; A.K. Roozkrans, arts-onderzoeker; dr. R.E. Harskamp, huisarts, universitair docent; prof.dr. E.P. Moll van Charante, hoogleraar cardiovasculair risicomanagement in een multi-etnische populatie; prof.dr. C. Agyemang, hoogleraar sociale geneeskunde. Radboudumc, Nijmegen; prof.dr. E. Richard, hoogleraar neurologie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Het onderzoek werd ondersteund door ZonMW onder grantnummer 10060011910004.

Pilgebruiksters testen op factor V Leiden-mutatie niet nodig

Mariken Stegmann, Liesbeth van Vlijmen

Dat het risico op veneuze trombose verhoogd is bij pilgebruik en bij trombofilie weet waarschijnlijk elke huisarts. Maar hoe groot zijn de risico's eigenlijk? In deze casuïstiek bespreken we hoe het precies zit en waarom testen op factor V Leiden in het kader van anticonceptieadvies niet hoeft.

CASUS: EEN JONGE PILGEBRUIKSTER MET EEN VRAAG

De 22-jarige Sanne komt op het spreekuur. Ze gebruikt ethinylestradiol/levonorgestrel 30/150 µg en heeft verder een blanco voorgeschiedenis. Ze vertelt dat haar vader kortgeleden spontaan een trombose-been heeft gehad en vervolgens positief is getest op factor V Leiden. Een jaar geleden had hij ook al een spontane longembolie. Sanne vraagt zich af of zij zich ook moet laten testen op factor V Leiden. Na enig zoekwerk besluit u samen om dit wel te doen. Sanne blijkt heterozygote drager te zijn. Na counseling besluit Sanne te switchen naar een hormoonspiraaltje.

Een veneuze trombo-embolie (VTE) is meestal een diepveneuze trombose van het been of een longembolie. Een VTE ontstaat in het algemeen onder invloed van meerdere risicofactoren.¹ De belangrijkste zijn:

- een trombofiele afwijking
- VTE in de voorgeschiedenis
- VTE bij een eerstegraads familielid (broer, zus, vader, moeder)
- zwangerschap en eerste 6 weken na de bevalling
- leeftijd ≥ 35 jaar
- BMI > 30
- recente operatie of trauma
- langdurige immobiliteit
- gebruik van oestrogenen (combinatiepil, vaginale anticonceptivering, anticonceptiepleister, hormoontherapie)

Roken is geen risicofactor voor een VTE (maar wel voor arteriële trombose).²

HET ABSOLUTE RISICO OP EEN VTE

Pilgebruiksters

Het basisrisico op een VTE is voor vrouwen van 25-40 jaar zonder risicofactoren ongeveer 3 per 10.000 vrouwen per jaar. Oestrogenen verhogen dit basisrisico. Bij de combinatiepil, die bestaat uit een oestrogeen en een progestageen, bepaalt de

oestrogene component het risico. De progestagene component verhoogt op zichzelf het risico niet, maar kan de verhoging wel beïnvloeden.³ Combinatiepillen worden op basis van hun progestagene component ingedeeld in tweede, derde en vierde generatie. Progestagenen van de tweede generatie zoals (levo-)norgestrel verlagen het tromboserisico van een combinatiepreparaat iets, maar progestagenen van de derde en vierde generatie, zoals gestodeen of dienogest, doen dat niet. Combinatiepillen van de tweede generatie (ethinylestradiol gecombineerd met het progestageen levonorgestrel of norgestimaat) verhogen het risico op een VTE van ongeveer 3 naar 5-7 per 10.000 vrouwen per jaar. Combinatiepillen van de derde of vierde generatie verhogen dat risico wat meer, tot 6-12 per 10.000 vrouwen per jaar. Vaginale anticoncepteringen en pleisters, die ook oestrogeen bevatten, verhogen het risico ongeveer evenveel als combinatiepillen van de derde en vierde generatie.⁴⁻⁶ De NHG-Standaard Anticonceptie adviseert als eerste keus een combinatiepil met ethinylestradiol/levonorgestrel 30/150 µg, als tweede keus ethinylestradiol/levonorgestrel 20/100 µg, ethinylestradiol/gestodeen 20/75 µg of ethinylestradiol/norgestimaat 35/250 µg. Voor jonge vrouwen zonder andere risicofactoren wordt het verhoogde risico op een VTE door de combinatiepil in het algemeen acceptabel gevonden.⁷ De standaard adviseert huisartsen het risico te bespreken wanneer de vrouw met de pil begint en als eerste keus een tweedegeneratiepil voor te schrijven.⁶

Pilgebruiksters met een stollingsafwijking

Trombofilie is een van de risicofactoren voor een VTE. De toename van het risico hangt af van de ernst van deze erfelijke stollingsafwijking. Er zijn ernstige vormen van trombofilie, zoals deficiënties van antitrombine, proteïne C en proteïne S, die gepaard gaan met een sterk verhoogd basisrisico, tot 1,64% per jaar. Maar dit zijn zeldzame ziektes, met prevalenties van ongeveer 0,1%. Mildere vormen, waaronder de factor V Leiden-mutatie (heterozygoot) en de protrombine-20210A-mutatie, verhogen het basisrisico naar 0,19% per jaar. Deze afwijkingen komen veel vaker voor, met prevalenties van respectievelijk 5% en 2%. Voor vrouwen met ernstige trombofilie die de anticonceptiepil gaan gebruiken stijgt het risico op een VTE veel meer (tot 4,62% per jaar) dan voor vrouwen met milde trombofilie (tot 0,49% per jaar).^{8,9} Pilgebruik heeft dus

DE KERN

- De factor V Leiden-mutatie is een relatief veelvoorkomende risicofactor voor een veneuze trombo-embolie (VTE); draagsters wordt afgeraden oestrogenen te gebruiken, bijvoorbeeld als anticonceptie.
- Het heeft geen zin om alle vrouwen die de combinatiepil willen gebruiken te screenen op de factor V Leiden-mutatie. Belangrijker zijn de bekende risicofactoren; met name de familieanamnese.
- Overweeg laboratoriumonderzoek als een vrouw met de factor V Leiden-mutatie in de familie anticonceptie wil gaan gebruiken. Als in de familie ook VTE voorkomt, is dat voldoende reden om oestrogenenbevattende anticonceptie af te raden; een test voegt dan niets toe.

een veel grotere impact bij vrouwen met ernstige trombofilie. Bij bovenstaande cijfers past de kanttekening dat ze zijn berekend in cohorten van familieleden van trombofiele patiënten met een VTE, dus in populaties die altijd een positieve familieanamnese hebben. De gevonden risicoverhogingen zullen daarom minder groot zijn bij willekeurige pilgebruiksters die alleen zelf positief getest zijn op een stollingsafwijking.

Pilgebruiksters met een positieve eerstegraads familieanamnese

Een eerstegraads familielid met een VTE is een onafhankelijke risicofactor. Bij vrouwen zonder aangetoonde trombofilie verhoogt de combinatiepil het relatieve basisrisico op een VTE twee- tot driemaal, van 0,03% naar 0,05-0,12% per jaar.¹⁰⁻¹² Een positieve familieanamnese, met of zonder aangetoonde trombofilie, verhoogt het absolute basisrisico nog eens drie- tot zevenmaal, naar 0,35% per jaar. En als er sprake is van een hormoongerelateerde VTE bij moeder of zus (tijdens zwangerschap of pilgebruik) is het absolute risico mogelijk nog iets hoger.¹² Het is ook goed om te weten dat in de helft van de families waar trombose voorkomt geen van de genoemde 5 stollingsafwijkingen kan worden aangetoond.

ZWANGERSCHAP EN KRAAMPERIODE

Tijdens zwangerschap en de kraamperiode kan trombofilieonderzoek, zoals een factor V Leiden-bepaling, toegevoegde waarde hebben om te bepalen of profylactische antistolling geïndiceerd is. Vrouwen van wie bekend is dat zij heterozygote draagster zijn van een factor V Leiden-mutatie, zoals Sanne in onze casus, komen sowieso in aanmerking voor postpartumprofylaxe gedurende 6 weken. Wij pleiten ervoor om alle vrouwen met een positieve eerstegraads familieanamnese, dus ook zonder aangetoonde trombofilie, in aanmerking te laten komen voor postpartumprofylaxe [de situatie met het hoogste tromboserisico].

AFWEGING VAN RISICOFACTOREN BIJ DE COMBINATIEPIL

Welke van bovengenoemde risicofactoren voor een VTE worden beschouwd als contra-indicaties voor de combinatiepil? De NHG-Standaard Anticonceptie onderscheidt absolute en relatieve contra-indicaties. Absolute contra-indicaties zijn aangetoonde trombofilie en diepe veneuze trombose of longembolie in de voorgeschiedenis; de combinatiepil wordt ontraden. De standaard beschouwt een eerstegraads familielid met een VTE, met of zonder aangetoonde trombofilie, als een relatieve contra-indicatie; de voorkeur gaat dan uit naar een andere methode. Dit advies is in lijn met de Multidisciplinaire richtlijn Antitrombotisch beleid van de NIV.^{7,13} De NHG-standaard Anticonceptie adviseert om de indicaties en contra-indicaties regelmatig te evalueren, bijvoorbeeld eens in de 1-5 jaar, en gezamenlijk te beslissen of de anticonceptie kan worden voortgezet.

TESTEN OP TROMBOFILIE?

De NVKC adviseert in *Zinnige diagnostiek bij erfelijke trombofiliefactoren* de 5 trombofiliefactoren (inclusief factor V Leiden) alleen te onderzoeken bij patiënten of eerstegraads familieleden van patiënten met een sterke familiale belasting voor een spontane diepe veneuze trombose of longembolie, na een goede anamnese.¹⁴ Trombofilieonderzoek heeft alleen toegevoegde waarde om te bepalen of een vrouw in de vruchtbare leeftijd een gecombineerd anticonceptivum kan gebruiken, en tijdens zwangerschap en kraamperiode om te bepalen of profylactische antistolling geïndiceerd is. De NHG-Standaard stelt dat een eerstegraads familielid met een VTE het risico op een VTE sowieso al verhoogt en dat men dan beter niet voor een combinatiepreparaat kan kiezen. Testen op trombofilie heeft in dat geval weinig toegevoegde waarde.⁷ De NIV-richtlijn geeft hetzelfde advies.¹³ Omdat de factor V Leiden-mutatie veel vaker voorkomt dan de 4 andere trombofiliefactoren en makkelijk te onderzoeken is, is in het verleden wel geopperd dat iedereen die de combinatiepil wil gebruiken eerst getest zou moeten worden. Zo'n screening is vanwege de zeer lage prevalentie van VTE bij pilgebruik, ook bij draagsters van de factor V Leiden-mutatie, echter niet kosteneffectief. Men zou 20.000 vrouwen moeten testen om 1 trombose door pilgebruik te voorkomen.¹⁵

ANTICONCEPTIEMETHODEN ZONDER OESTROGEEN

Wie kiest voor anticonceptie zonder oestrogeen heeft verschillende opties. Op Thuisarts.nl zijn verschillende keuzekaarten beschikbaar die de verschillen op een rijtje zetten. Bij de volgende methoden is de kans op zwangerschap < 1% per jaar (pearlindex < 1):

- progestageenbevattend spiraaltje
- progestageenbevattend implantatiestaafje
- koperhoudend spiraaltje
- anticonceptiepil met alleen progestageen (desogestrel; dagelijks innemen)
- sterilisatie van de man of de vrouw



Overweeg laboratoriumonderzoek als een vrouw met de factor V Leiden-mutatie in de familie anticonceptie wil gaan gebruiken. Foto: Shutterstock

Het tromboserisico van de 'prikpil', een progestageenbevattende driemaandelijke injectie, is onzeker, maar zowel de NHG-Standaard ('relatieve contra-indicatie') als de NIV-richtlijn ontraden de prikpil bij vrouwen met een verhoogd risico op een VTE.^{7,13}

Bij de keuze wegen uiteraard ook andere factoren mee, zoals therapietrouw en persoonlijke voorkeur, én het risico op een ongewenste zwangerschap (met het veel sterker verhoogde tromboserisico dat daarmee samenhangt).^{2,6} Wanneer de vrouw toch een zeer sterke voorkeur heeft voor de combinatiepil, kan eventueel worden overwogen tijdelijk een combinatiepil voor te schrijven met een zeer lage oestrogeendosering, bijvoorbeeld ethinylestradiol/levonorgestrel 20/100 µg.⁴

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Omdat Sanne de combinatiepil gebruikte, besloot de huisarts dat er volgens de richtlijn Zinnige diagnostiek een indicatie was voor onderzoek naar de factor V Leiden-mutatie. Door de testuitslag veranderde een relatieve contra-indicatie (eerstegraads familielid met een VTE) in een absolute contra-indicatie (aangetoonde trombofilie). In beide gevallen adviseert de NHG-Standaard te kiezen voor anticonceptie zonder oestrogenen, dus achteraf had de test weinig toege-

voegde waarde. Ook de NIV-richtlijn raadt testen in zo'n situatie niet aan, maar er kunnen bij individuele patiënten uiteraard andere, doorslaggevende redenen zijn om toch te testen.

Het risico op een VTE is sterk verhoogd bij vrouwen met een positieve eerstegraads familieanamnese voor trombose, ook wanneer zij negatief testen op trombofilie. Het verhoogde risico is op zichzelf reden genoeg om te kiezen voor een anticonceptiemethode zonder oestrogenen; trombofilieonderzoek heeft in dat geval geen toegevoegde waarde. ■

LITERATUUR

1. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 1999;353:1167-73.
2. Horton LG, Simmons KB, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive use among obese women and risk for cardiovascular events: a systematic review. *Contraception* 2016;94:590-604.
3. Tans G, Bouma BN, Büller H, Rosing J. Changes of hemostatic variables during oral contraceptive use. *Semin Vasc Med* 2003;3:61-8.

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

Stegmann ME, Van Vlijmen EF. Testen op Factor V Leiden-mutatie bij pilgebruiksters niet nodig. *Huisarts Wet* 2023;66[11]:23-5. DOI:10.1007/s12445-023-2359-8.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. M.E. Stegmann, huisarts en klinisch epidemioloog: m.e.stegmann@umcg.nl. Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Klinische Farmacologie en Farmacie dr. E.F.W. van Vlijmen, arts/wetenschappelijk medewerker, en klinisch beoordelaar CBG.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Blader naar pagina 33 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

Hoe te handelen bij de onbekende oogziekte acute maculaire neuroretinopathie?

Maarten Jalink, Annely Langejan, Frea Hoogendam-Sloot, Inge Bronkhorst

Acute maculaire neuroretinopathie (AMN) is een zeldzame ziekte waarbij plotseling paracentrale scotomen ontstaan in 1 of beide ogen. AMN kan worden uitgelokt door onder andere virusinfecties en vaccinaties. Tijdens de coronapandemie nam het aantal diagnoses toe en oogartsen herkennen de ziekte vaker dan voorheen. Het ziektebeeld verdient ook onder huisartsen meer bekendheid.

AMN is een aandoening van het netvlies die in 1975 voor het eerst werd beschreven door de Nederlandse oogartsen Bos en Deutman.¹ Patiënten klagen doorgaans over plots ontstane, paracentrale, doorzichtige scotomen in een of beide ogen, die tijdelijk of permanent aanwezig zijn.² Sommige patiënten zien tevens lichtflitsen of schitteringen. Door gewenning verdwijnen bij sommigen de klachten, maar bij een centraal gezichtsveldonderzoek blijven de afwijkingen in het gezichtsveld zichtbaar. De prognose is niet duidelijk.

CASUS: EEN JONGE VROUW MET EEN VLEK IN HET LINKEROOG

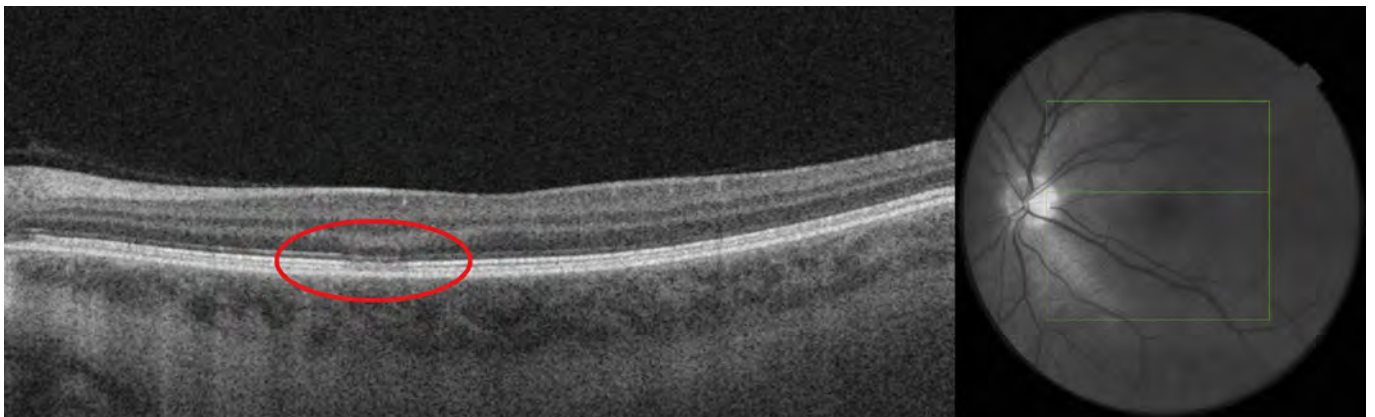
Anna is een 39-jarige vrouw met een voorgeschiedenis van migraine met aura, hypothyreoïdie en refractielaser. Ze komt bij de huisarts met een sinds 5 dagen bestaande donkere vlek links onder in het beeld van haar linkeroog. De vlek is doorzichtig, zit op een vaste plek net buiten het centrum van het zicht en beweegt niet; de visus (het centrum zelf) is meestal ongestoord. Patiënte ziet tevens schitteringen, maar de klachten zijn anders dan bij haar migraine. Ze is niet ziek geweest en heeft 2 weken geleden een boostervaccin tegen het coronavirus gehad. Ze gebruikt levothyroxine en orale anticonceptie. De huisarts verwijst Anna naar de oogarts. Deze stelt op basis van de OCT-scan [figuur 1] de diagnose acute maculaire neuroretinopathie van het linkeroog en adviseert patiënte om te stoppen met de pil. Het verdere beleid is afwachtend. Bij controle na 3 maanden zijn de schitteringen verminderd, maar is de vlek nog steeds aanwezig.

RONDE OF BLOEMBLADVORMIGE AFWIJINGEN

Oogheelkundig onderzoek door de huisarts draagt doorgaans weinig bij: bij de meeste patiënten is de visus ongestoord en

Figuur 1

Optische coherentietomografie (OCT) van het linkeroog van Anna



Links: doorsnede van de macula met verschillende lagen. Rood omcirkeld zijn subtiele afwijkingen van de fotoreceptoren [de witte lijnen lopen niet door]. Rechts: vooraanzicht van het centrale deel van het netvlies [de lijn in het groene vierkant toont waar de doorsnede is gemaakt]. De positie van de afwijking [rechts boven de fovea] correspondeert met de locatie waar de patiënt de vlek ziet [links onder het centrum].

DE KERN

- Acute maculaire neuroretinopathie (AMN) is een zeldzame ziekte waarbij plotseling in 1 of beide ogen paracentrale scotomen en schitteringen of flikkeringen kunnen optreden.
- AMN kan worden uitgelokt door virusinfecties, vaccinaties en medicatie. De meeste patiënten zijn jong (25-40 jaar), vrouw en de meeste gebruiken orale anticonceptie.
- De klachten verdwijnen vaak spontaan, maar zijn soms blijvend. De visus is meestal niet aangedaan en patiënten wennen doorgaans aan de scotomen.
- AMN kan in de huisartsenpraktijk niet vastgesteld worden, maar alleen met optische coherentietomografie (OCT) door de oogarts.
- De prevalentie van AMN is onduidelijk; tijdens de coronapandemie is het aantal diagnoses plotseling sterk gestegen.

het spleetlamponderzoek niet afwijkend. In de acute fase kan men bij fundoscopie soms wigvormige afwijkingen rond de fovea zien. De oogarts bevestigt de diagnose door middel van optische coherentietomografie (OCT), een in de oogheelkunde veelgebruikte beeldvormingstechniek. Op de OCT-scan worden de verschillende lagen van het netvlies afgebeeld door middel van terugkaatsende lichtstralen (in feite een soort echografie, maar dan met licht in plaats van geluidsgolven). Bij AMN zijn rond de fovea kenmerkende ronde of bloembladvormige afwijkingen te zien aan de fotoreceptorlaag (het buitenste deel van de neuroretina; vandaar de naam 'neuroretinopathie').

AMN is een in principe eenmalige gebeurtenis, die kan worden uitgelokt door zeer verschillende oorzaken, zoals virusinfecties (griep, COVID-19), vaccinaties of vaatvernauwende medicatie (bijvoorbeeld epinefrine).³ De pathofysiologie is onduidelijk. De meest gangbare theorie gaat uit van ischemie in zeer kleine, diepe retinale bloedvaten rond de fovea door microtrombi, vaat(wand)ontsteking of vasospasme.^{2,4} Er is geen bewezen effectieve behandeling. Risicofactoren zijn onder andere leeftijd (20-40 jaar), vrouwelijk geslacht en het gebruik van orale anticonceptie. Herhaald optreden van AMN is zeer zeldzaam, maar niet onmogelijk. Omdat het ziektebeeld weinig voorkomt, is

niet goed onderzocht of stoppen met orale anticonceptie zo'n herhaling daadwerkelijk kan voorkomen, maar het kan, in goede samenspraak met de patiënt, wel worden overwogen.

PREVALENTIE

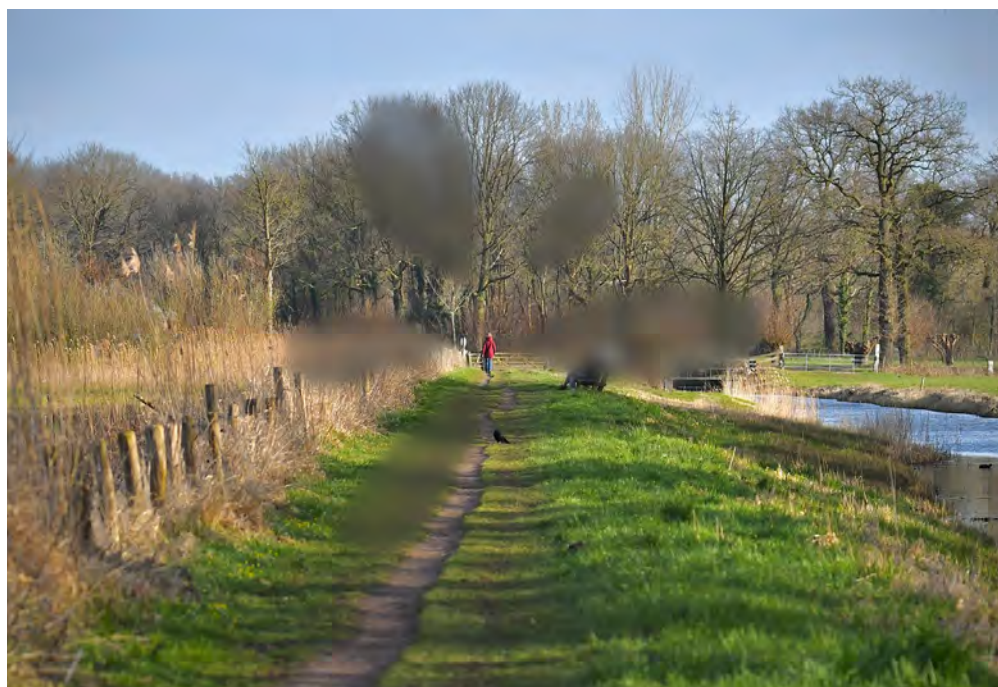
De prevalentie van AMN in de algemene bevolking is minder dan 1:1.000.000.⁵ In 2021 zagen we op de afdeling Oogheelkunde van het Jeroen Bosch Ziekenhuis 5 patiënten met AMN, van wie 2 na COVID-19 en 2 na een coronavaccinatie.³ Kort na carnaval 2022 (dat gevolgd werd door een piek in het aantal positieve coronatests) volgden nog eens 5 gevallen. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat patiënten die AMN krijgen na een coronabesmetting afwijken van de gebruikelijke patiënten met AMN: ze zijn significant ouder (gemiddeld 45,9 jaar) en het zijn even vaak mannen als vrouwen. Patiënten die AMN krijgen na een coronavaccinatie voldoen daarentegen wel aan de gebruikelijke patiëntkarakteristieken: het zijn doorgaans jonge vrouwen die orale anticonceptie gebruiken.³ Wereldwijd zag men eenzelfde associatie tussen de pandemie en een stijging van het aantal patiënten met AMN. In een Parijs ziekenhuis zag men een significante stijging tussen 2019 (1 patiënt met AMN) en 2020 (11 patiënten met AMN).⁷ In België werden 4 patiënten met AMN beschreven, zowel na infectie als vaccinatie.⁸

CORONAVACCINATIE

Omdat de diagnose AMN niet als losse diagnose of diagnose-behandelcombinatie kan worden geregistreerd, zijn er geen precieze cijfers voor Nederland.^{9,10} Navraag bij Bijwerkingencentrum Lareb in maart 2023 leert dat de diagnose in totaal 4

Figuur 2

Paracentrale scotomen bij AMN; hoeveelheid, grootte en diepte verschillen per patiënt



keer als bijwerking is gemeld, steeds na een coronavaccinatie (inclusief onze eigen 2 patiënten).³ Alle patiënten waren vrouwen tussen de 23 en 42 jaar, de klachten waren van 2 dagen tot 6 weken na de vaccinatie ontstaan en de helft van de patiënten was op het moment van de melding hersteld. In Vigilyze, een bijwerkingendatabank van de WHO, is AMN tussen 2013 en 2023 in totaal 197 keer gemeld als bijwerking van een medicijn of vaccin, waarvan 120 keer als bijwerking van een vaccin. Bij 111 patiënten betrof het een coronavaccinatie. Het lijkt er dus op dat het aantal patiënten met AMN tijdens de coronapandemie is gestegen, maar bij gebrek aan volledige gegevens kunnen we daar niet zeker van zijn. Doordat er bij de vaccinatiecampagnes veel aandacht was voor eventuele bijwerkingen, kan er sprake zijn geweest van *confirmation bias*.

CONCLUSIE

Er lijkt een correlatie te bestaan tussen de zeldzame diagnose AMN enerzijds en COVID-19 en de vaccinaties anderzijds. Bij een eventuele nieuwe coronagolf of landelijke vaccinatieronde zal men hierop bedacht moeten zijn. De oogklachten kunnen vaag en moeilijk te objectiveren zijn, en de diagnose AMN is in de huisartsenpraktijk niet te stellen. Zelfs voor oogartsen is AMN op een OCT-scan moeilijk te diagnosticeren, omdat de afwijkingen erg subtiel zijn. Bekendheid met het ziektebeeld en een goede anamnese zijn daarom belangrijk. AMN is op zich

zelf geen spoedeisende diagnose, maar plots ontstane vlekken of flikkeringen in het gezichtsveld hebben een brede differentiaaldiagnose en zijn volgens de NHG-Standaard Visusklachten indicatie voor (spoed)verwijzing naar een oogarts.¹¹ ■

LITERATUUR

1. Bos PJ, Deutman AF. Acute macular neuroretinopathy. *Am J Ophthalmol* 1975;80:573-84.
2. Bhavsar KV, Lin S, Rahimy E, Joseph A, Freund KB, Sarraf D, et al. Acute macular neuroretinopathy: A comprehensive review of the literature. *Surv Ophthalmol* 2016;61:538-65.
3. Jalink MB, Bronkhorst IH. A sudden rise of patients with acute macular neuroretinopathy during the COVID-19 pandemic. *Case Rep Ophthalmol* 2022;13:96-103.

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

Jalink MB, Langejan AI, Hoogendam-Sloot F, Inge Bronkhorst IH. Hoe te handelen bij de onbekende oogziekte acute maculaire neuroretinopathie? *Huisarts Wet* 2023;66(11):26-8. DOI: 10.1007/s12445-023-2361-1.
Centraal Militair Hospitaal, afdeling Oogheelkunde, Utrecht: dr. M.B. Jalink, oogarts: maartenjalink@hotmail.com; dr. F. Hoogendam-Sloot, oogarts. Rotterdam: A.I. Langejan, huisarts. Jeroen Bosch Ziekenhuis, Afdeling Oogheelkunde, 's-Hertogenbosch: dr. I.H.G. Bronkhorst, oogarts. Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Uw diagnose

'Een kraag van wratjes'

Door: André Moyakine

Een 37-jarige man krijgt een verwijzing naar de dermatoloog omdat hij al meer dan een jaar storende 'wratjes' op zijn penis heeft. Hij heeft een blanco dermatologische voorgeschiedenis en is nooit behandeld voor een soa. Hij heeft een vaste partner, die geen klachten heeft.

Bij lichamelijk onderzoek ziet de dermatoloog over de gehele proximale rand van de glans penis gegroepeerde, vlakke huidkleurige, deels confluërende (= samensmeltende) gladde papels van 1-2 mm, die in 1 lijn en in meerdere lagen liggen. Verder heeft de patiënt geen huidafwijkingen (ook niet perianaal of elders in het genitale gebied).

Wat is uw diagnose?

1. Condylomata acuminata (genitale wratten)
2. Fibromata pendulans (steelwratten)
3. Pearly penile papules (= PPP)
4. Mollusca contagiosa (waterwratjes)

➤ Het antwoord leest u op pagina 43 en www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Een kraag van wratjes'.

Figuur

Huidkleurige tot witte huidafwijkingen, in een kraag rond de basis van de glans penis



Ecg-casus 'Saturatiemeter defect?'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 48-jarige vrouw meldt zich bij de huisarts.

Voorgeschiedenis: COPD Gold-stadium I, diabetes mellitus type 2, fibromyalgie.

Medicatie: Tiotropium 2,5 µg/do 1 dd 2 inhalaties, metformine 3 dd 1000 mg, gliclazide mga 1 dd 80 mg.

Anamnese: De patiënt meldt zich met 10 dagen bestaande klachten van hoesten en sputumopgave. Ze denkt dat ze koorts heeft. Ze voelt zich een stuk minder energiek dan normaal en ligt delen van de dag op bed. Ze vraagt zich af of ze een longontsteking heeft. Volgens haar saturatiemeter is de saturatie prima, maar soms geeft de meter een polsfrequentie van 36/min aan. Op die momenten voelt ze een onregelmatige hartslag.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 138/88 mmHg, pols 72/min, regelmatig. Saturatie 96%. Temperatuur 38,6° C. Hart: normale tonen, geen soufflé. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis, zonder bijgeluiden. Enkels: geen oedeem.

De huisarts denkt aan een virale luchtweginfectie – het direct gemeten CRP is 4 mg/l. Ze laat nog een 48-uurs-ecg-registratie thuis doen, om een eventuele bradycardie en atriumfibrilleren uit te sluiten. Mevrouw rapporteert de onregelmatige hartslag in deze periode meermaals en de ecg-registratie ziet er op die momenten als volgt uit.



Illustraties: Guusje Bertholet

OPGAVE

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

➤ Het antwoord vindt u op pagina 37 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Saturatiemeter defect?'

LITERATUUR

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



Machteld Huber begon haar carrière als huisarts. Ze werd al snel na haar start met ziekte geconfronteerd en leerde daarvan dat haar ervaring als patiënt veel verder strekte dan wat zij als arts ooit had geleerd. Ze merkte dat zij haar herstel actief en positief kon beïnvloeden. Verder onderzoek hiernaar leidde tot het concept Positieve Gezondheid en het Institute for Positive Health.

Machteld Huber laat huisartsen op hun handen zitten

Frank van Wijck, Mariëlle van Avendonk

Het concept Positieve Gezondheid van oud-huisarts Machteld Huber is na Nederland nu ook internationaal aan een opmars bezig. Het concept wordt steeds vaker gebruikt om de zorgverlener op basis van ‘het andere gesprek’ anders te laten werken: op zijn handen te zitten in plaats van meteen een oplossing te bieden. Veelal is die zorgverlener een huisarts, maar ook medisch specialisten beginnen de waarde te erkennen.

Huber wil meteen aan het begin van het interview een paar dingen duidelijk maken. Ten eerste: Positieve Gezondheid wordt geschreven met hoofdletters. ‘Een bewuste keus, om het te onderscheiden van andere invullingen van het begrip, die er ook zijn’, zegt ze. Ten tweede: Positieve Gezondheid is geen definitie, maar een werkrichting en karakterisering of concept. ‘Het was socioloog Paul Schnabel die me dat aanraadde’, vertelt ze. ‘Toen ik in *de Volkskrant* las: “Machteld Huber zegt: wie geen

‘Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in 6 dimensies, gecombineerd met “het andere gesprek”’

eigen regie kan nemen, is niet gezond”, was ik hem daar dankbaar voor. Dat was immers precies wat ik niet zeg.’ Een ander punt waarover ze aan het begin van het gesprek de puntjes op de i wil zetten betreft de zinsnede *Health as the ability to adapt and to self manage* die ze formuleerde als onderdeel van het nieuwe concept van gezondheid. ‘Met nadruk op *health as*, dus’, zegt ze, ‘niet *health is*. De werkrichting Positieve Gezondheid is het vervolg op dat vernieuwde concept van gezondheid, tot stand gekomen op basis van verdere verdieping. Het is de uitwerking in de praktijk, op het primair individuele niveau. Het wordt

als leidend gezichtspunt herkend en breed omarmd.’ Wat is Positieve Gezondheid dan precies? Dit: een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in 6 dimensies, gecombineerd met “het andere gesprek”. Die combinatie draagt bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

Het spinnenweb als gespreksbasis

De 6 dimensies van Positieve Gezondheid – lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren – vormen het spinnenweb. Bij ieder van die 6 termen hoort een vraag. Huber: ‘Mensen kunnen een papieren afbeelding van het spinnenweb óf de digitale vragenlijst invullen om in kaart te brengen hoe ze hun gezondheid ervaren. Voelen ze zich gelukkig? Lukt het ze om de dagelijkse dingen te doen? Beleven ze plezier aan bezigheden? Het antwoord op die vragen vormt de basis voor “het andere gesprek” van de huisarts met die persoon. Een gesprek waarin de huisarts een coachende rol aanneemt door open vragen te stellen als: “Wat vind je ervan, wat valt je op?” en vervolgens vooral stil te zijn. Dan komen er verhalen waarin de huisarts, zelfs als hij iemand al 20 jaar in zijn spreekkamer heeft, dingen hoort die hij nooit eerder hoorde. De vervolgvraag is dan: “Zou je wat willen veranderen, wat kun je daarvoor zelf doen en waarbij heb je hulp nodig?” Dan kan het ineens lukken iemand van het roken af te helpen, die het al jaren niet lukt om te stoppen. Niet omdat de huisarts zegt dat het moet, maar omdat hij de patiënt de weg wijst naar iets wat zingeving biedt. Een buurtcentrum waarin hij een actieve rol kan spelen, bijvoorbeeld.’ Daarmee weerlegt Huber ook de kritiek die ze heeft gekregen, als zou haar concept te veel uitgaan van autonome mensen. ‘Als iemand in het gesprek op basis van het spinnenweb zelfs maar een klein stapje kan zetten in een gewenste verandering, is al de basis gelegd om eigen regie te beleven’, zegt ze.

Praktische aanpassingen

Het spinnenweb vormt het uitgangspunt voor het gesprek

tussen de huisarts en patiënt. ‘De taal ervan is inmiddels vereenvoudigd ten opzichte van de eerste versie uit 2016’, vertelt Huber. ‘Een term als cognitief functioneren zegt veel mensen niets. Bovendien zijn elementen toegevoegd als “rondkomen met je geld” en “je woonsituatie”, want die zijn essentieel voor het sociaal domein. Later is nog “seksualiteit” toegevoegd. Ook is het spinnenweb aangevuld met een jokervraag. Als iemand vindt dat een woord er niet instaat dat wel belangrijk is, kan hij of zij dat zelf toevoegen.’

‘Het andere gesprek op basis van het spinnenweb voorkomt blinde vlekken voor de huisarts’

Huber heeft talloze lezingen gegeven om haar gedachtegoed onder de aandacht te brengen. ‘In iedere zaal zaten wel een paar mensen die het herkenden en ermee aan de slag gingen’, zegt ze. ‘Zelfs voordat er enig bewijs voor was.’ In het onderzoek naar Positieve Gezondheid heeft huisarts Hans Peter Jung een belangrijke rol gespeeld. Huber vertelt: ‘Hij is met Positieve Gezondheid gaan werken en heeft daarbij heel nauwkeurig de patiëntgegevens bijgehouden over tevredenheid en daling van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. En als belangrijkste voorbeeld voor zichzelf ziet hij dat hij veel minder moe wordt van zijn spreekuur. Hij moet wel zijn netwerk goed benutten – sociaal domein, de buurttuin, de pastoor of wat dan ook – maar hij hoeft het probleem van de ander niet op te lossen.’

Vorbij de blinde vlekken

Maar toch. Huisartsenzorg is al contextgerelateerde en persoonsgerichte zorg. Al lang voordat werd gesproken over Positieve Gezondheid, werd in de huisartsopleiding breed aandacht gegeven aan persoon, omgeving en zingeving. Wat voegt Positieve Gezondheid hieraan toe? ‘Het andere gesprek op basis van het spinnenweb’, zegt Huber. ‘Het voorkomt blinde vlekken voor de huisarts. Hij kan nog meer persoonsgericht, meer gericht op de zingeving, te werk gaan. Huisartsen kiezen dit vak tenslotte ook omdat ze iets voor mensen willen betekenen. Dat doen ze bij uitstek op deze manier.’ Geldt dit voor medisch specialisten ook? ‘Tot mijn stomme verbazing vond ik Positieve Gezondheid terug in de inleiding van het visiedocument *Medisch specialist 2025* van de Federatie Medisch Specialisten’, zegt Huber. ‘Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wilde het eerste Positief Gezonde ziekenhuis worden en heeft dat heel krachtig doorgezet. Een mooie anekdote uit dit ziekenhuis: een vaatchirurg die mij tijdens lezingen altijd

kritische vragen stelde, bereikte in een Positieve Gezondheidsgesprek met een patiënt dat die stopte met roken. Hij is er nu in zijn vakgebied de grootste ambassadeur voor geworden. Zoiets is een sleutelervaring.’

In de kindergeneeskunde is het inmiddels breed toegepast in meer ziekenhuizen. ‘Er gebeurt dus zeker wat in de ziekenhuizen’, zegt Huber. ‘Het gaat langzamer dan bij de huisartsen, maar toch.’

Niet financieel ingestoken

Spelen economische overwegingen een rol bij Positieve Gezondheid, als antwoord op de oplopende zorgkosten? ‘Er zijn managers die het willen binnenhalen om geld te besparen. Dat is de slechtste reden om ermee aan de slag te gaan en roept weerstand op bij medewerkers’, zegt Huber. ‘Je moet er niet mee werken omdat het moet, maar omdat je het wil.’

Ze zegt ook heel blij te zijn met de *Landelijke nota gezondheidsbeleid* van toenmalig staatssecretaris Paul Blokhuis. ‘Die snapte het echt. Natuurlijk moet geld worden bespaard in de zorg. Maar veel vragen waarmee mensen bij de huisarts komen zijn geen medische vragen. Zo werken is een fundamentele omslag, want artsen zijn opgeleid om ziekte te behandelen. Wat dat betreft vind ik de recente overheidsdocumenten Integraal Zorgakkoord, Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen en Gezond en Actief Leven Akkoord goede ontwikkelingen. Ze gaan uit van brede gezondheid, beperkter dan Positieve Gezondheid, maar toch al heel mooi.’

Internationale aandacht

Inmiddels blijft de aandacht voor Positieve Gezondheid al lang niet meer beperkt tot Nederland. Eerst was het de grootste zorgverzekeraar van België die er interesse voor toonde. Daarna volgde IJsland, dat het voor volwassenen inzet in de strijd tegen burn-out. En toen ging het hard: Japan, Columbia, Duitsland, Oostenrijk, Ierland. ‘Er is niet 1 uitrolplan’, zegt Huber. ‘Er is altijd een persoon of groep die bevlogen is om ermee aan de slag te gaan. In IJsland waren dat de huisartsen, in Duitsland de kinderartsen en in Oostenrijk kwam het vanuit de publieke gezondheid. Als ik in zo’n land een aanzet heb gegeven, neemt collega Karolien van den Brekel, ook huisarts, het van me over. Zij startte Positive Health International op.’ Tijdens WONCA Europe afgelopen juni was Huber een van de *keynote speakers*. ‘Na die lezing kreeg ik vragen van mensen van over de hele wereld’, vertelt ze. ‘De kern van wat ze me vertellen, is steeds dat het zo logisch, eenvoudig en effectief is.’ Het *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk*, dat Huber schreef met Hans Peter Jung en Karolien van den Brekel, is inmiddels in meerdere talen vertaald. ‘Huisartsen die ermee aan de slag gaan, zeggen dat het ze iets geeft om de patiënt uit te nodigen om in zijn kracht te gaan staan’, zegt ze. ‘Ze herkennen er iets essentieels in. Het raakt de kern van waarom ze voor het vak hebben gekozen.’ ■

Pilgebruik en stollingsafwijkingen

- Combinatiepillen bestaan uit oestrogenen en progestagenen. Welke van de 2 hormonen bepaalt het tromboserisico het meest?¹
 - Oestrogeen
 - Progestageen
- Het basisrisico op een veneuze trombo-embolie (VTE) is voor vrouwen tussen de 25 en 40 jaar zonder risicofactoren ongeveer 3 per 10.000 vrouwen per jaar. Gebruik van een combinatiepil uit de tweede generatie verhoogt dit risico naar 5 tot 7 per 10.000 vrouwen per jaar; gebruik van een combinatiepil uit de derde of vierde generatie naar ongeveer 6 tot 12 per 10.000 vrouwen per jaar. Wat geldt voor de anticonceptiering en -pleister?¹
 - Die verhogen het risico minder sterk dan de combinatiepillen uit de tweede generatie.
 - Die verhogen het risico even sterk als de combinatiepillen uit de tweede generatie.
 - Die verhogen het risico even sterk als de combinatiepillen uit de derde en vierde generatie.
 - Die verhogen het risico sterker dan de combinatiepillen uit de derde en vierde generatie.
- De auteurs beargumenteren dat het niet zinvol is om bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd met een eerste-graads familielid met een VTE onderzoek uit te voeren naar trombofilie. Wat noemen zij als de belangrijkste reden?¹
 - Het onderzoek is erg duur.
 - De sensitiviteit van de beschikbare tests is te laag.
 - Het risico op VTE is verhoogd, ook wanneer de vrouw negatief test op trombofilie.
- Er wordt onderscheid gemaakt tussen ernstige vormen van trombofilie (zoals antitrombine-, proteïne-S- en proteïne-C-deficiënties) en mildere vormen (zoals de factor V-Leidenmutatie). Bij vrouwen met ernstige trombofilie is de impact van pilgebruik op het VTE-risico veel groter. Deze kansen zijn berekend in cohorten van familieleden van trombofiliepatiënten met een VTE. Wat zou het voor de risicoverhoging betekenen als dit onderzoek werd uitgevoerd bij willekeurige pilgebruikers die zelf positief zijn getest op een stollingsafwijking?¹
 - Die is groter, de deelnemster is immers zelf positief getest.
 - Die is gelijk.
 - Die is kleiner, omdat er niet altijd een positieve familieanamnese zal zijn.
- Het basisrisico op een VTE voor vrouwen tussen de 25 en 40 jaar zonder risicofactoren ligt ongeveer op 3 per 10.000. Hoeveel keer stijgt dit risico voor respectievelijk ernstige trombofilie en milde trombofilie bij benadering?¹
 - 10 keer en 3 keer
 - 50 keer en 6 keer
 - 100 keer en 10 keer
- Welke anticonceptiemethode met alleen progestagenen wordt zowel door de NHG-Standaard Anticonceptie als door de NIV-richtlijn ontraden bij vrouwen met een verhoogd risico op een VTE?^{1,2}
 - Anticonceptiepil met alleen progestageen (de minipil)
 - Progestageenbevattende injectie (de prikpil)
 - Progestageenbevattende spiraal (de hormoonspiraal)
- Mevrouw Buma, 37 jaar, is een half jaar geleden bevallen van haar tweede zoon. Zij is gestopt met borstvoeding en wil graag weer de combinatiepil gaan gebruiken. Mevrouw Buma rookt. Er komen geen VTE of ischemische hart- en vaatziekten (HVZ) in haar voorgeschiedenis of in de familie voor. Is er op dit moment een contra-indicatie voor het gebruik van de combinatiepil?²
 - Ja, een relatieve contra-indicatie vanwege verhoogde kans op een VTE
 - Ja, een relatieve contra-indicatie vanwege verhoogde kans op ischemische HVZ
 - Ja, een absolute contra-indicatie vanwege verhoogde kans op een VTE
 - Ja, een absolute contra-indicatie vanwege verhoogde kans op ischemische HVZ
- Sara, 14 jaar, komt met haar moeder op het spreekuur om anticonceptie te bespreken. Ze heeft sinds kort een vriendje. Er komt geen VTE in de familie voor. Sara heeft ADHD en is bang dat ze de pil makkelijk zal vergeten. Welke andere methode heeft bij meisjes onder de 18 jaar niet de voorkeur vanwege een negatieve invloed op de botdichtheid?²
 - De hormoonspiraal
 - De prikpil
 - De vaginale ring
 - Het implantatiestaafje

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

LITERATUUR

- Stegmann ME, Van Vlijmen EF. Testen op Factor V Leiden hoeft ook bij pilgebruikers niet. Huisarts Wet 2023;66(11):23-5. DOI:10.1007/s12445-023-2359-8.
- NHG-werkgroep Anticonceptie. NHG-Standaard Anticonceptie. Utrecht: NHG, 2023. Richtlijnen.nhg.org.

ANTWOORDEN

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

Terugdringen van niet-geïndiceerd corticosteroïdgebruik bij COPD-patiënten

Julia Maria van Koeveringe, Lotte de Haan-Bouma, Mascha Twellaar, Jean Muris, Onno van Schayck

Overmatig gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij milde tot matige COPD leidt tot onnodige bijwerkingen en hogere zorgkosten. Recent onderzoek wijst uit dat het aantal eosinofielen een voorspellende biomarker kan zijn voor de respons op ICS. In dit implementatieonderzoek evalueren we de toepasbaarheid van het ICS Stop- en Monitoringsinstrument, inclusief eosinofielenbepaling, om niet-geïndiceerd ICS-gebruik bij COPD-patiënten terug te dringen.

Veel COPD-patiënten gebruiken inhalatiecorticosteroiden (ICS) terwijl ze er geen baat bij hebben, maar wel een verhoogd risico lopen op de bijwerkingen ervan, zoals pneumonie en osteoporose.¹ Slechts 1 op 4 COPD-patiënten met ICS heeft een indicatie voor dit gebruik.² Ook zijn er jaarlijks aanzienlijke kosten gemoeid met overbehandeling met ICS.³ Om de kwaliteit en efficiëntie van de individuele zorg te verbeteren is het daarom noodzakelijk om niet-geïndiceerd gebruik van ICS bij COPD-patiënten te verminderen.

Voor de begeleiding van correct gebruik van ICS volgens de NHG-Standaard COPD is het ICS Stop- en Monitoringsinstrument ontwikkeld, dat bestaat uit een stroomschema met vragen over gepast ICS-gebruik.^{2,4}

Verschillende onderzoeken tonen aan dat het meten van circulerende eosinofielen in het bloed een belangrijke bijdrage kan leveren aan de afweging of ICS geïndiceerd zijn voor de patiënt.⁵⁻⁷ Ze tonen aan dat patiënten met < 300 eosinofielen/ μ l in het bloed minder baat hebben bij het gebruik van ICS, maar wel de bijwerkingen ervaren.⁷ Het NHG heeft het meten van eosinofielen nog niet in zijn standaard opgenomen. In dit implementatieonderzoek evalueren we de toepasbaarheid van het ICS Stop- en Monitoringsprotocol, inclusief eosinofielenmeting, om niet-geïndiceerd ICS-gebruik terug te dringen.

METHODE

Praktijkondersteuners (POH's) van 2 huisartsenzorggroepen (Meditta en HOZL in Zuid-Limburg) nodigden alle COPD-patiënten met ICS uit voor een standaardconsult om hun ICS-gebruik te bespreken. Een stoptraject werd niet ingezet wanneer de patiënt een dubbele diagnose astma-COPD had, het afgelopen jaar in het ziekenhuis was opgenomen vanwege een longaanval, of het voorgaande jaar voor 2 of meer longaanvallen was behandeld met orale steroïden en/of antibiotica. Patiënten stopten ook niet wanneer ze zelf aangaven ICS te willen blijven gebruiken.



Het ICS Stop- en Monitoringsinstrument biedt huisartsen en POH's ondersteuning bij het staken van niet-geïndiceerd ICS-gebruik.

Tabel

Vragen uit de vragenlijst over de bruikbaarheid van het Stop- en Monitoringsprotocol

Was de meting van eosinofielen makkelijk toe te passen in de huidige COPD-zorg zoals die in de praktijk georganiseerd is?

Hoe werd de bloedafname meestal uitgevoerd? In de praktijk of elders?

Was het duidelijk wanneer de eosinofielen gemeten moesten worden?

Was het altijd duidelijk wat er met de resultaten van de eosinofielenmeting moest worden gedaan?

Bent u van mening dat het meten van eosinofielen nuttig is als toevoeging op het ICS Stop- en Monitoringsinstrument bij de beslissing om te stoppen met ICS bij COPD-patiënten?

Is de praktijk van plan de eosinofielenmeting in de toekomst te blijven gebruiken als hulpmiddel bij de beslissing om te stoppen met ICS bij COPD-patiënten?

Bij patiënten die in aanmerking kwamen voor een stoptraject werd het aantal eosinofielen in het bloed bepaald (met een venapunctie of vingerprik). In dit onderzoek gaan we uit van een afkapwaarde van 300 cellen/ μ l, gebaseerd op de GOLD-richtlijn.^{8,9} COPD-patiënten behandeld met ICS met een eosinofielenpiegel van < 300 cellen/ μ l kregen een uitnodiging voor een medicatiereview.

Vier tot 6 weken na de eerste stoppoging vond een vervolgsconsult plaats. Bij klachten keek de POH naar een aantal factoren, zoals de aard en ernst van de klachten, therapietrouw, het gebruik van de inhalator, comorbiditeit en niet-medicamenteuze behandeling. Wanneer de patiënt geen klachten had, plande de POH een halfjaarlijks vervolgsafpraak in en werd de behandeling volgens NHG-Standaard voortgezet.

Gegevensverzameling

Tijdens alle contactmomenten van de patiënt verzamelde de POH gegevens conform het stroomdiagram [figuur], naast informatie over de ziektestaat, eosinofielenbepaling en ICS-gebruik. Om de bruikbaarheid van het ICS Stop- en Monitoringprotocol en het gebruik van eosinofielenmetingen in de praktijk vast te stellen, vroegen we 1 POH van elke huisartsenpraktijk na afloop van het project een vragenlijst in te vullen over hun ervaringen [tabel].

RESULTATEN

Tussen oktober 2021 en december 2022 riepen 7 huisartsenpraktijken 88 COPD-patiënten met ICS op voor consult. Het stroomdiagram [figuur] toont het aantal betrokken patiënten per fase. De dubbeldiagnose astma-COPD was de voornaamste reden voor uitsluiting van een eosinofielenbepaling [figuur]. Eenendertig patiënten hadden een EOs-spiegel van < 300 cellen/ μ l. Twee huisartsen besloten ICS te staken, ondanks een EOs-spiegel van ≥ 300 . Van de 33 patiënten wilden er 3 niet stoppen met ICS. De overgebleven 30 patiënten besloten in samenspraak met de POH ICS-medicatie te stoppen. Twee patiënten herstартten ICS wegens ernstige luchtwegklachten, 1 patiënt bleek (ondanks een stopadvies) geen stoppoging te hebben gedaan, en 1 verscheen niet op het vervolgsconsult. In totaal bouwden 26 patiënten ICS uiteindelijk succesvol af (= 83,9% van niet-geïndiceerde ICS-gebruikers met een eosinofielenpiegel < 300 cellen/ μ l).

Uit de vragenlijst bleek dat alle 7 POH's het gebruik van het Stop- en Monitoringprotocol inclusief het gebruik van eosinofielenmetingen makkelijk vonden om toe te passen binnen de huidige COPD-zorg. Eén POH gaf aan dat het oproepen van patiënten veel werk is. Eén POH twijfelde over het nut van de eosinofielenmeting en gaf aan dat er weinig ruimte is voor vernieuwing door inhaalzorg en een stijgende zorgvraag, in combinatie met een tekort aan huisartsen en POH's. Verder gaven POH's aan dat een labmeting met een duidelijke waarde patiënten iets tastbaars geeft en hen ertoe kan aanzetten om met ICS te stoppen.

BESCHOUWING

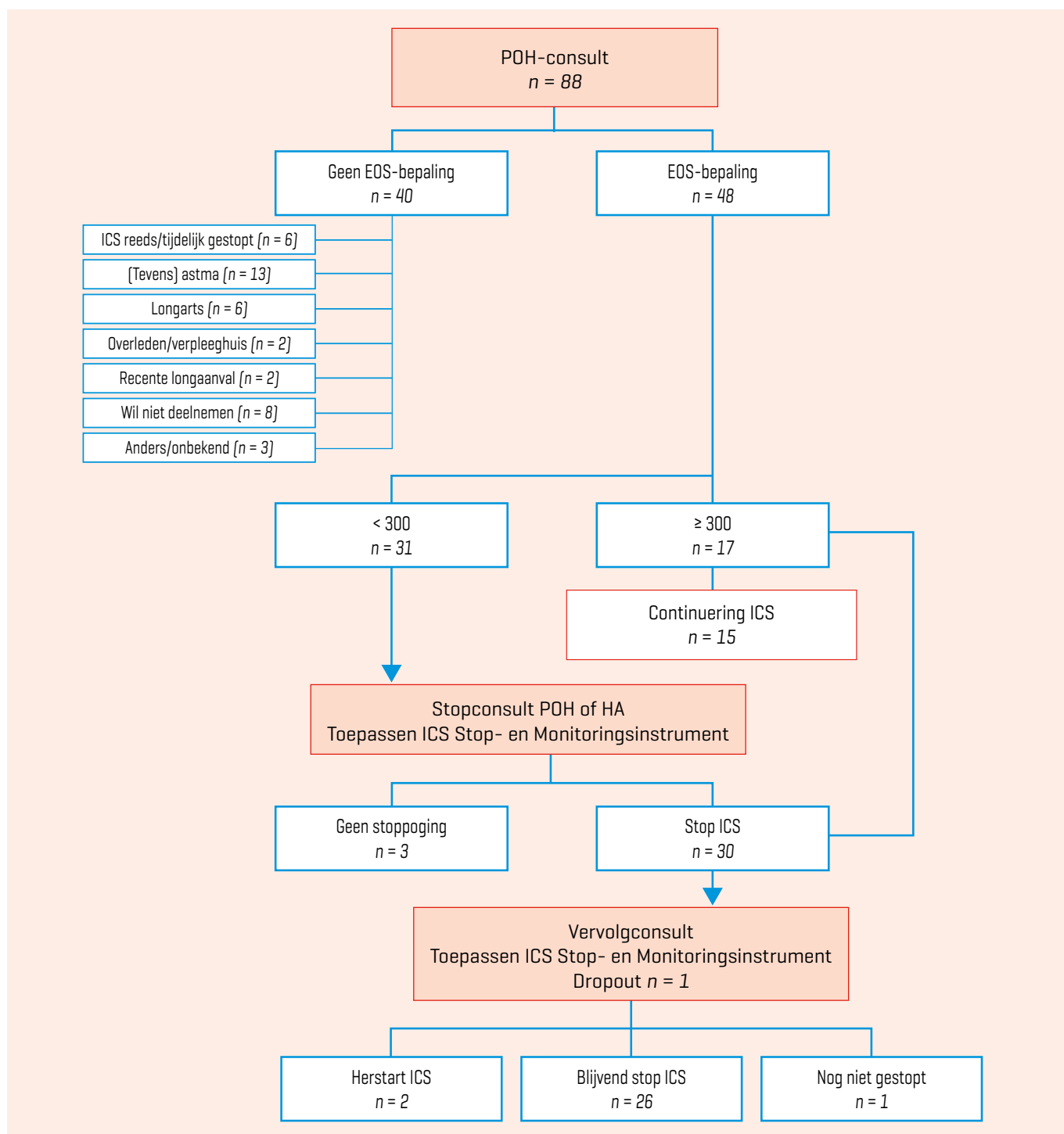
Ten onrechte voorschrijven van ICS bij COPD-patiënten moet voorkomen worden omdat dit leidt tot onnodig hoge zorgkosten en verschillende bijwerkingen. In Nederland zouden de kosten van ICS-overbehandeling volgens schattingen 16 miljoen euro per jaar bedragen.³

In eerder vergelijkbaar pragmatisch onderzoek besloten huisartsen naar eigen inzicht welke patiënten ICS konden afbouwen.¹⁰ De auteurs raadden aan om bij het nemen van deze beslissing in het vervolg gebruik te maken van een beslisboom. Ons onderzoek laat zien dat duidelijke richtlijnen een nauwkeurige indicatie kunnen geven voor het staken van ICS-medicatie. Ook ervoer het merendeel van de deelnemende POH's de toevoeging van een eosinofielenmeting aan het ICS Stop- en Monitoringsinstrument als positief.

Een methodologische beperking is het kleine aantal geïncludeerde patiënten en het kleine aantal POH's. Ook moeten we rekening houden met selectiebias, omdat het voornamelijk gemotiveerde POH's en patiënten zijn die zich inzetten om het ICS-gebruik terug te dringen. Het is van belang om te achterhalen waarom andere zorgverleners en patiënten hierbij terughoudend zijn. We beschikken immers over voldoende kennis en motivatie voor het staken van ICS is cruciaal voor deelname in het stop- en monitoringsproces. Focusgroepgesprekken of individuele interviews kunnen meer inzicht geven in de factoren die de implementatie bevorderen of belemmeren. Een drempel voor implementatie is dat het tijd zal kosten voordat het protocol volledig ingebed is in de reguliere zorgtaken. De POH's waren over het algemeen positief over het gebruik van het Stop- en Monitoringsprotocol, inclusief een eosinofie-

Figuur

Stroomdiagram van het Stop- en Monitoringsprotocol



lenmeting. Eén POH gaf aan dat het veel tijd en moeite kost om patiënten op te roepen. Dit zal in de reguliere zorg echter een kleinere rol spelen, omdat de POH's niet actief op zoek hoeven te gaan naar patiënten die in aanmerking komen. Patiënten komen immers op de regulier geplande periodieke controlecontacten bij de huisarts. Overigens is het de vraag of dit soort overwegingen specifiek is voor het gebruik van het protocol of te maken heeft met de overbelasting van de zorg in het algemeen.

Implicaties

De internationale literatuur laat zien dat eosinofielenbepaling geschikt is als hulp bij het veilig stoppen met ICS.^{3-6,10} Vanwege de praktische toepasbaarheid pleiten wij voor een eenmalige eosinofielenbepaling bij COPD-patiënten die ICS gebruiken, geen dubbeldiagnose astma-COPD hebben en de afgelopen 2 jaar geen longaanvallen hebben gehad.

CONCLUSIE

Ons implementatieonderzoek laat zien dat het ICS Stop- en Monitoringsprotocol huisartsen en POH's ondersteuning biedt bij het staken van niet-geïndiceerd ICS-gebruik. Een update van de NHG-Standaard COPD zou ook de rol van een eosinofielenbepaling bij het stoppen met onnodig ICS-gebruik moeten bevatten. We adviseren huisartsen en POH's om gebruik te maken van het Stop- en Monitoringsprotocol, inclusief eosinofielenmeting. ■

LITERATUUR

1. Yang M, Du Y, Chen H, Jiang D, Xu, Z. Inhaled corticosteroids and risk of pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Immunopharmacol* 2019;77:105950.
2. Van Schayck OC, Wesseling G, Schermer TR, Chavannes NH. Stoppen met ICS-gebruik bij COPD-patiënten. *TPO-De Praktijk* 2019;14:32-4.
3. Fens T, Van der Pol S, Kocks JW, Postma MJ, Van Boven JF. Economic impact of reducing inappropriate inhaled corticosteroids use in patients with chronic obstructive pulmonary disease: ISPOR's guidance on budget impact in practice. *Value Health* 2019;22:1092-101.

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

Van Koeveringe JM, De Haan-Bouma LML, Twellaar M, Muris J, Van Schayck O. Terugdringen van niet-geïndiceerd ICS-gebruik bij COPD-patiënten. *Huisarts Wet* 2023;66[11]: 34-7. DOI:10.1007/s12445-023-2360-2. Maastricht University, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute [CAPHRI], Maastricht: J.M. Van Koeveringe, junior onderzoeker, juliavankoeveringe@gmail.com; L.L.M. de Haan-Bouma, onderzoeksmedewerker; M. Twellaar, onderzoeksmedewerker; prof. dr. J.W.M. Muris, huisarts, hoogleraar Astma en COPD in de eerstelijns-geneeskunde; prof. dr. C.P. van Schayck, hoogleraar Preventieve Geneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: de auteurs kregen van Boehringer-Ingelheim een grant die dit onderzoek mogelijk heeft gemaakt. De sponsor is op geen enkele manier betrokken bij de opzet, analyses en interpretatie van de gegevens. Dit artikel is op initiatief van de auteurs tot stand gekomen, zonder enige betrokkenheid van Boehringer-Ingelheim.

Casuïstiek

Antwoord ecg-casus 'Saturatiemeter defect?'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie & regelmaat* | Dit is een ritmeregistratie van 2 x 10 doorlopende seconden. Er zijn van links naar rechts 15 complexen te zien, 6 x 15 = 90 slagen/min. Er is een onregelmatig ritme volgens een vast patroon waarbij een smal en een breed QRS-complex elkaar telkens afwisselen (regulaire irregulariteit).
2. *As* | De as is in een enkele afleiding (afleiding II) niet goed te bepalen.
3. *P-top* | De smalle QRS-complexen worden steeds voorafgegaan door een normale P-top, de P ontbreekt voor de bredere QRS-complexen.
4. *PQ-tijd* | Bij de zichtbare P's (iedere tweede slag) normaal. 4 mm (= 160 ms).
5. *Q* | Normaal in deze afleiding, maar dat zegt weinig over de rest van het ecg.
6. *QRS* | Afwisselend een slank en een breed (3,5 mm = 130 ms) complex.
7. *ST-segment* | Normaal. Geen elevatie of depressie te zien.
8. *T-top* | Normaal. Geen T-topinversie.
9. *QT-tijd* | Bij de smalle complexen < 10 mm (< 400 ms). Bij de bredere complexen 12 mm (= 480 ms), maar ruim minder dan de helft van de cyclusduur. Dus niet verlengd.
10. *Ritme* | Sinusritme, iedere tweede QRS-complex is een

verbreed QRS-complex. Deze brede complexen worden niet voorafgegaan door een P. Ze hebben dus een ventriculaire bron, er is met andere woorden een bigeminie van ventriculaire extrasystolen (VESsen).

- +. *Conclusie* | SR met bigeminie van VESsen. In de hele holteropname is geen andere ritmestoornis en geen bradycardie zichtbaar. Tijdens de bigeminie laat de saturatiemeter een gehalveerde frequentie zien. Dat komt omdat de ventriculaire extrasystolen vroeg vallen. De kamers zijn dan pas gedeeltelijk gevuld, waardoor de bijbehorende polslag veel zwakker is en niet door de saturatiemeter wordt gedetecteerd. Ook bij polspalpatie zal dit waarschijnlijk op die momenten het geval zijn en is er sprake van een polsdeficit (een lagere polsfrequentie dan de frequentie bij auscultatie van het hart).

2. HET VERDERE BELEID

De huisarts voert een expectatief beleid wat betreft de virale infectie en de bigeminie. Tijdens een vervolgsconsult heeft de patiënt de klachten op dat moment. Inderdaad is er dan aan de pols een frequentie van 38/min, terwijl de frequentie op basis van hartauscultatie 76/min is. De klachten – inclusief het ervaren van een onregelmatige hartslag – zijn binnen een week volledig verdwenen. ■

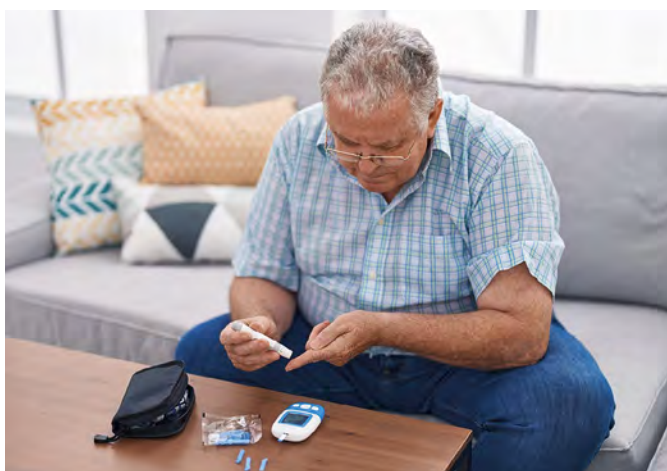
Gerichtere behandeling diabetes type 2 door diabetestypering

Jaap Kroon, Anne-Margreeth Krijger, Nikol Snoeren

Diabetes mellitus type 2 kent een aantal varianten, die elk een andere pathofysiologie hebben en een verschillende behandeling nodig hebben. Daarom is het van belang dat u verschillende patiëntengroepen kunt onderscheiden. U kunt hiervoor diabetestypering inzetten, waarbij u onder andere kijkt naar HbA1c, BMI en bètacelfunctie (C-peptide). Zo kunt u een gericht behandeladvies geven: tijdig starten met insuline bij insulinedeficiëntie, een prominente plaats voor (intensieve) leefstijlinterventie bij insulineresistentie, met een terughoudende inzet van insuline, zeker bij hyperinsulinemie.

Diabetes mellitus (DM) is een heterogene groep ziekten [online tabel 1]. Binnen de groep mensen met de diagnose diabetes mellitus type 2 (DM2) zijn er grote verschillen in het ziektebeloop, hun reactie op leefstijlinterventies en medicatie, het risico op complicaties en onderliggende pathofysiologie. In feite is DM2 een verzamel diagnose voor alle mensen met verhoogde bloedglucosewaarden, bij wie geen specifieke oorzaak is vastgesteld.¹

Bij DM2 spelen insulineresistentie en -deficiëntie de belangrijkste rol. Het grootste deel van de mensen met DM2 heeft een verhoogde insulineresistentie, die komt door een toename van het gewicht, vooral van de buikomvang (abdominale adipositas). DM2 ontstaat wanneer de insulineproductie



Bij diabetestypering wordt gekeken naar HbA1c, leeftijd, BMI, bètacelfunctie en de aanwezigheid van antilichamen. Foto: Shutterstock

CASUS: 2 PATIËNTEN MET DIABETES

Tijdens het wekelijkse overleg bespreken praktijkondersteuner (POH) en huisarts 2 patiënten met diabetes.

- Mevrouw Arends, 64 jaar, is 19 jaar geleden gediagnosticeerd met diabetes mellitus type 2 (DM2), HbA1c 68 mmol/mol, BMI 21,4 [bij diagnose 25]. Zij beweegt voldoende en is bewust bezig met gezonde voeding. Medicatie: metformine 2 dd 1000 mg, gliclazide 1 dd 120 mg. Er is geen relevante comorbiditeit.
- Meneer Brouwer, 53 jaar, heeft 4 jaar geleden de diagnose DM2 gekregen, HbA1c 74 mmol/mol, BMI 32,9 [bij diagnose 33,3]. Hij beweegt voldoende. Medicatie: metformine 3 dd 1000 mg, gliclazide 3 dd 80 mg. Ook bij hem is er geen relevante comorbiditeit.

Bij beide patiënten is het HbA1c boven de streefwaarde. Huisarts en POH besluiten een diabetestypering te doen.

onvoldoende is om aan de eisen van de insulineresistentie te voldoen. Bij een kleinere groep is insulinedeficiëntie de belangrijkste oorzaak, bijvoorbeeld door erfelijke factoren (bèta-celauto-immuniteit).

DIABETESTYPERING

Bij een diabetestypering kijkt u naar HbA1c, leeftijd, BMI en de buikomvang, de mate van insulinedeficiëntie (bètacelfunctie), de mate van insulineresistentie en – bij vermoeden van insulinedeficiëntie – naar de aanwezigheid van antilichamen (anti-GAD65). Zo kunt u achterhalen welk mechanisme de belangrijkste rol speelt bij de verhoogde bloedglucosewaarden, waarmee een gerichtere behandeling mogelijk wordt. Omdat het om een nieuwe werkwijze gaat, kunt u de uitvoering en interpretatie van een diabetestypering het beste doen in overleg met een kaderhuisarts diabetes of internist.

RECENT ONDERZOEK

Er zijn onderzoeken verricht om tot een nadere typering bij mensen met DM2 te komen. Het meest gerepliceerde onderzoek is in Zweden gedaan, waarbij de onderzoekers bij 8980 patiënten met recentelijk vastgestelde diabetes mellitus een diabetestypering verrichtten.³ De onderzoekers onderscheidden 5 clusters [tabel 2]: 2 clusters met vooral insulinedeficiëntie (24%), 2 met vooral insulineresistentie (37%) en 1 groep (oudere) patiënten met een combinatie van een matige insulinedeficiëntie en een iets verhoogde insulineresistentie (39%).

In meerdere cohorten patiënten, zowel bij nieuwe patiënten als bij mensen met langer bestaande diabetes, is het concept van deze diabetesclustering herhaald, met in vrijwel alle onderzoeken vergelijkbare uitkomsten.⁴⁻¹³ De verschillende clusters overlappen, wat vraagtekens zet bij de genoemde onderverdeling in subgroepen. Wel is er een duidelijk onderscheid zichtbaar tussen mensen met diabetes en insulinedeficiëntie en mensen met diabetes en insulineresistentie in combinatie met een verhoogde insulineproductie (hyperinsulinemie). De eerstgenoemde categorie heeft duidelijk een tekort aan insuline, terwijl bij de tweede categorie sprake is van een overschot aan dit hormoon.

INSULINEDEFICIËNTIE EN -RESISTENTIE

Het onderscheid tussen insulinedeficiëntie en -resistentie is op een aantal manieren beter in beeld te brengen. Het is belangrijk deze factoren in relatie tot elkaar en niet afzonderlijk te beoordelen, want alleen zo krijgt u een zo compleet mogelijk beeld (zie voor de praktische uitwerking van een diabetestypering het invulformulier diabetestypering):

- BMI en buikomvang: een BMI < 25 bij de diagnose vormt een aanwijzing voor mogelijke insulinedeficiëntie. Een BMI > 30, abdominale obesitas en een toename van de BMI en/of buikomvang, ten opzichte van de waarden bij de diagnose, passen bij insulineresistentie.
- De hoogte van het HbA1c bij de diagnose: een HbA1c \geq 80 mmol/mol bij de diagnose is, zeker bij BMI < 27, sterk suggestief voor insulinedeficiëntie als belangrijkste oorzaak van de diabetes mellitus.^{3,11}
- Nuchtere C-peptide of insuline met afkapwaarden.¹⁴⁻¹⁶ Het is essentieel om uitslagen van C-peptide en insuline altijd te beoordelen in combinatie met een tegelijkertijd afgenomen glucosewaarde. Het C-peptide is een maat voor de eigen insulineproductie en minder betrouwbaar bij (ernstige) nierinsufficiëntie. Een insulinebepaling is niet betrouwbaar bij insulinegebruik.
- Met een HOMA2-calculator (Homeostatic Model Assessment, van de Oxford University) zijn de mate van bètacelfunctie (HOMA2-B) en de mate van insulineresistentie (HOMA2-IR) op een betrouwbare manier in kaart te brengen.⁴

DE KERN

- Diabetestypering kan bij de behandeling van mensen met diabetes mellitus type 2 (DM2) belangrijke voordelen opleveren. Bij een diabetestypering wordt gekeken naar HbA1c, leeftijd, BMI, de mate van bètacelfunctie (C-peptide) en, bij vermoeden van insulinedeficiëntie, de aanwezigheid van antilichamen (anti-GAD65).
- Diabetestypering geeft meer inzicht in de individuele pathofysiologie: belangrijkste oorzaak bij 25% van de mensen met DM2 is insulinedeficiëntie; bij 75% is dit insulineresistentie.
- Diabetestypering maakt een gericht behandeladvies mogelijk: tijdig starten met insuline bij insulinedeficiëntie, een prominentere plaats voor (intensieve) leefstijlinterventie bij insulineresistentie, met een terughoudende inzet van insuline, zeker bij tevens aanwezige hyperinsulinemie.

GERICHTERE BEHANDELING NA DIABETESTYPERING

Het doel van een diabetestypering is om er enerzijds tijdig achter te komen of iemand wel of geen baat heeft bij insulinebehandeling en anderzijds om na te gaan welk effect we mogen verwachten van een leefstijlinterventie.

1. De aanwezigheid van anti-GAD65-antistoffen past bij DM1 of LADA. De afwezigheid van deze antistoffen sluit DM1 of LADA overigens niet uit: bij een deel van de patiënten met DM1 en LADA verdwijnen de antistoffen uit het bloed, soms al binnen enkele maanden.¹⁷
2. Bij een duidelijke insulinedeficiëntie (met lage nuchtere insuline/C-peptide bij verhoogde bloedglucosewaarden) is het gebruik van insuline meestal geïndiceerd wanneer met een leefstijlinterventie geen goede glucoseregulatie wordt bereikt. Een tijdige start met insuline met een kortere periode met hoge bloedglucosewaarden vermindert het optreden van micro- en macrovasculaire complicaties (*legacy effect*).¹⁸ Uit recente onderzoeken blijkt dat er bij deze subgroep van mensen met insulinedeficiëntie voorafgaand aan de start met insuline vaak sprake is van een lange periode

Tabel 2

Clusterindeling bij diabetes mellitus³

Cluster	%	Belangrijkste kenmerken (bij diagnose)	
SAID	Severe auto immune diabetes [= DM1/LADA]	6	Anti-GAD65 +, HbA1c hoog, insulinedeficiëntie
SIDD	Severe insulin deficient diabetes	18	HbA1c hoog, insulinedeficiëntie
MARD	Mild age-related diabetes	39	Hogere leeftijd, combinatie van een matige insulinedeficiëntie met een matig verhoogde insulineresistentie
MOD	Mild obesity-related diabetes	22	BMI hoog, verhoogde insulineresistentie
SIRD	Severe insulin resistant diabetes	15	BMI hoog, sterk verhoogde insulineresistentie, verhoogde insulineproductie

CASUS (VERVOLG)

De huisarts van mevrouw Arends en meneer Brouwer verricht een diabetestypering in de vorm van een bepaling van het nuchtere C-peptidegehalte, met een tegelijkertijd afgenomen nuchtere glucose. Bij mevrouw Arends bepaalt de huisarts ook het anti-GAD65, omdat ze aan LADA denkt [tabel 3].

Bij mevrouw Arends past de diabetestypering bij LADA (positieve anti-GAD65-titer, een sterk gedaalde bètacelfunctie, normale insulineresistentie). De beste optie is starten met insuline. Bij meneer Brouwer is sprake van een verhoogde bètacelfunctie en een verhoogde insulineresistentie. Een belangrijk behandeldoel is vermindering van de insulineresistentie door gewichtsverlies. Een gesprek met meneer moet duidelijk maken welke opties voor hem haalbaar zijn: zelfstandig aan de slag met leefstijladviezen, begeleiding door een diëtist of een (intensief) leefstijlprogramma. Bij onvoldoende resultaat hiervan gaat de voorkeur uit naar medicatie met een gunstig effect op het gewicht, zoals een GLP1-receptoragonist.

met hoge glucosewaarden.^{11,19} Die hadden wellicht voorkomen kunnen worden, wanneer in een eerder stadium met diabetestypering was vastgesteld dat er bij deze mensen sprake is van insulinedeficiëntie. Ook maakt zo'n typering duidelijk dat een gezonde(re) leefstijl een goede glucose-regulatie kan ondersteunen en dat het in veel gevallen noodzakelijk is om het insulinetekort aan te vullen.

3. Bij een verhoogde insulineresistentie met een (meer dan) voldoende bètacelfunctie dienen we echter behandeling met insuline – indien mogelijk – te vermijden. Vaak zal er

bij deze groep sprake zijn van overgewicht of obesitas, met een vergrote buikomvang. Herstel van de onderliggende metabole ontregeling is dan het belangrijkste behandeldoel, waarbij gewichtsverlies (10-15%) met vooral vermindering van de buikomvang een grote impact heeft.^{20,21} In het DiRECT-onderzoek bleek een gewichtsverlies van 10-15 kg bij 57% tot een remissie van DM2 te leiden en bij een gewichtsverlies van ≥ 15 kg zelfs bij 86%.²² De kans op remissie lijkt het grootst te zijn in de eerste 6 jaar na de diagnose DM2.²³

BESCHOUWING

Met diabetestypering kunnen we beter nagaan wat de belangrijkste oorzaak is voor de verhoogde bloedglucosewaarden. Bij een kwart van de nieuwe en bestaande patiënten met DM2 speelt insulinedeficiëntie de belangrijkste pathofysiologische rol. Bij driekwart is dit insulineresistentie, waarbij een deel (circa 20%) van deze groep zelfs hyperinsulinemie heeft. Daardoor is een gerichtere behandeling mogelijk. Bij insulineresistentie moet de behandeling gericht zijn op een (intensieve) leefstijlinterventie, met bij overgewicht een afname van abdominaal vetweefsel als eerste streven. De spier- en botmassa mogen daarbij niet afnemen. Ondersteun dit zo nodig met gewicht-reducerende medicatie (zoals GLP1-receptoragonisten) of een bariatrisch chirurgische ingreep. Anderzijds is bij insulinedeficiëntie een tijdige start met insuline aangewezen. Wanneer er

Tabel 3

Uitslagen diabetestypering en conclusies

	Mevrouw Arends	Meneer Brouwer
Huidige leeftijd	64	53
Leeftijd bij diagnose	45	49
Familie-anamnese DM (ouders, grootouders, broers en zussen, kinderen)	Moeder, zus en broer hebben DM2	
Auto-immuunziekten		
Glucoseverlagende medicatie	Metformine 2 dd 1000 mg, gliclazide 1 dd 120 mg	Metformine 3 dd 1000 mg, gliclazide 3 dd 80 mg
Huidige BMI	21,4	32,9
BMI bij diagnose	24	33,3
HbA1c	68	74
Nuchtere glucose [mmol/l]	10,8	6,0
Nuchtere C-peptide [nmol/l]	0,49	1,0
Anti-GAD65 [IU/ml]	> 250	Niet bepaald
HOMA2-B [%]	24,2	116,7
HOMA2-IR	1,37	2,33
Conclusie	- Sterk gedaalde bètacelfunctie - Normale insulineresistentie - Positieve anti-GAD65-titer	- Verhoogde bètacelfunctie - Verhoogde insulineresistentie

al complicaties zijn opgetreden, geldt bij een medicamenteuze behandeling het stappenplan voor de 'zeerhoogrisicopatiënt' uit de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2.²⁴

Vaak is door de klinische presentatie voldoende duidelijk welke aanpak (leefstijlverandering, medicatie) aangewezen is. Wanneer er geen 'klassieke' presentatie is of wanneer de gekozen behandeling onvoldoende resultaat heeft, kan een diabetestypering meer duidelijkheid geven:

- bij BMI < 27 en/of een relatief jonge leeftijd (< 35 jaar) bij de diagnose: een vermoeden van DM1/MODY;
- bij BMI < 27, beginleeftijd > 40 jaar, relatief snel insuline nodig: een vermoeden van LADA;
- bij hoog HbA1c bij de diagnose (> 80 mmol/mol): een vermoeden van insulinedeficiëntie;
- voorafgaand aan de start met een insulinebehandeling bij mensen met BMI > 30 en/of vergrote buikomvang: een vermoeden van insulineresistentie met hyperinsulinemie;
- bij onvoldoende resultaat van de leefstijlinterventie: verhogen van de motivatie voor een leefstijlinterventie bij mensen met insulineresistentie en een tijdige start met insuline bij mensen met insulinedeficiëntie.

HOUVAST BIJ DE BEHANDELING VAN DM2

Onderzoek zal moeten aantonen of een diabetestypering bij de individuele patiënt tot daadwerkelijke winst leidt bij de behandeling. Bij zorggroep PoZoB worden de resultaten van een diabetestypering besproken in het (tweewekelijkse online)

overleg van kaderhuisarts, internist en diabetesverpleegkundige. We hebben de indruk dat een diabetestypering in vrijwel alle gevallen een veel duidelijker behandeladvies met een klinische meerwaarde oplevert. Huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten geven aan dat een diabetestypering meer richting en houvast geeft bij de behandeling van DM2. ■

LITERATUUR

1. Gale E. Is type 2 diabetes a category error? *Lancet* 2013;381:1956-7.
2. Lee Y, Huda M. Uncommon forms of diabetes. *Clin Med* 2021;21:e337-41.
3. Ahlqvist E, Storm P, Käräjämäki A, Martinell M, Dorkhan M, Carlsson A, et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:361-9.

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

Kroon J, Krijger JM, Snoeren N. Gerichtere behandeling diabetes type 2 door diabetestypering. *Huisarts Wet* 2023;66(11):38-43. DOI:10.1007/s12445-023-2344-2.

Zorggroep PoZoB, Veldhoven: J. Kroon, huisarts n.p., stafarts diabetes, j.kroon@pozob.nl; dr. N. Snoeren, huisarts, kaderhuisarts diabetes. Academische apotheek Stevenshof, Leiden: J.M. Krijger, openbaar apotheker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Oplossing 'Een kraag van wratjes'

Er is hier sprake van de zogenaamde pearly penile papules. Deze papels bevinden zich altijd aan de basis van de glans penis. Het is een fysiologisch beeld dat we bij circa 30% van de jonge postpuberale mannen zien en vaker voorkomt bij onbesneden mannen en mannen met een donker huidtype.¹ De etiologie is niet bekend. Ze worden dikwijls verward met condylomata acuminata, die niet zo mooi lineair gerangschikt zijn aan de basis van de glans penis en veelal ook meer een verruceus oppervlak vertonen. Ook de mollusca contagiosa zijn niet op deze manier gerangschikt, hebben centraal vaak een klassieke delle en komen dikwijls voor op kinderleeftijd. Tot slot hebben fibromata pendulans ook een andere distributie. Ze voelen zachter aan en komen vaker voor in de hals, oksels, liezen of op de oogleden. Ze zijn ook bijna nooit zo gegroepeerd bij elkaar gelegen.

Histologisch zien we bij pearly penile papules het beeld van

benigne angiofibromen, maar in de praktijk zal het vanwege de kenmerkende klassieke presentatie niet vaak uitdraaien op een biopsie. Pearly penile papules zijn niet besmettelijk, ongevaarlijk en breiden zich ook niet verder uit buiten de basis van de glans penis. Eventuele behandeling is dan ook cosmetisch van aard en bestaat uit de destructie van de oppervlakkige huidlaag. Dit kan met een CO₂-laser, maar ook door bijvoorbeeld elektrolyse of simpelweg een shave-excisie met een scherpe curette. ■

LITERATUUR

1. Mekkes JR. Pearly penile papules (hirsuties papillaris penis). <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ptxt/PearlyPenilePapules.htm>. Geraadpleegd op 30 mei 2023.

Hoe begeleid je een aios die zich onprofessioneel gedraagt?

Pieter Barnhoorn, Geurt Essers, Mattijs Numans, Walther van Mook

De kwaliteit van de zorg is afhankelijk van het gedrag van de dokter. Onprofessioneel gedrag van dokters heeft negatieve effecten op patiënten, zorgmedewerkers en de samenleving als geheel. Omdat er een verband is tussen onprofessioneel gedrag tijdens de opleiding en onprofessioneel gedrag in de latere praktijk zijn tijdige herkenning en remediëring van belang. Het ontbreekt opleiders echter vaak aan taal om onprofessioneel gedrag te bespreken en aan vaardigheden om zulk gedrag te remediëren. Met deze nascholing willen wij handvatten bieden om onprofessioneel gedrag tijdig te identificeren en te remediëren.

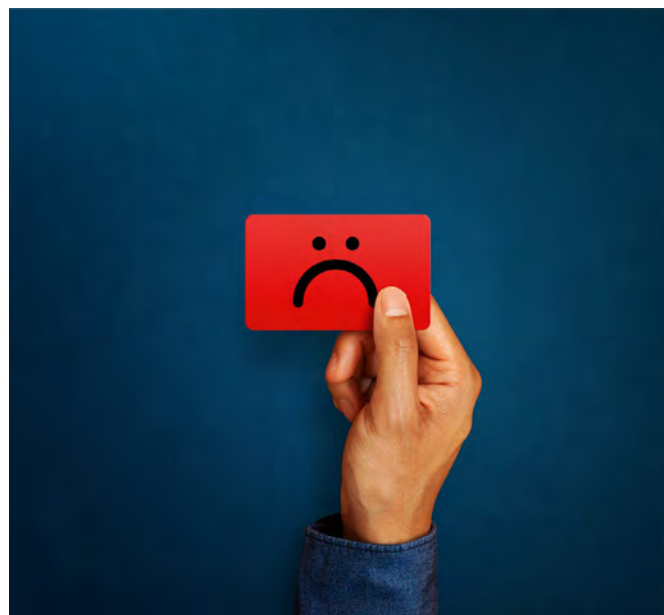
CASUS: 'GEEN TWIJFEL MEER'

Latif, tot voor kort cardioloog in Afghanistan, verhuisde op zijn veertigste naar Nederland. In zijn eerste jaar van de opleiding tot huisarts viel niet alleen zijn gebrek aan medische kennis op, maar ook de manier waarop hij daarmee omging. 'De meeste mensen zien me al als huisarts, waarschijnlijk omdat ik wat ouder ben, maar ik moet echt nog een boel leren!' Door zijn zelfinzicht, inzet en goede wil kreeg hij bij beoordelingen steeds het voordeel van de twijfel. Zijn derdejaars opleider ziet echter geen voordeel meer in twijfelen en vindt Latif juist helemaal niet zo professioneel. 'Latif heeft gewoon te weinig kennis voor een derdejaars en elke keer als ik hem daarop wijs, heeft hij een weerwoord.'

CASUS: 'VAAK ZIEK'

Veerle is derdejaars aios. Na cum laude te zijn afgestudeerd, heeft ze enkele jaren aan een proefschrift gewerkt. Tijdens haar onderzoek kwam ze echter wetenschapsfraude op het spoor en luidde de klok. Dat werd haar niet in dank afgenomen. Na een korte periode van burn-out heeft zij zich 'teruggevochten' en begon ze met de opleiding tot huisarts. De eerste twee opleidingsjaren werd zij om haar nauwgezetheid geprezen. Haar derdejaars opleider is echter veel minder enthousiast: 'Ze is doorgaans stipt om 17:00 uur weg en meldt zich ook vaak ziek. Als ik dan vraag op welke ic ze ligt, komt er weer een huilbui. Ik krijg gewoon geen vat op haar en heb niet het gevoel dat ik van haar een betrouwbare collega kan maken.'

Onprofessioneel gedrag van dokters heeft een negatief effect op de arts-patiëntrelatie, de patiëntveiligheid en het vertrouwen dat de samenleving heeft in de medische stand.¹⁻³ Professioneel gedrag – gedefinieerd als 'bij al het handelen het belang van de patiënten voorop stellen' – heeft daarentegen een positief effect op de arts-patiëntrelatie en op de uitkom-



Tijdige herkenning en remediëring van onprofessioneel gedrag bij aiossen is wenselijk.

Foto: Shutterstock

sten van zorg.⁴⁻⁸ Onderzoek toont aan dat onprofessioneel gedrag in de basis- en vervolgopleiding frequent voorkomt.^{3,9,10} Bovendien is herhaaldelijk gebleken dat er een verband is tussen onprofessioneel gedrag in de basis- en vervolgopleiding en gedrag in de latere praktijk.¹¹⁻¹⁵ Dat maakt opleiden van (huis-)artsen een belangrijke en verantwoordelijke taak. Patiënten willen immers een dokter die zich professioneel gedraagt.¹ Professioneel gedrag van dokters is een wezenlijk onderdeel van het vak en dus veel meer dan 'mooi meegenomen'.

FAILURE TO FAIL

Toch bespreken opleiders onprofessioneel gedrag vaak niet met de aios. Hiervoor kunnen ze allerlei redenen hebben, wat in de literatuur het *failure to fail*-fenomeen is gaan heten.^{16,17} Een belangrijke reden waarom begeleiders onprofessioneel gedrag niet bespreken is dat professionaliteit een lastig begrip is. Het is namelijk een tweede-ordecompetentie en komt tot uitdrukking in de uitoefening van andere competenties – in de praktijk dus.¹⁸ Het zegt iets over hoe de dokter zijn werk doet.

DE KERN

- Onprofessioneel gedrag van dokters heeft negatieve effecten op patiënten, zorgmedewerkers en het vertrouwen van de samenleving in de zorgmedewerkers.
- Tijdige herkenning en remediëring van onprofessioneel gedrag bij aiossen is wenselijk.
- Er is behoefte aan taal om onprofessioneel gedrag te bespreken en aan vaardigheden om onprofessioneel gedrag te remediëren.
- Het 4-I-model en het Raamwerk Professionaliteit kunnen behulpzaam zijn bij herkennen, bespreken en remediëren van onprofessioneel gedrag.

Bovendien kan professionaliteit gezien worden vanuit verschillende perspectieven: die van deugden, gedrag en identiteitsvorming.¹⁹ Wanneer we professionaliteit als een verzameling deugden zien, zal een goede dokter iemand zijn met het juiste karakter en de juiste attitude. De deugdzame dokter werkt vanuit geïnternaliseerde waarden en brengt die waarden tot uitdrukking in de praktijk. Hij of zij zet het eigenbelang opzij en stelt het belang van de patiënt voorop. Professionaliteit kan ook vernauwd worden tot gedrag. Waar deugden en attitude als zweverig gezien kunnen worden, is gedrag zichtbaar, meetbaar en beoordeelbaar. Vanuit dit perspectief gezien is de goede dokter iemand die zich professioneel gedraagt.

De laatste decennia is er een groeiende (onderzoeks)interesse voor socialisatie en professionele identiteitsvorming in de medische opleidingen. Wanneer we professionaliteit in het kader van identiteitsvorming bezien, is de goede dokter iemand die de waarden van de beroepsgroep in zijn of haar identiteit heeft verinnerlijkt. Dat vormingsproces leidt er dus toe dat een dokter gaat denken, doen en voelen als een goede dokter.

Deze 3 visies op professionaliteit zijn deels complementair en leggen elk de focus op een ander aspect van het begrip professionaliteit. Hoe die 3 visies samenhangen, kan worden geïllustreerd met het Raamwerk Professionaliteit [online figuur].^{4,19}

Dit raamwerk zullen we verderop gebruiken om concrete handvatten voor remediëring in de opleidingspraktijk te geven. Opleiders zijn ook vaak terughoudend in het geven van hun oordeel, omdat dat oordeel subjectief zou zijn. Ook vrezen ze vaak dat ze de aios schaden met dat oordeel. Verder zijn opleiders vaak onzeker over hoe ze het onprofessionele gedrag kunnen aanpakken, verwachten ze dat ingrepen niet veel zullen opleveren of schrikken ze terug voor de tijd die het hen kost.¹⁶ Door het onprofessionele gedrag onbesproken te laten geven opleiders echter de impliciete boodschap dat het bespreken en remediëren van onprofessioneel gedrag te lastig of de moeite niet waard is, of zelfs dat het onprofessionele gedrag acceptabel zou zijn, met alle gevolgen van dien. Duidelijke taal en gebruiksvriendelijke handvatten kunnen behulpzaam zijn bij het herkennen, bespreken en remediëren van onprofessioneel

gedrag. Met de hieronder volgende uitleg over het 4-I-model en het Raamwerk Professionaliteit willen we die taal en handvatten bieden.^{4,19,20}

HET 4-I-MODEL

Onprofessioneel gedrag van een aios roept aanvankelijk vaak een onbestemd gevoel op bij de opleider: 'Er is iets niet in orde met die aios, maar ik kan niet precies zeggen wat.' Dat gevoel uit zich vaak als 'een verlies aan enthousiasme om op te leiden', een 'niet-pluisgevoel' of 'gedoe rond de aios'.³ Wanneer de opleider zich bewust wordt van dit niet-analytische proces, is het tijd om – net als bij klinisch redeneren – over te schakelen op analytisch redeneren. Het 4-I-model heeft vooral meerwaarde in deze diagnostische fase door de vraag te helpen beantwoorden 'waar zit het 'm nou precies in met deze aios?'

Het 4-I-model werd ontwikkeld op basis van onderzoek in de medische basisopleiding en heeft als doel opleiders van taal te voorzien wanneer ze onprofessioneel gedrag willen documenteren en zo een aanzet te geven voor effectieve remediëring.^{16,20} Het bestaat uit omschrijvingen van onprofessioneel gedrag, ingedeeld in 4 verschillende categorieën: gebrek aan inzet, integriteit, interactie en introspectie [tabel].

Recent onderzoek bewees de waarde van dit model voor de huisartsopleiding.³ De onderzoekers vonden dezelfde omschrijvingen van onprofessioneel gedrag en konden deze ook indelen in de 4 categorieën. Bij huisartsen in opleiding vonden ze bovendien 2 nieuwe groepen van gedragingen, namelijk 'nerveuze uitputtingsklachten' en '9-tot-5-mentaliteit', die ze toevoegden aan het 4-I-model, beide in de categorie introspectie [tabel].

Nadat de opleider met de taal van het 4-I-model de overstap heeft gemaakt van het niet-analytische naar het analytische

Tabel

Het 4-I-model [vertaling Mak-van der Vossen]^{16,20,21}

Inzet

- afwezig of te laat zijn bij activiteiten
- zich niet aan deadlines houden
- te weinig initiatief nemen
- ongeorganiseerd handelen
- de kantjes er vanaf lopen
- onvoldoende inzet tonen in groepen
- Nederlandse taal onvoldoende beheersen

Integriteit

- frauderen bij examens
- liegen
- plagiaat plegen
- verzinners van data
- vervalsen van data
- zich anders voordoen dan als student of coassistent
- handelen zonder vereiste toestemming
- zich niet aan regels en richtlijnen houden

Interactie

- communicatievaardigheden onvoldoende beheersen
- sociale media onjuist gebruiken
- ongepaste kleding dragen
- storend gedrag vertonen in onderwijs-situaties
- schenden van privacy en vertrouwelijkheid
- pesten
- discrimineren
- seksueel ongepast gedrag vertonen

Introspectie

- feedback ontlopen
- niet luisteren naar feedback
- niet verbeteren na feedback
- geen inzicht in eigen functioneren tonen
- behoeften van een ander onvoldoende aanvoelen
- oorzaak van eigen problemen externaliseren
- geen inzicht in eigen beperkingen tonen
- nerveuze uitputtingsklachten
- 9-tot-5-mentaliteit

diagnostische proces, kan deze starten met de remediëring. In de praktijk van het opleiden blijken de diagnostische en de remediërende fase overigens vaak met elkaar verweven. Het verkennen van het onprofessionele gedrag in een gesprek met de aios heeft vaak al een remediërend effect. Het omgekeerde geldt ook: de manier waarop de aios met de remediërende fase omgaat, geeft nieuwe input voor de diagnostische fase. Gedragingen in de categorieën inzet en interactie worden door opleiders vaak als mild beoordeeld en leiden doorgaans tot informele, pedagogische feedback.³ Gedragingen in de categorieën introspectie en integriteit ervaren opleiders doorgaans als zeer alarmerend en krijgen een veel striktere remediëring.³ In dat geval plannen opleiders vaak ook formele bijeenkomsten, waarbij ze de ComBeL (competentiebeoordelingslijst) explicieter gebruiken om precies aan te geven en te beoordelen op welk competentiedomein de aios ondermaats presteert.³ Bij formeel geplande bijeenkomsten raadplegen opleiders doorgaans ook de docenten van de terugkomdag om samen aan een remediëeringsplan te werken.³

CASUS: 'GEEN TWIJFEL MEER' EN HET 4-I-MODEL

De derdejaars opleider plant een gesprek met Latif en zijn groepsbegeleider. Hierin bespreken ze openlijk de twijfels over het opleidingstraject van Latif. Ook nu heeft Latif op alles meteen een weerwoord. Het ligt allemaal aan van alles en iedereen, maar niet aan hemzelf [externaliseren]. Zijn opleider zegt: 'Kijk, hier gebeurt dus precies hetzelfde als in de praktijk. Nog voor je laat weten welke feedback überhaupt is aangekomen, veeg je die al van tafel' [feedback niet accepteren]. De groepsbegeleider vertelt dat hij dit gedrag ook ziet tijdens de terugkomdagen. Opleider en groepsbegeleider zoeken met Latif naar mogelijkheden om hem tot meer introspectie aan te zetten.

RAAMWERK PROFESSIONALITEIT

Het Raamwerk Professionaliteit verenigt de verschillende visies op professionaliteit.⁴ Het bestaat uit 6 lagen: omgeving, gedrag, competenties, overtuigingen en waarden, identiteit en missie. Het model biedt de mogelijkheid om met de aios het gesprek aan te gaan over professionaliteit, om zo ingangen te vinden voor remediëring die verder gaan dan enkel het niveau van gedrag.

Wanneer met behulp van het 4-I-model taal is gevonden voor het onprofessionele gedrag, kan de opleider met behulp van het Raamwerk Professionaliteit ingangen voor remediëring zoeken. Dit gebeurt door de lagen van het Raamwerk een voor een af te pellen. Eerst stelt de opleider vragen over de omgeving. Wat is de precieze context waarin het gedrag van de aios zich voordoet? Vragen kunnen zich richten op de (academische) leeromgeving of de klinische omgeving waarin de aios zich bevindt. Ook naar persoonlijke omstandigheden, zoals problemen in de thuissfeer of mentale of fysieke ziekten, kan worden gevraagd voor zover deze van invloed zijn op het onprofessionele gedrag.

Vervolgens is het daadwerkelijke gedrag aan de beurt. Wat is er nu precies voorgevallen volgens de aios en de opleider? Zo nodig kan het 4-I-model weer worden gebruikt om het gedrag zo concreet mogelijk te maken.

Hierna komen 4 lagen aan de orde die voorwaardescheppend zijn voor dat gedrag. Ten eerste de laag van de competenties: het geheel aan kennis, vaardigheden en attitudes dat professioneel gedrag mogelijk maakt. De aios moet hierbij leren reflecteren op wanneer en hoe ze welke competenties in de praktijk brengt. Hierna volgt de laag van overtuigingen en waarden. Waar gelooft de aios in? Bijvoorbeeld in een meer ziektegeoriënteerde zorg of een meer mensgeoriënteerde zorg? Een stap dieper ligt de laag van de identiteit. Op deze laag komen vragen aan de orde als: 'wie ben ik?' en 'wat voor dokter wil ik zijn?' Die kunnen de aios aanzetten om na te denken over de eigen identiteit en hoe die het gedrag beïnvloedt.

De binnenste laag, die van de missie, is de meest persoonlijke laag. Deze laag is niet voor iedereen even gemakkelijk te bereiken. Er zijn zelfs mensen die geen missie lijken te hebben. Toch kunnen vragen als: 'waarom wil je huisarts worden?' of 'wat is je roeping?' blootleggen waarvoor en vooral voor wie de aios het allemaal doet. Zo kan duidelijker worden waarom de aios het problematische gedrag laat zien.

CASUS: 'VAAK ZIEK' EN HET RAAMWERK PROFESSIONALITEIT

Er volgt een gesprek tussen Veerle, haar derdejaars opleider en haar groepsbegeleider. Ze bespreken haar gedrag in de praktijk. De opleider merkt ook op dat hij zijn vraag 'op welke IC ze lag' achteraf niet zo professioneel vindt. Verder bespreken ze de duiding van de opleider en groepsbegeleider volgens het 4-I-model. Dat ze stipt om 17:00 uur vertrekt, zien ze als een 9-tot-5-mentaliteit. Dat ze zich vaak ziek meldt en huilt bij het krijgen van feedback beschouwen ze als nerveuze uitputtingsklachten.

Veerle lijkt te begrijpen waar de schoen wringt. Na opnieuw een korte huilbui bespreken ze een voor een de lagen van het Raamwerk Professionaliteit. Ze is open over haar persoonlijke omstandigheden. De combinatie huisarts-in-opleiding, moeder van een kind met gebruiksaanwijzing en partner van een [aankomend] topman bij een grote multinational valt haar zwaar. Toch weet ze dat het haar aan competenties niet ontbreekt. Ze vraagt zich af hoe ze alle ballen in de lucht kan houden.

Ze besluiten gezamenlijk tot een time-out van [ten minste] 3 maanden, waarin Veerle een coach zal consulteren om met deze vraag aan de slag te gaan.

CONCLUSIE

Onprofessioneel gedrag van dokters heeft negatieve effecten op patiënten, zorgmedewerkers en het vertrouwen van de samenleving in de zorgmedewerkers. Vanwege het verband tussen onprofessioneel gedrag in de basis- en vervolgopleiding en gedrag in de latere praktijk zijn tijdige herkenning en remediëring van onprofessioneel gedrag wenselijk. Toch blijft dit soort gedrag vaak onbesproken. Belangrijke reden daarvoor is het ontbreken van concrete taal voor het bespreken ervan en vaardigheden om dit gedrag te remediëren. Het 4-I-model kan behulpzaam zijn bij de diagnostiek door aan het niet-pluisgevoel rond het functioneren van de aios woorden te geven. Het Raamwerk Professionaliteit kan vervolgens behulpzaam zijn bij het remediëren van het onprofessionele gedrag. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst en het kader met auteursgegevens staan bij dit artikel op www.henw.org.



Welke pijnstilling werkt (niet) bij lagerugpijn?

Bart Koes

Bij de behandeling van lagerugpijn schrijven huisartsen vaak pijnmedicatie voor, zoals paracetamol, NSAID's en opioïden. Uit een recente cochrane review blijkt dat het effect van de meeste pijnstillers beperkt of zelfs afwezig is. Op basis van de review en recenter onderzoek kunnen we verder concluderen dat er bij de behandeling van specifieke lagerugpijn geen plaats meer is voor opioïden.

Lagerugpijn komt veel voor en gaat vaak gepaard met flinke beperkingen en ziekte last. Een recente cochrane review zet de evidence over de effectiviteit en de bijwerkingen van pijnmedicatie bij lagerugpijn op een rij.¹ De auteurs maken daarbij gebruik van 7 eerdere cochrane reviews, gebaseerd op 103 onderzoeken met in totaal 22.238 patiënten naar de afzonderlijke vormen van pijnmedicatie. De focus lag op het effect en de bijwerkingen bij acute en chronische lagerugpijn in placebo-gecontroleerde onderzoeken.

ACUTE LAGERUGPIJN

NSAID's en spierslappers blijken de pijn bij acute lagerugklachten een klein beetje te verlichten (ongeveer 7 punten op een schaal van 0-100; matige bewijskracht). Paracetamol had niet meer effect dan een placebo (hoge bewijskracht). Bij deze review vonden de auteurs geen onderzoeken over de effectiviteit van opioïden en antidepressiva bij acute lagerugpijn.

Bijwerkingen

De auteurs vonden geen onderzoeken die wezen op een verhoogd risico op bijwerkingen bij NSAID's (zeer lage bewijskracht) en paracetamol (hoge bewijskracht). Er was matig bewijs dat spierslappers het risico op bijwerkingen verhogen. De omschrijving en rapportage van bijwerkingen in de geïnccludeerde onderzoeken waren overigens gebrekkig. Daarom is het lastig om definitieve uitspraken te doen over de veiligheid van de pijnmedicatie.

CHRONISCHE LAGERUGPIJN

Bij chronische lagerugpijn is geen onderzoek gevonden naar het effect van paracetamol versus een placebo. Voor NSAID's (lage bewijskracht), spierrelaxantia (lage bewijskracht) en opioïden (zeer lage tot hoge bewijskracht, afhankelijk van de onderzochte opioïde) vonden de auteurs een klein effect op de pijn (ongeveer 7 of 8 punten op een schaal van 0-100). Ze vonden geen bewijs voor het effect van antidepressiva (lage bewijskracht).

Bijwerkingen

De auteurs vonden geen verschil in bijwerkingen tussen paracetamol en NSAID's enerzijds, en een placebo anderzijds. Opioïden gaven een verhoogd risico op bijwerkingen, zoals misselijkheid, hoofdpijn, obstipatie en duizeligheid (lage bewijskracht). Ook bij spierslappers bleek sprake van een verhoogd risico op bijwerkingen.



Opioïden hebben geen plaats meer bij de behandeling van specifieke lagerugpijn.

Foto: Shutterstock

BESCHOUWING

Deze cochrane review laat zien dat de effectiviteit van de meeste vormen van pijnmedicatie wat betreft pijnreductie bij acute en chronisch rugpijn slechts zeer beperkt is vergeleken met een placebo.

Gegeven deze nederig stemmende bevinding is het verstandig om het uitgangspunt te volgen van de WHO-pijnladder en de huidige NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn en Pijn: kies bij voorkeur voor het middel met de minste bijwerkingen.^{2,3} Er zijn immers geen middelen die bijzonder effectief zijn en die aanbevolen kunnen worden. Daarnaast is het vanwege de kleine en soms afwezige effecten van belang om het gebruik van pijnmedicatie goed te monitoren. Wanneer de patiënt er geen baat bij heeft, is doorgaan zinloos en dient andere medicatie of liever juist een niet-medicamenteuze behandeling overwogen te worden.

Klein effect

De cochrane review concludeert dat er voor acute lagerugpijn een matige bewijskracht is voor een klein effect van NSAID's en spierverlappers, en dat paracetamol niet effectiever is dan een placebo. Moeten de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn en Pijn worden herzien en paracetamol niet langer adviseren? De huidige standaarden stellen dat NSAID's waarschijnlijk niet effectiever zijn dan paracetamol bij lagerugpijn. Deze bewering is gebaseerd op onderzoeken die NSAID's en paracetamol rechtstreeks met elkaar vergeleken en geen significante verschillen vonden. Deze onderzoeken zijn niet in deze cochrane review meegenomen, omdat daarbij alleen naar placebogecontroleerde onderzoeken is gekeken.

Daarnaast concludeert de cochrane review dat er een hoge bewijskracht is voor de stelling dat paracetamol bij acute lagerugpijn niet beter is dan een placebo. Dit oordeel is echter gebaseerd op slechts 1 enkele RCT. Die heeft weliswaar een grote omvang en een hoge kwaliteit, maar meer evidence zou toch wenselijk zijn voordat we paracetamol definitief als behandeloptie afschrijven. Vooralsnog kan paracetamol, vanwege het relatief gunstigere bijwerkingenprofiel, een optie blijven bij de medicamenteuze behandeling van acute lagerugpijn.

Voor NSAID's zijn zowel bij acute als bij chronische lagerugpijn kleine effecten gevonden op pijnreductie. In de RCT's werden geen verschillen gevonden tussen NSAID's en een placebo wat betreft bijwerkingen, maar ander onderzoek laat zien dat er gastro-intestinale en cardiovasculaire bijwerkingen zijn.^{4,5} Voor spierrelaxantia zijn ook kleine effecten gevonden in combinatie met een verhoogd risico op bijwerkingen. Mede om deze reden adviseert de NHG-Standaard geen spierrelaxantia, maar wel NSAID's.

Opioiden geen goede optie

Wanneer zwakker werkende analgetica onvoldoende werkzaam zijn adviseren de huidige standaarden zwak- en sterkwerkende opioiden. De beschikbare evidence maakt steeds duidelijker dat opioiden geen goede optie zijn bij de behandeling van acute en chronische lagerugpijn. Deze cochrane

review laat zien dat het effect van opioiden bij chronische lagerugpijn zeer klein is en dat gebruik ervan gepaard gaat met een verhoogd risico op bijwerkingen. De review vond geen onderzoeken naar het gebruik van opioiden bij acute lagerugpijn. Zeer recentelijk is de eerste RCT gepubliceerd naar het effect van opioiden versus een placebo bij acute rug- en nekpijn (< 3 maanden aanwezig).⁶ Daaruit blijkt dat opioiden niet meer pijnreductie geven dan een placebo. Na 12 maanden was een placebo zelfs (iets) effectiever dan opioiden.

Deze bevindingen komen overeen met die uit een onderzoek onder 64 huisartsen waaruit bleek dat 4 op de 5 huisartsen opioiden niet effectief vonden bij acute en chronische lagerugpijn. Negentig procent van hen gaf aan zo weinig mogelijk opioiden voor te schrijven.⁷ Gegevens van het Nivel tonen echter aan dat huisartsen in de praktijk veelvuldig opioiden voorschrijven voor rugpijn en andere klachten van het bewegingsapparaat.⁸ Uit de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (500 huisartspraktijken) bleek dat in 2018 37 per 1000 ingeschreven volwassen patiënten een sterkwerkende opioïde voorgeschreven kregen en dat ook 37 per 1000 tramadol (zwakwerkend opioïde) kregen. Het Nivel concludeert dat vooral bij klachten aan het bewegingsapparaat winst te behalen lijkt in het reduceren van het opioïdegebruik.⁸

CONCLUSIE

NSAID's hebben een klein effect bij acute en chronische lagerugpijn. Paracetamol lijkt niet effectiever dan een placebo bij acute lagerugpijn, maar heeft een relatief gunstig bijwerkingenprofiel. Er is geen placebogecontroleerd onderzoek gedaan naar het effect van paracetamol bij chronische lagerugpijn. Spierrelaxantia hebben een klein effect bij chronische lagerugpijn, maar worden niet aanbevolen vanwege het verhoogde risico op bijwerkingen. Gegeven de nieuwe kennis over het gebrek aan effectiviteit van opioiden, gecombineerd met de kennis over het risico op (ernstige) bijwerkingen kunnen we concluderen dat opioiden geen plaats meer hebben bij de behandeling van aspecifieke lagerugpijn. Soms is het middel erger dan de kwaal. ■

LITERATUUR

1. Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, Lee H, Rizzo RRN, Bagg MK, et al. Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;4:CD013815.
2. NHG-werkgroep Aspecifieke lagerugpijn. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2017. Geraadpleegd op 28 juni 2023.
3. NHG-werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2018. Geraadpleegd op 28 juni 2023.

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

Koes BW. Welke pijnstilling werkt (niet) bij lagerugpijn? *Huisarts Wet* 2023;66(11):47-8. DOI:10.1007/s12445-023-2350-4.
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: prof. dr. B.W. Koes, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, b.koes@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARL, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Drinkyoghurtinterventie

Een gewone dinsdagmiddag. Tussen de Hollandse kaaskoppen zie ik een vrouw van Nigeriaanse afkomst met haar dochttertje van 3. Schattig meisje. Vlechtjes in haar donkere kroeshaar. Lief jurkje, spreekt een paar woordjes Nederlands. Ze speelt bij het tafeltje in de hoek met een houten puzzel, continu sabbelend aan een flesje drinkyoghurt. Aan het einde van het consult, waarin ik de moeder gerust kan stellen over de blaasjes op haar onderarm (mollusca), kan ik mij niet meer inhouden. 'Een ding nog,' begin ik.

'Je moet echt stoppen met die flesjes. Ze is er veel te groot voor en het is niet goed voor haar gebit.' De moeder kijkt me aan. Haar gezicht is een groot vraagteken. Hoe dan? Haar dochter vraagt steeds om die flesjes! Ik geef haar wat tips. Moeder blijft even stil, kijkt me aan, loopt vervolgens met grote passen naar het speeltafeltje, rukt de fles met drinkyoghurt uit de mond van haar dochter en gooit hem met een zwaai in mijn pedaalemmer.

Ze bedankt me en neemt vriendelijk afscheid, mij met open mond achterlatend achter m'n bureau. Wat gebeurt hier nou?

Compliance? Therapietrouw? We weten allemaal, en dat is ook wetenschappelijk onderbouwd, dat patiënten onze adviezen en medicatievoorschriften lang niet altijd horen, onthouden en opvolgen. Aan de andere kant weten we ook dat een simpel maar stevig stoppen-met-rokenadvies van een (huis)arts een onverwacht positief effect kan hebben. Dit geldt ook voor gewichtsverlies en alcoholgebruik.

Recent opende het Center for Interdisciplinary Placebo Studies Leiden haar deuren. Deze week deed ik hun online nascholing 'Behandeleffecten verbeteren via communicatie', waarin je leert hoe je door communicatie placebo-effecten kunt optimaliseren en nocebo-effecten minimaliseren. Ik weet niet waarom mijn drinkyoghurtinterventie zo goed werkte. Had dit te maken met de communicatie, de relatie, de toevallige goede timing, of de cultuur? Ik vermoed een combinatie van factoren. Mijn conclusie uit dit voorval: wees niet te bang om je uit te spreken wanneer de gelegenheid zich voordoet. ■

Annet Sollie, huisarts & informaticus



Foto: Margot Scherder

'Een ding nog, begin ik. Je moet echt stoppen met die flesjes'



NHG-Standaard Atriumfibrilleren volledig herzien

Lia Boelman, Annemiek Schep, Tjerk Wiersma

De NHG-Standaard Atriumfibrilleren is op veel punten gewijzigd. Zo is het advies toegevoegd om laagdrempelig het hartritme te bepalen door palpatie van de pols bij oudere patiënten met specifieke klachten. Een ander advies is om een echocardiografie te verrichten bij patiënten met atriumfibrilleren om hartfalen uit te sluiten. Daarnaast gaat bij nieuwe patiënten met atriumfibrilleren met een indicatie voor orale anticoagulantia voortaan de voorkeur uit naar een DOAC. Verder vervalt de indicatie om patiënten < 65 jaar te verwijzen en daarboven alleen op indicatie te verwijzen.

Atriumfibrilleren is de meest voorkomende hartritmestoornis bij volwassenen. Het is vaak een uiting van een of meerdere andere aandoeningen: cardiovasculair (zoals hartfalen, hypertensie, coronaire hartziekten) en/of niet-cardiovasculair (zoals diabetes mellitus (DM) type 2, obesitas). Atriumfibrilleren is meestal geen geïsoleerde aandoening en de comorbiditeit bepaalt mede het beleid.

De diagnose atriumfibrilleren wordt gesteld op basis van een 12-kanaals-elektrocardiogram (ecg) of 1-kanaals-ecg van minimaal 30 seconden. De behandeling bestaat uit 3 delen:

- preventie van trombo-embolie (met orale anticoagulantia)
- behandeling van symptomen (door normalisering van de ventrikelvolgfrequentie of door conversie naar en behoud van sinusritme)
- behandeling van onderliggende comorbiditeit

BEPAAAL LAAGDREMPELIG HET HARTRITME

Atriumfibrilleren is vaak asymptomatisch. De vraag is of screening naar atriumfibrilleren zinvol is. De werkgroep heeft deze vraag onderzocht en beveelt systematisch screenen niet aan. In de geraadpleegde onderzoeken werd geen gezondheidswinst gevonden bij systematische screening op atriumfibrilleren. Ook in onderzoeken naar opportunistische screening werd gezondheidswinst niet overtuigend aangetoond. Om zo veel mogelijk patiënten met atriumfibrilleren op te sporen, adviseert de werkgroep om laagdrempelig het



Foto: Foto: iStock/Foremniakowski

Een nieuw advies is om laagdrempelig het hartritme te bepalen door palpatie van de pols bij oudere patiënten met specifieke klachten.

hartritme te bepalen bij patiënten met specifieke klachten (zoals malaise), vooral bij patiënten ≥ 75 jaar. Deze patiënten hebben een hoog risico op atriumfibrilleren en bij hen is gezondheidswinst van antitrombotische preventie en behandeling te verwachten. De aanbeveling om bij alle patiënten bij wie de bloeddruk wordt gemeten het hartritme te bepalen, ook als er geen klachten zijn, is onveranderd ten opzichte van de vorige standaard.

ECHOCARDIOGRAFIE EN GEEN (NT-PRO-)BNP

Bepaal niet langer het (NT-pro-)BNP bij patiënten met atriumfibrilleren om hartfalen uit te sluiten, maar verricht een echocardiografie. Een (NT-pro-)BNP-waarde onder de afkapwaarde geeft onvoldoende zekerheid om hartfalen uit te sluiten bij patiënten met atriumfibrilleren. Met een echocardiografie kan de aan- of afwezigheid van hartfalen wel voldoende zeker worden vastgesteld en kan zo nodig de daarbij behorende behandeling gestart worden. Antistolling en een eventueel andere behandeling van atriumfibrilleren kunnen, in afwachting van de echografie, gewoon worden opgestart. Een echocardiografie binnen een termijn van 3 tot 6 maanden na de diagnose atriumfibrilleren is wenselijk.

VOORKEUR VOOR DOAC

Atriumfibrilleren verhoogt het risico op een trombo-embolie, vooral op een herseninfarct. Schat het risico op een herseninfarct in met behulp van de $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ -score en bepaal aan de hand daarvan of er een indicatie is voor orale anticoagulantia. Dat is bij het merendeel van de patiënten het geval. Of de patiënt klachten heeft door atriumfibrilleren is voor de bepaling van de indicatiestelling van orale anticoagulantia niet van belang.

In de vorige standaard werden vitamine K-antagonisten (VKAs) en DOAC's als gelijkwaardig beschouwd. Na beoordeling van de literatuur vindt de werkgroep dat er voldoende bewijs is om bij patiënten met nieuw atriumfibrilleren de voorkeur te geven aan een DOAC, omdat DOAC's iets effectiever en veiliger lijken en vaak eenvoudiger te gebruiken zijn (geen bloedcontroles door de trombosedienst, lagere innamefrequentie). De werkgroep geeft daarnaast duidelijk aan bij welke patiënten een VKA ook een goede optie kan zijn.

NVVC Connect is een regionaal ingericht netwerkprogramma dat zich inzet om de verschillende zorgverleners uit de eerste en tweede lijn bij elkaar te brengen en zo de zorg voor de patiënten met hart- en vaatziekten meer integraal en transmuraal aan te bieden. Connect is onder meer actief bij de aandoening atriumfibrilleren, waar het zich richt op het eerder opsporen en optimaal behandelen van patiënten met atriumfibrilleren. Zie voor meer informatie www.nvvcconnect.nl.

LEEFTIJDGRENSEN VERVALT

De indicatie om patiënten < 65 jaar te verwijzen en daarboven alleen op indicatie te verwijzen, is vervallen. In plaats daarvan vermeldt de werkgroep redenen om een ritmebehandeling door de cardioloog te overwegen en op basis daarvan wel/niet te verwijzen. Niet-kwetsbare patiënten met korter bestaand atriumfibrilleren en weinig relevante comorbiditeit komen regelmatig in aanmerking voor een ritmebehandeling. Behandel patiënten met een snelle ventrikelvolgfrequentie ($> 110/\text{min}$) of klachten (bij inspanning) in eerste instantie zelf met medicatie. Als er desondanks aanhoudende klachten en symptomen of contra-indicaties voor de medicatie zijn, of als de patiënt medicatie niet tolereert, overweeg dan verwijzing voor een ritmebehandeling door de cardioloog.

CONTROLES EN KWALITEITSVERBETERING

Controleer patiënten met nieuw vastgesteld atriumfibrilleren tot de klachten en de ventrikelvolgfrequentie tot een bevredigend niveau zijn gereduceerd. Controleer daarna minimaal jaarlijks. Let daarbij op klachten en symptomen die zijn gerelateerd aan atriumfibrilleren. Kijk ook naar atriumfibrillerengerelateerde medicatie en de bijbehorende laboratoriumdiagnostiek, en naar factoren die invloed hebben op atriumfibrilleren (bijvoorbeeld cardiovasculaire comorbiditeit, DM type 2). De controles kunnen, afhankelijk van de regionale mogelijkheden, via geprotocolleerde/integrale zorgprogramma's worden uitgevoerd. De werkzaamheden worden dan (deels) gedelegeerd aan de praktijkondersteuner. De inhoud van de controles blijft gelijk. Veel patiënten met atriumfibrilleren zitten voor een bijkomende aandoening toch al in een programma voor chronische zorg (zoals DM type 2 of CVRM).

Bij de nieuwe standaard worden ook indicatoren gemaakt. Deze zijn bruikbaar voor interne kwaliteitsverbetering in de huisartsenpraktijk. ■

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

Boelman L, Schep-Akkerman AE, Wiersma Tj. NHG-Standaard Atriumfibrilleren volledig herzien. Huisarts Wet 2023;66(11):52-3. DOI:10.1007/s12445-023-2379-4. NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: L. Boelman, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker, correspondentie: kenniscentrum@nhg.org. A.E. Schep, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker; Tj Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De volledige NHG-werkgroep Atriumfibrilleren bestond uit: Boelman L, Geersing GJ, Hemels MEW, Jongerius S, Joosten LPT, Oik H, Ruigrok S, Schep-Akkerman AE, Schoenmakers M, Van Doorn S, Verheij AAA, Wiersma Tj.

Nieuw NHG-Standpunt Herhalen specialistische medicatie

Amanda van Walraven, Monique Verduijn

Eind september is het NHG-Standpunt Herhalen specialistische medicatie verschenen. Hierin staan randvoorwaarden die huisartsen kunnen helpen bij de overweging om specialistische geneesmiddelen te herhalen.

Huisartsen herhalen met regelmaat medicatie die is voorgeschreven door specialisten en zijn dan verantwoordelijk voor de behandeling en bijbehorende controles. In de meeste gevallen past dit bij de kennis en kunde van de huisarts, bijvoorbeeld in het geval van veelgebruikte medicatie zoals antihypertensiva en statines. Deze middelen worden vaak gestart door een medisch specialist, maar het voorschrijven is niet per se voorbehouden aan een specialisme. Bij sommige specialistische medicatie is wel aanvullende informatie, scholing of voldoende ervaring nodig voor optimale begeleiding van de patiënt. De randvoorwaarden hiervoor worden in het standpunt beschreven.

ALLE SPECIALISTISCHE GENEESMIDDELEN

Er bestond al een NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie. Veel van de uitgangspunten daaruit bleken echter niet alleen van toepassing op psychiatrische medicatie, maar op alle specialistische geneesmiddelen. In afstemming met de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Federatie Medisch Specialisten is het oude standpunt daarom uitgebreid naar een standpunt over het herhalen van specialistische medicatie in bredere zin. In het kader van dit standpunt bedoelen we met 'specialistische geneesmiddelen' medicatie die de huisarts in de dagelijkse praktijk in de regel niet voorschrijft en waarvoor de huisarts naar de tweede lijn of bijvoorbeeld de gespecialiseerde ggz verwijst. Voorbeelden zijn antipsychotica, anti-epileptica, middelen bij inflammatoire darmziekten of orale oncolytics. Het oude standpunt over ggz-medicatie komt hiermee te vervallen.



Foto: Mergot Schreuder

Het NHG-Standpunt Herhalen specialistische medicatie is bedoeld voor huisartsen die overwegen om specialistische medicatie te herhalen.

OVERNEMEN DOOR DE HUISARTS

Huisartsen zijn niet verplicht om het voorschrijven van herhaalmedicatie van de specialist over te nemen, maar kunnen daar in bepaalde gevallen wel voor kiezen. Voorwaarde is dat zij zichzelf voldoende bekwaam achten en de zorg in goed overleg met de specialist en de patiënt kunnen overnemen. Als de huisarts naar eigen inschatting onvoldoende expertise heeft, is het raadzaam het voorschrijven van de betreffende herhaalmedicatie te weigeren. Bijvoorbeeld doordat de aantallen patiënten te klein zijn om voldoende ervaring op te doen, of als er geen oproepsysteem is voor noodzakelijke (lab)controles. In dat geval zal de huisarts de patiënt bij een verzoek om herhaalmedicatie moeten verwijzen naar de behandelend specialist.

RANDVOORWAARDEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Het standpunt beschrijft onder welke omstandigheden huisartsen kunnen overwegen om specialistische medicatie te herhalen. Zo moet de aandoening van de patiënt stabiel zijn, moet er een duidelijke overdracht zijn, dient de huisarts zich voldoende bekwaam te achten en moet expliciet akkoord gaan met de overname. Ook moet er een mogelijkheid zijn om laagdrempelig (en zo nodig met spoed) te overleggen met de specialist. Bovenal moet de patiënt akkoord gaan met overname van de behandeling door de huisarts.

Huisartsen die recepten van de specialist herhalen, zijn verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling en de daarbij behorende (lab)controles, inclusief oproepsysteem. Ook huisartsen die geen specialistische medicatie herhalen, moeten alert zijn op bijwerkingen en complicaties en zo nodig kunnen overleggen of verwijzen naar de voorschrijver.

EXTRA VOORZORGEN BIJ PSYCHIATRISCHE MIDDELEN

Voor een aantal geneesmiddelen uit de specialistische ggz zijn extra voorzorgen nodig wanneer de huisarts de behandeling overneemt. Extra voorzorgen zijn beschreven voor volwassen patiënten die lithium, clozapine of ADHD-middelen gebruiken. Raadpleeg hiervoor de bijlagen bij het standpunt. ■

Raadpleeg de volledige versie van het NHG-Standpunt Herhalen specialistische medicatie op richtlijnen.nhg.org.

Van Walraven A, Verduijn M. Nieuw NHG-Standpunt Herhalen specialistische medicatie. Huisarts Wet 2023;66(11):54-5. DOI:10.1007/s12445-023-2362-0.
NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: A. Walraven, wetenschappelijk medewerker/apotheker, kenniscentrum@nhg.org; M. Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker/apotheker.
Belangenverstrengeling: niets gemeld.

COLOFON

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

Redactie

Dr. Gijs Baaten (hoofdredacteur, huisarts), dr. Mariëlle van Avendonk (adjunct-hoofdredacteur, huisarts n.p.), dr. 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.

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met dank aan: Leo van Rossum en Edward Wortman. Beeld en beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

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

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl.

NHG-Wetenschapsdag 2023

Toegankelijkheid huisartsenzorg

Leo van Rossum

Groningen, 22 september 2023

De NHG-Wetenschapsdag 2023 stond in het teken van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. De boeiende lezingen van huisarts/columnist Danka Stuijver en straat-/huisarts Michelle van Tongerloo sloten hierop aan. Tussendoor waren er verschillende presentaties van (huisarts-)onderzoekers en 3 prijsuitreikingen. Deze editie trok ruim 270 deelnemers, een record.

Workshops en presentaties over huisartsgeneeskundig onderzoek hadden de vorm van voordrachten en flitsen. Voordragers kregen 10 minuten praattijd en 3 minuten discussietijd, flitsers 3 om 2 minuten. Flitsers kregen opvallend vaak meer discussie los dan voordragers en de tijd voor discussie bleek dan veel te kort. Tip voor volgend jaar: iedereen 3 minuten praattijd

geven plus 10 minuten discussietijd. De onderwerpen liepen uiteen van professionele identiteit (wat voor dokter wil je worden) tot marketing van geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk. Ook waren er workshops, bijvoorbeeld over het autoriseren van NHG-Standaarden, je schrijfspieren wakker schudden of ChatGPT.

De kracht van de pen

Huisarts en columnist Danka Stuijver zag al in haar jonge jaren in Zuid-Afrika wat er gebeurt als de kernwaarden en -taken van de huisartsenzorg worden ondermijnd. Ze benadrukte de kracht van de pen en van

samen staan we sterk. Met aansprekende voorbeelden uit haar podcast 'Over de grens' liet zij ervaringen uit andere landen horen over de grote schade van zelfs schijnbaar eenvoudige inbreuken op de kernwaarden en -taken. Op de publieksvraag 'wat kunnen wij doen?' reageerde Stuijver dat wij ons moeten verenigen als huisartsen én koepelorganisaties: met de vuist op tafel slaan en onder dat Calimerohelmpje uit. En constructief in gesprek gaan over hoe het wel kan of moet.

NHG-Wetenschapsprijs naar Liesbeth AB

H&W-hoofdredacteur Gijs Baaten reikte de NHG-Wetenschapsprijs uit aan Liesbeth AB voor haar onderzoek naar het voorkomen van genitale en anorectale chlamydia bij vrouwen en de relatie met seksueel gedrag. Haar artikel 'High rates of anorectal chlamydia in women: a cross-sectional study in general practice' is gepubliceerd in het British Journal of General Practice. 'Denk ook eens aan een extragenitale soa bij bijvoorbeeld rectale klachten, keel- of oogklachten', is de bood-

Danka Stuijver: 'Met de vuist op tafel slaan en onder dat Calimerohelmpje uit'

Bij de H&W-workshop 'Schud je schrijfspieren wakker' gingen 20 deelnemers aan de slag met het vertalen van wetenschappelijk onderzoek naar een nieuwsbericht.





Liesbeth AB won de NHG-Wetenschapsprijs met haar artikel over genitale en anorectale chlamydia bij vrouwen.

Sampat het hoogst en won zo de prijs en 1000 euro.

Tranen van ontroering

Tot slot een even ontroerend als inspirerend verhaal van Michelle van Tongerloo over haar groei als straatarts en haar passie voor mensen die op straat (moeten) leven. 'Armoede is geen persoonlijk falen, maar gebrek aan geld' was destijds een tegenreactie op Margaret Thatcher, die armoede bestempelde als *character flaw*. Van Tongerloo's inktzwarte verhaal over deze mensen aan en buiten de rand van de samenleving, haar werk en leven met hen en zeker het filmpje over haar stichting, brachten tranen van ontroering: is er dan toch wat hoop voor hen?



Met zijn CAT over spiraalplaatsing won Jonathan Sampat de Jan van Es-prijs.

Volgend jaar is de NHG-Wetenschapsprijs op vrijdag 6 september in Rotterdam.

schap die AB wil meegeven. 'Het komt vaker voor dan je wellicht denkt.' De jury vond het onderwerp zeer relevant en het onderzoek gedegen uitgevoerd, met belangrijke resultaten die consequenties hebben voor de diagnostiek en de behandeling. Ook waardeerden zij de heldere discussie met een eerlijke beschouwing op de sterke en zwakke punten van het onderzoek.

NHG-Proefschriftprijs Huisarts

Juul Houwen won met zijn proefschrift over medisch onverklaarde problemen de NHG-Proefschriftprijs Huisarts 2022. Houwen ontving de prijs - wederom - uit handen van Gijs Baaten. De volledige titel van het proefschrift luidt: 'Clinical assessment as therapy in managing medically unexplained symptoms'.



De NHG-Proefschriftprijs Huisarts ging naar Juul Houwen voor zijn proefschrift over medisch onverklaarde klachten.

De jury vond de benadering van dit onderzoek - met verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden - niet alleen origineel, maar ook gedegen en opvallend duidelijk en genuanceerd gepresenteerd. De juryleden waardeerden dat Houwen concrete aanbevelingen formuleerde, die ook tot een training hebben geleid om huisartsen te scholen in het beter omgaan met medisch onverklaarbare problemen.

Jan van Es-prijs: CAT spiraalplaatsing

Na de laatste ronde presentaties reikte Henk Schers de Jan van Es-prijs uit voor de beste *Critically Appraised Topic* (CAT). Opvallend veel aanwezigen wisten niet dat Jan van Es als eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de wieg stond van het NHG en het Nivel, en onnoemlijk veel heeft betekend voor de huisartsgeneeskunde. Volgende reden voor de jaarlijkse uitreiking van een prijs met zijn naam. Dit jaar ging de prijs naar Jonathan Sampat voor zijn CAT 'Toveren tijdens spiraalplaatsing'. Na een voorselectie van de jury werden de 4 genomineerden tijdens de Wetenschapsdag beoordeeld op presentatie en interactie met hun publiek. In beide rondes scoorde

SYMPOSIUM 25 JAAR AIOTOTRAJECT

De dag voorafgaand aan de Wetenschapsdag, op 21 september, werd het 25-jarig bestaan van het aioto-programma gevierd met een symposium. Thirza Ras van ZonMw vertelde daar het heuglijke nieuws dat het ministerie van VWS het aioto-programma voortzet.

Huisarts blijft ondersteund bij onafhankelijk voorschrijven

Het NHG en Digitalis, uitgever van Prescriptor en Health Base, verlengen hun samenwerking met 4 jaar. De herziene samenwerkingsovereenkomst onderstreept het gezamenlijke commitment om huisartsen te ondersteunen bij voorschrijven met het NHG-Formularium vanuit het HIS via EVS Prescriptor.

Het NHG-Formularium ondersteunt huisartsen bij het opstellen van beleid voor ruim 200 aandoeningen, gebaseerd op NHG-richtlijnen. Huisarts Irene Bos: 'Ik gebruik het NHG-Formularium omdat je daarmee snel de juiste dosering en hoeveelheid kunt vinden. Ook is handig dat er al rekening is gehouden met patiëntkarakteristieken. Zo hoef ik bij kinderdoseringen niet meer - soms in alle haast - zelf te berekenen. Ideaal!'

Toekomstgerichte huisartsenzorg

Eric Scheppink, voorzitter Raad van Bestuur van het NHG, is blij met de herziene overeenkomst met Digitalis. 'Door deze samenwerking kan een belangrijk deel van de huisartsen nu en in de toekomst via het HIS werken met onafhankelijk en wetenschappelijke onderbouwde informatie, die is toegesneden op de individuele patiënt.'

Nóg betere ondersteuning

Digitalis werkt al ruim 25 jaar samen met het NHG. Rob Brenninkmeijer, directeur van Digitalis: 'De laatste jaren is deze samenwerking verdiept en geïntensiveerd, wat wordt versterkt door deze overeenkomst.' Digitalis is sinds kort een

zelfstandig onderdeel van Health Base, expertisecentrum voor medische en farmaceutische content.

Mark van Vliet, directeur van Health Base: 'Met het verlengen van de overeenkomst bundelen we onze krachten en kunnen we ook inhoudelijk samenwerken aan het vernieuwen en door ontwikkelen van het NHG-Formularium in Prescriptor. Dit zal zorgen voor een nog betere ondersteuning van de huisarts. Deze ondertekening is ook een startpunt om een bredere, inhoudelijke samenwerking tussen het NHG en Health Base te verkennen.'

V.l.n.r. Rob Brenninkmeijer (Digitalis), Eric Scheppink (NHG) en Mark van Vliet (Digitalis) tekenen de samenwerkingsovereenkomst.

