

H&W

Huisarts en Wetenschap

12

december 2023
jaargang 66



Crisis?

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

nhg

Wanneer is een probleem een crisis?



Kim van Wijck

Volgens de Dikke Van Dale is een crisis ‘een gevaarlijk probleem’. Uri Rosenthal, grondlegger van onderzoek naar crisis en crisisbeheersing, beschrijft in *de Volkskrant* een crisis als ‘een gebeurtenis die diep ingrijpt in het functioneren [...] en waarbij in onzekerheid en onder tijdsdruk diepingrijpende beslissingen genomen moeten worden’. Is dat wat het is? Waarom zijn zoveel problemen crisis gaan heten? De *Volkskrant* besteedde er in december 2022 een heel artikel aan: klimaatcrisis, COVID-19-crisis, woningcrisis, migratiecrisis... Neemt het aantal crises toe? Of zijn we de term te lichtvoetig gaan gebruiken vanuit de hoop coördinatie bij complexe maatschappelijke vraagstukken af te dwingen en hulptroepen in te laten vliegen? En heeft het inschakelen van hulptroepen altijd een gunstig effect of doen zij soms meer kwaad dan goed?

Michel Dückers, bijzonder hoogleraar Crises, Veiligheid en Gezondheid en onderzoeksleider Gronings Perspectief, is een van de hoofdrolspelers in onderzoek naar crises en het vormen van richtlijnen om na een crisis zo goed mogelijk te kunnen handelen. In de podcast bij dit thema hebben we met hem een indringend gesprek over de korte- en langetermijneffecten van een crisis, en hoe we daar als huisartsen op in kunnen springen. Dückers noemt de hulptroepen een potentieel schadelijker element dan de initiële crisis.

Het gaat dan vooral over de procedurele last van de hulptroepen. Moeten we dan wel altijd hulptroepen inschakelen? Conform het principe ‘*Do no further harm*’ kunnen we wellicht in sommige casus focussen op erkenning van de klachten en verder op onze handen zitten en daarmee al genoeg ‘doen’. Hoe doen we dat dan? Feia Hemke beschrijft in haar artikel de rol van huisartsen bij het signaleren, definiëren en uitleggen van de uitwerking van chronische stress op het lichaam. Chronische stress ontketent regelmatig een scala aan lichamelijke klachten die heel lang kunnen blijven voortbestaan en het functioneren ernstig kunnen beperken, zeker als we er geen goede uitleg aan geven. Hemke geeft handvatten hoe u dit kunt aanpakken en noemt een groot aantal mogelijke stressoren. Zie een crisis dus niet alleen als probleem, maar ook als een moment waarop u als huisarts veel voor uw patiënt en diens naasten kan betekenen, al was het alleen maar door een luisterend oor te bieden en uitleg te geven.

Houd bij al die problemen en crises ook uw eigen stresslevel in de gaten en zoek hulp wanneer dat nodig is. Dat voorkomt een persoonlijke crisis of in elk geval een probleem erbij!

Gastredactie ‘Crisis?’



Jip de Jong



Marleen Kraaij-Dirkzwager



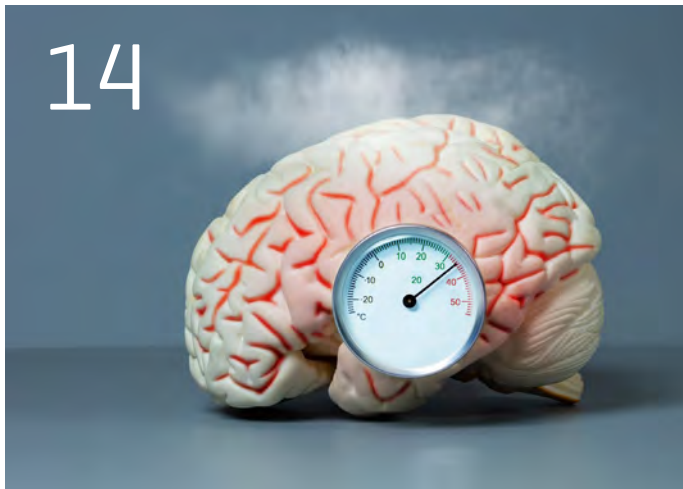
Annemarije Kruis



Masja Loogman



Jean Muris



Wetenschap


- 08 Aanpak van geldzorgen geeft gezondheidswinst**
Aanhoudende geldzorgen hebben effect op de fysieke en mentale gezondheid en op de leefstijl van mensen. Welke rol kunnen huisartsen hierbij spelen?
- 14 Chronische stress in de spreekkamer**
Stress is ziekmakend als deze chronisch wordt. Leg uit aan de patiënt hoe stress werkt, maak psychosociale problemen bespreekbaar en voorkom daarmee medicalisering.
- 18 'Hulpverlening bij crisis en ramp stopt niet na acute fase'**
Crises leiden stevast tot problemen bij slachtoffers. Deze problemen kunnen in medische klachten uitmonden. In dit interview vertelt Michel Dückers, hoogleraar Crises, Veiligheid en Gezondheid, wat je daaraan kunt doen.



henw.org

- App-behandeling voor urineverlies zoekt vrouw
- Elke stap telt
- Starten én stoppen met 'levende' aanbevelingen in de NHG-Standaard COVID-19

Praktijk

- 23 Ecg-casus 'Jong en gereanimeerd'**
- 28 Hypertensief spoedgeval** 
- 32 Hoe herken je het cannabinoïdhyperemesissyndroom?**
Dit syndroom kenmerkt zich door excessief episodisch braken na chronisch gebruik van cannabis.
- 34 Uw diagnose 'Een uitbraak van jeukende huidafwijkingen in een azc'**
- 35 Wees alert op invasieve GAS-infecties bij kinderen**
Ziektebeelden bij invasieve infecties met groep A-streptokokken zijn zeer divers en daardoor moeilijk te herkennen.
- 40 Huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders**
Migranten worden onevenredig vaak blootgesteld aan risicofactoren voor een slechte gezondheid.
- 44 Risico op een extra-uteriene graviditeit**
Verricht een zwangerschapstest bij recent ontstane buikpijn in de fertile levensfase.
- 46 Kennistoets 'Hypertensief spoedgeval'**
- 49 Soepeler samenwerken met de crisisdienst ggz**
Er zijn grote regionale verschillen in de implementatie van de acuut psychiatrische keten.
- 52 Wat kun je doen bij vluchtelingen met traumaklachten?**

Illustratie omslag: Anna June



Nieuws

06 Nieuwsberichten



- Diagnose longembolie vaak pas gesteld na een week
- Vaker geheugen- en concentratieproblemen dan voor de coronapandemie
- In de wachtrij voor behandeling depressie

24 Reportage 'De beelden die ons bewegen'



59 Column 'Crisis is tijd voor verandering'

60 Nieuw onderzoek naar het voorkomen van crisissituaties bij thuiswonende demente ouderen

61 Boekbespreking 'Crisis!'

62 Boekbespreking 'Wat betekenen klimaatverandering en extreem weer voor de zorgverlener?'



NHG

63 Programma Preventie biedt praktische ondersteuning

Binnen het NHG-programma Preventie staan 3 onderdelen centraal: vaccinatie(programma's), bevolkingsonderzoeken en leefstijl. Ontdek welke producten ondersteuning kunnen bieden in de praktijk.

64 Optimaliseer patiëntenzorg met het HIS-Referentiemodel 2023

Versie 2023 van het HIS-Referentiemodel, de leidraad voor het inrichten van HIS'sen, gaat uitgebreid in op het registreren van zelfmetingen.

65 Hoe is informatiebeveiliging in uw praktijk geregeld?

Praktische tips, handvatten en risicoanalyses staan in het nieuwe Webdossier Informatiebeveiliging.

66 Wensen en meningen over H&W

Bruikbare inzichten over onder andere informatiebehoefes en accreditatie kwamen naar voren uit het gebruikersonderzoek.



H&W Podcast

- Over de artikelen met dit logo is een podcast gemaakt. Beluister deze via uw favoriete podcastkanaal of ga naar henw.org/podcast-overzicht.



Diagnose longembolie vaak pas gesteld na een week

Lukas Koet

Diagnostic delay komt veel voor bij longembolie. Gemiddeld duurt het na aanvang van de symptomen bijna een week tot de diagnose wordt gesteld. Dat blijkt uit een meta-analyse die werd uitgevoerd door Nederlandse huisarts-onderzoekers.

Het klinisch beeld van een longembolie kan erg wisselen en de klachten zijn vaak aspecifiek. De klassieke symptomen van longembolie (thoracale pijn, dyspneu en hemoptoë) komen maar bij 10% van de patiënten met longembolie voor. De onderzoekers gingen met een systematisch literatuuronderzoek na hoeveel vertraging er optreedt bij het diagnosticeren van longembolie, en welke factoren hieraan bijdragen.

Ze includeerden 24 onderzoeken, waarvan er 12 het gemiddeld aantal dagen vertraging rapporteerden. De gepoolde diagnostic delay was gemiddeld 6,3 dagen (95%-BI 4,8 tot 8,2). Er was een grote heterogeniteit tussen de onderzoeken. In welke mate bepaalde factoren een rol speelden in diagnostic delay kon niet kwantitatief worden vastgesteld. Het volgende viel echter wel op: in alle onderzoeken waarin de factoren hoesten (n = 3), chronische longaandoeningen (n = 6) en hartfalen (n = 8) werden onderzocht, was er een positieve associatie met diagnostic delay. Recente chirurgie (n = 7) en hypotensie (n = 6) waren daarentegen juist geassocieerd met een kortere delay.

De onderzoekers scoorden ook de toepasbaarheid van onderzoeken voor de huisartsenpraktijk. In de 2 onderzoeken die als 'zeer toepasbaar' werden gescoord, was er bij 1 op de 4 patiënten een delay van meer dan 7 dagen. Een belangrijke beperking van de meta-analyse is dat er niet kon worden gedifferentieerd tussen 'patiënt' en 'dokter' delay.

Op basis van dit onderzoek zijn geen handvatten te geven om de delay te voorkomen of te verminderen. Het is ingewikkeld om een longembolie vast te



Foto: Shutterstock

stellen. De huidige resultaten suggereren dat dit nog ingewikkelder ligt bij mensen met een chronische cardiopulmonale comorbiditeit of met hoestklachten. Omdat een diagnostic delay bij longembolie nadelige klinische consequenties kan hebben, benadrukken de onderzoekers

het belang van scholing om een longembolie tijdig te leren herkennen. ■

Van Maanen R, et al. A systematic review and meta-analysis of diagnostic delay in pulmonary embolism. Eur J Gen Pract 2022;28:165-72.

Vaker geheugen- en concentratieproblemen dan voor de coronapandemie

Willian van Dijk

In de eerste helft van 2023 zagen huisartsen in Nederland vaker patiënten met geheugen- en concentratieproblemen dan voor de coronapandemie. Dit blijkt uit de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Zijn deze klachten een (in-) direct gevolg van de pandemie of is er wat anders aan de hand?

Medewerkers van het Nivel verzamelden de ICPC-registraties van 390 huisartsenpraktijken met ongeveer 2 miljoen patiënten door heel Nederland. Ieder kwartaal rapporteerden zij van verschillende symptomen het 'aantal patiënten met dit symptoom bij de huisarts per week gedeeld door het

aantal personen ingeschreven in deze praktijken.

Het is opvallend dat het symptoom 'geheugen- of concentratieproblemen' (ICPC P20) vaker voorkomt in 2023 dan in de periode voor de coronapandemie. In 2023 ging het wekelijks om ongeveer 65 patiënten per 100.000 ingeschrevenen; in 2019 waren dat er ongeveer 50 per 100.000. De grootste stijging vond plaats in de jongere leeftijdscategorieën (31% bij de 25- tot 44-jarigen; 40% bij 45- tot 74-jarigen en 18% bij 75-plussers).

De onderzoekers noemen hiervoor enkele mogelijke verklaringen. Ten eerste de COVID-maatregelen. Door het

In de wachtrij voor behandeling depressie

Kim van Wijck

De wachtrij voor behandeling in de ggz is lang. Recent Nederlands observationeel onderzoek suggereert dat een lange wachttijd een negatieve invloed heeft op de behandelresultaten van mensen met een depressie.

De onderzoekers analyseerden retrospectief ggz-dossiers van 715 patiënten die wegens een depressie werden verwezen naar de gespecialiseerde ggz in verschillende Nederlandse steden.

Zij bepaalden de relatie tussen de wachttijd (tussen intake ggz en start behandeling), het ziektebeloop tijdens de wachttijd en de behandeluitkomsten. De ernst van de depressiesymptomen werd gemeten met een door de patiënten zelf ingevulde vragenlijst (QIDS-SR; schaal 0-27; hoe hoger, hoe ernstiger) bij de intake, bij de start van de behandeling en na 6 maanden. Omdat niet alle patiënten op de 3 meetmomenten de vragenlijst



hadden ingevuld, voerden de onderzoekers subgroepanalyses uit.

De gemiddelde wachttijd was 46 dagen. In de eerste subgroep (n = 124; 59% vrouw; gemiddeld 41 jaar; gemiddelde wachttijd 20 dagen) was een langere wachttijd geassocieerd met een slechtere behandeluitkomst (afname in QIDS-SR-

score per dag (B): 0,049; 95%-BI = 0,01 tot 0,09), ook na correctie voor mogelijke confounders als suïcide en ernst van de depressie. In de tweede subgroep (n = 49; 65% vrouw; gemiddeld 37,5 jaar; gemiddelde wachttijd 81 dagen) was de wachttijd niet geassocieerd met een klinische verslechtering tijdens het wachten (B: 0,009; 95%-BI -0,011 tot 0,029).

Beperkingen van dit onderzoek zijn de relatief kleine subgroepen en de observationele opzet zonder controlegroepen. Het is opvallend dat de gemiddelde wachttijd in de eerste subgroep maar 20 dagen was. Dat is evident korter dan de gemiddelde wachttijd van de totale groep en zelfs die korte wachttijd had een negatief effect op de behandeluitkomst. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat er een associatie is tussen langere wachttijden in de ggz en minder gunstige behandeluitkomsten voor mensen met een depressie. De onderzoekers benadrukken het belang van tijdige toegang tot behandeling binnen de ggz. Het wordt tijd dat de overheid en ggz samenwerken om de lange wachttijden aan te pakken en de crisis in de wachtrij op te lossen. ■

Van Dijk DA, et al. Worse off by waiting for treatment? The impact of waiting time on clinical course and treatment outcome for depression in routine care. J Affect Disord 2023;322:205-11.

passen (zoals ademhalingsproblemen, vermoeidheid, depressieve gevoelens en reuk- en smaakverlies) niet vaker voorkomen in de huisartsendata. Het SARS-CoV-2 virus heeft enorme gevolgen gehad tijdens de coronapandemie, maar kan ook veel later nog sporen achterlaten. Ook jaren na de Russische griep (1889) en Spaanse griep (1918) werden in de getroffen gebieden nog steeds vaker neurologische symptomen gerapporteerd (zoals concentratieproblemen en parkinsonisme). Met de huidige stand van de wetenschap biedt de coronacrisis mogelijk ook een kans om de mechanismen van neurocognitieve gevolgen na virusinfecties beter te gaan begrijpen. ■

Bosmans M, et al. Kort-cyclisch Cijferoverzicht gezondheidsmonitor COVID-19: 6e gegevensrapportage volwassen (april-juni 2023). Utrecht: Nivel, 2023.



wegvallen van sociale structuren tijdens de lockdowns zou de cognitie versneld achteruitgaan. Een andere mogelijkheid is de corona-infectie zelf. Bij long-COVID worden cognitieve problemen veelvuldig gerapporteerd (brain fog). Het is echter wel tegenstrijdig dat andere symptomen die bij long-COVID

Aanpak van geldzorgen geeft gezondheidswinst

Nadja Jungmann, Annemarieke van der Veer

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse huishoudens worstelt met geldzorgen en (problematische) schulden. Aanhoudende geldzorgen kunnen doorwerken op de fysieke en mentale gezondheid en op de leefstijl van mensen. Een effectieve aanpak van financiële problemen kan gezondheidswinst opleveren en het met geld samenhangende beroep op de zorg verminderen. De huisartsenzorg onderkent de relatie, maar moet nog bepalen hoe ze daar op een passende wijze aan kan bijdragen. We werken 2 richtinggevende principes uit en voorzien deze van concrete voorbeelden. Welke lessen kunnen we trekken uit praktijkervaringen?

Zeshonderdduizend huishoudens in Nederland worstelen met schuldenproblematiek. Nog meer mensen hebben moeite om rond te komen. Zes op de 10 huishoudens kunnen we typeren als financieel kwetsbaar (30%) of zelfs financieel ongezond (30%).¹ In 2022 had krap 8% van de huishoudens problematische schulden.² De meeste huishoudens verkeren jarenlang

in deze situatie. De kans is dus groot dat u in uw praktijk ook patiënten met financiële problemen hebt.

Aanhoudende geldzorgen kunnen doorwerken op de fysieke en mentale gezondheid en op de leefstijl van mensen. Zij ontwikkelen niet alleen vaker klachten en aandoeningen, maar ook meer naast elkaar.³ Klachten die gerelateerd kunnen zijn aan geldzorgen zijn onder meer depressieklachten, angststoornissen of suïcidale gedachten. Ook rug- en nekklachten, hoge bloeddruk, diabetes mellitus type 2, overgewicht en een ongezonde leefstijl kunnen signalen zijn.

Investeren in bestaanszekerheid is gezondheid beschermen

In 2022 publiceerde de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving het rapport *Van schuld naar schone lei*, waarin ze de literatuur over de doorwerking van geldzorgen op gezondheid mooi samenvat.³ Ook de Raad wijst erop dat chronische geldzorgen doorwerken in de ontwikkeling van onder meer psychische klachten en stoornissen, lichamelijke klachten en



Stel de patiënt centraal en bied zorg op de juiste plaats bij de aanpak van geldzorgen.

Foto: Shutterstock

chronische aandoeningen. Ze constateert dat onzekerheid over het inkomen, complexe regelgeving en het geringe bereik van schuldhulpverlening verklaren waarom een substantiële groep burgers elk gevoel van perspectief is verloren. De Raad roept de overheid daarom op om te investeren in bestaanszekerheid en de aanpak van schulden. Deze investeringen beschouwt de Raad als vormen van gezondheidsbescherming en -bevordering. Het Centraal Planbureau concludeerde een jaar eerder al dat beleid gericht op bestaanszekerheid en de aanpak van schuldenproblematiek een dubbel effect heeft: meer financieel gezonde huishoudens en lagere zorguitgaven.⁴ Schuldhulpverlening kan dus uitkomst bieden, maar in de praktijk is het bereik van deze voorziening heel beperkt. Cijfers van het CBS wijzen bijvoorbeeld uit dat nog geen 15% van de huishoudens met geregistreerde problematische schulden in beeld is bij professionele hulp.⁵

GELDZORGEN BESPREEKBAAR MAKEN

Vanwege de samenhang tussen gezondheid en de omvang van de schuldenproblematiek ligt het voor de hand dat huisartsen en praktijkondersteuners hierover in gesprek gaan met patiënten van wie zij vermoeden dat ze geldzorgen hebben. Dat blijkt in de praktijk nog een flinke uitdaging te zijn.

Twee zaken spelen daarbij een rol. Om te beginnen vormt de schuldbeleving een belemmering: veel mensen met betalingsachterstanden schamen zich. Praten over schulden is dan een grote stap en de huisarts daarover vertellen is voor veel mensen zeker geen vanzelfsprekendheid. Schuldenproblematiek vraagt daarom om een proactieve nieuwsgierigheid van de huisarts.

Een tweede belemmering ligt bij de huisarts: veel artsen vragen zich af hoe ze financiële problematiek aan de orde kunnen stellen en waarheen ze de patiënt kunnen verwijzen. Mensen

DE KERN

- Geldzorgen leiden tot gezondheidsklachten.
- Een effectieve aanpak van financiële problemen kan bijdragen aan gezondheidswinst.
- Een effectieve aanpak begint bij het bespreekbaar maken en warm verwijzen.
- Er zijn 2 richtinggevende principes: stel de patiënt centraal en bied zorg op de juiste plaats.
- Een effectieve integrale aanpak is meer dan het eenmalig maken van een set van afspraken. Het gaat om samenwerken, leren, ontwikkelen, evalueren en bijstellen.

met schulden hebben vaak meer nodig dan een verwijzing waarbij ze zelf de volgende stappen moeten zetten. Dikwijls hebben ze behoefte aan een warme overdracht, waarbij ze geregeld meer dan 1 gesprek nodig hebben waarin ze gaan inzien dat hun gezondheidsklachten (mede) wortelen in hun financiële zorgen.

TWEE RICHTINGGEVENDE PRINCIPES

Op tal van plekken werd er in de afgelopen jaren ervaring opgedaan met het terugdringen van met geld samenhangende gezondheidsproblemen en de manier waarop de huisartsenzorg, het welzijnswerk en de schuldhulpverlening daarbij kunnen samenwerken. Dit leverde 2 richtinggevende principes op: 'stel de patiënt centraal' en 'lever de zorg op de juiste plek'.

Stel de patiënt centraal

De overdracht naar passende hulp start in de huisartsenzorg en richt zich op het vergroten van inzicht bij en het motiveren

Figuur

Het 4D-model⁶

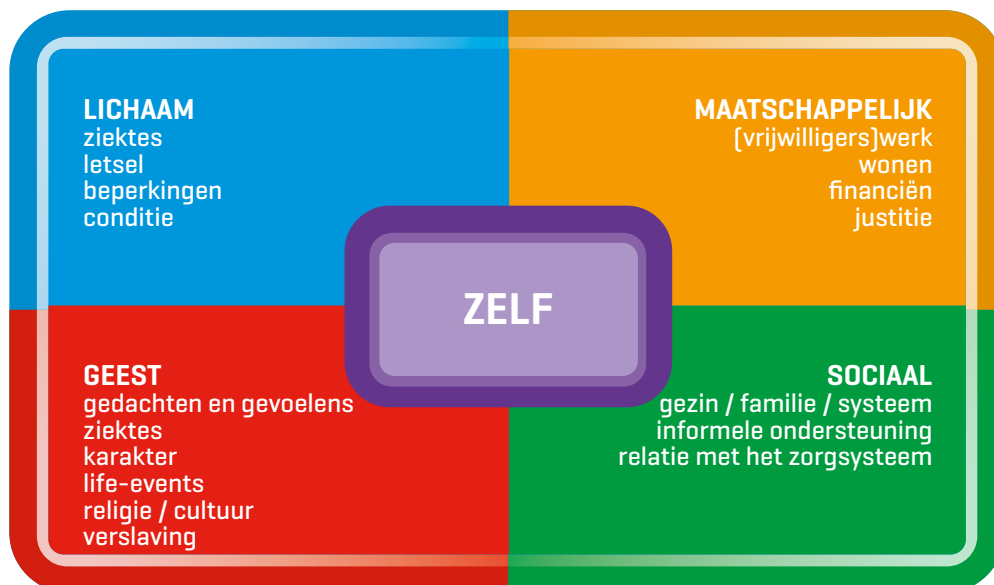




Foto: Shutterstock

van patiënten met geldzorgen om de stap naar hulp te zetten. Dit is cruciaal, want een 'eenvoudige' verwijzing naar bijvoorbeeld schuldhulpverlening is voor de meeste patiënten niet voldoende. Overdracht begint bij huisartsen en praktijkondersteuners die ruimte maken voor een gesprek.

Om het gesprek te openen kan het helpen om beproefde methoden in te zetten, zoals het 4D-model (4 domeinen [figuur]) of het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid, waarin gezondheid wordt uitgedrukt aan de hand van 6 dimensies. Net als het 4D-model is het spinnenweb een interactief instrument dat de zorgverlener samen met de patiënt kan invullen.⁶ Zo kan er een gesprek op gang komen waarin patiënten kunnen vertellen over hoe ze gezondheid ervaren, en wat ze zouden willen veranderen. Hierdoor ontstaat veel ruimte om geldzorgen te bespreken en andere prioriteiten te stellen, en om toe te groeien naar de stap om hulp te vragen voor de geldzorgen.

Financiële problemen maken dat mensen bij de dag gaan leven.⁷ Via psycho-educatie kunnen patiënten gaan inzien dat hun fysieke en mentale problemen (mede) wortelen in de geldzorgen. Daarvoor hebben onder meer de Hogeschool Utrecht en Pharos materialen ontwikkeld, die daar ondersteuning bij kunnen bieden.⁸ Zo zijn er onder meer posters voor in de spreekkamer en slides voor tv-schermen in de wachtkamer, en een voor huisartsen en praktijkondersteuners geaccrediteerde e-learning beschikbaar.⁹ Deze laatste biedt informatie over signalen van geldzorgen in de spreekkamer, en tips om het gesprek aan te gaan en de patiënt te motiveren om de stap naar schuldhulpverlening te zetten. Ook beschrijft de e-learning de manier waarop de schuldhulpverlening is georganiseerd.

Lever de zorg op de juiste plek

Het oplossen van financiële problemen is geen opdracht voor de huisartsenzorg. Zij levert al een flinke bijdrage als patiënten in de veiligheid van de praktijk over hun geldzorgen kunnen vertellen en hulp gaan zoeken. Als dat moment aanbreekt is

het cruciaal dat ze goed worden opgevangen door onder meer welzijnswerk en schuldhulpverlening. Hier ligt een opdracht voor de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS), GGD'en en gemeenten. Deze kunnen lokaal en regionaal samenwerkingsverbanden organiseren die 'klaar staan' om direct patiënten over te nemen wanneer deze op enig moment de stap naar hulp bij geldzorgen willen zetten. Het kan helpen om welzijnswerk en schuldhulp zo mogelijk dichtbij of in de locatie van de huisartsenzorg een fysieke plek te geven. Welke partners deel uitmaken van die verbanden, kan per gemeente of regio verschillen. Denk in dit kader ook aan programma's als Welzijn op Recept.¹⁰

Ook voor het sociaal domein ligt er een uitdaging om ervoor te zorgen dat patiënten effectieve hulp krijgen. Zorg op de juiste plek is in gang gezet en krijgt steeds meer vorm. Bijvoorbeeld in Twente binnen de Twentse Koers, een strategische samenwerking tussen 14 Twentse gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, GGD Twente en de provincie Overijssel.¹¹ Dit project levert onder meer inzichten op over de manier waarop zorg op de juiste plek kan worden gepositioneerd.¹²

EEN INTEGRALE AANPAK VRAAGT PERMANENTE AANDACHT

De belangrijkste les die getrokken kan worden uit alle ervaringen is dat samenwerken een werkwoord is. Een duurzame integrale aanpak vraagt permanente aandacht, regelmatig (persoonlijk) contact, heldere en directe routes in dringende situaties, verfijning van de samenwerking en regelmatige evaluatie. Huisartsen die invulling kunnen geven aan goede psycho-educatie en lokale samenwerking ten behoeve van mensen met geldzorgen zetten fundamentele stappen om de belofte van gezondheidswinst door een effectieve aanpak van schuldenproblematiek waar te maken. ■

LITERATUUR

1. Deloitte. Samen op weg naar een financieel gezond Nederland! Herstel van balans: de financiële gezondheid van Nederland in onzekere tijden. 2023. Beschikbaar via: <https://www2.deloitte.com/nl/nl/pages/financial-services/articles/financiele-gezondheid-nederland.html>. Geraadpleegd op 9 april 2023.
2. CBS. Schuldenproblematiek in beeld. Huishoudens met geregistreerde problematische schulden 2015-2021. 2022. Beschikbaar via: <https://dashboards.cbs.nl/v3/SchuldenproblematiekInBeeld/>. Geraadpleegd op 28 april 2023.
3. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Van schuld naar schone lei. 2022. Beschikbaar via: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2022/04/20/van-schuld-naar-schone-lei>. Geraadpleegd op 9 april 2023.

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

Jungmann N, Van der Veer A. Aanpak van geldzorgen geeft gezondheidswinst. *Huisarts Wet* 2023;66(12):8-10. DOI:10.1007/s12445-023-2381-x.
Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Amsterdam: prof. dr. N. Jungmann, bijzonder hoogleraar aan de Bregstein-leerstoel. Hogeschool Utrecht, Lectoraat Schulden en Incasso, Utrecht: A. van der Veer, senior onderzoeker, annemarieke.vanderveer@hu.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Chronische stress in de spreekkamer

Feia Hemke, Tessa van Loenen, Karen Hosper, Liesbeth Meuwissen, Maria van den Muijsenbergh

Stress is een fysieke en psychische reactie op een stressor, en is ziekmakend als deze chronisch aanwezig is. Als het lukt om goed uit te leggen hoe de klachten van de patiënt vanuit de stressreactie verklaard kunnen worden, kan dat helpen onderliggende problemen bespreekbaar te maken en medicalisering te voorkomen. Zo kan de huisarts nog betere persoonsgerichte en integrale zorg verlenen.

Twintig procent van de volwassenen van 18 jaar en ouder geeft aan de afgelopen 4 weken veel stress te ervaren. Onder jongvolwassenen (16 tot 24 jaar) is dit zelfs 43%.¹ De bewijslast rond het ziekmakende effect van chronische stress is de afgelopen jaren toegenomen en onderzoek onderstreept het belang van het signaleren en bespreekbaar maken van stress in de spreekkamer.²⁻⁴

In deze beschouwing beschrijven we het stressmechanisme en bespreken we recent wetenschappelijk onderzoek naar de samenhang tussen stress en ziektebeelden. We laten zien hoe u deze kennis kunt inzetten. Ook maken we duidelijk dat samenwerking tussen de eerste lijn en het sociaal domein cruciaal is om problemen goed te onderzoeken en uit te leggen, en om medicalisering van sociale problemen te verminderen. Een deel van de inzichten uit dit artikel komen uit lopend, nog niet gepubliceerd onderzoek.⁵

WAT IS STRESS?

Stress is een automatische psychofysiologische reactie die ontstaat door een stressor die als bedreigend wordt ervaren. De stressor kan een fysieke prikkel, een gedachte of een omstandigheid van buitenaf zijn. De stressreactie verloopt via hormonen en neurotransmitters, die effect hebben op meerdere organen, het immuunsysteem en het DNA.⁶

De belangrijkste stressreacties zijn de volgende:^{6,7}

- Het sympathische zenuwstelsel zet het lichaam via de hormonen noradrenaline en adrenaline aan tot een vecht-, vlucht- of bevriesreactie.
- Steeds vaker wordt gesproken over een vierde reactie, de *please- of tend-and-befriend*-reactie, waarbij ook het hormoon oxytocine betrokken is. Deze reactie komt vooral voor bij vrouwen.⁸
- De hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HHB-as) zorgt ervoor dat de bijnieren bij stress adrenaline en cortisol aan-

maken. Langdurig verhoogd cortisol heeft fysieke, mentale en gedragsmatige effecten.

We onderscheiden positieve stress, zoals bij een examen of sollicitatie. Hanteerbare stress, bijvoorbeeld bij een life event, bij een conflict op het werk of bij het overlijden van een dierbare. En chronische stress, wanneer de stress lang aanhoudt bijvoorbeeld bij armoede of huiselijk geweld.

ALLOSTATISCHE OVERBELASTING

Het individuele vermogen om op stressoren te reageren hangt samen met genetische, omgevings- en ontwikkelingsfactoren. Het begrip allostase beschrijft de fysiologische aanpassingen die het lichaam doorvoert als reactie op stress, om zo weer opnieuw tot homeostase te komen. Dat zijn vooral de endocriene, cardiovasculaire en metabole aanpassingen, maar ook immuunsysteemmodulatie en neuroplasticiteit.⁹ De term 'allostatische overbelasting' beschrijft de situatie waarbij de allostase overweldigd raakt en de fysiologische reacties inadaquat of excessief zijn, zoals bij chronische stress.⁹

De klinische definitie van allostatische overbelasting luidt:^{4,9}

- a. Er is een aanwijsbare oorzaak van stress, zoals een life event en/of chronische stressor;
- b. De persoon heeft last van minstens 2 van de volgende symptomen:
 - problemen met (in)slapen, gebrek aan energie, duizeligheid, angstklachten, geïrriteerdheid, verdriet en demoralisatie;
 - aanzienlijke beperkingen in het sociaal of professioneel functioneren;
 - het gevoel het dagelijks leven niet meer goed aan te kunnen.

Allostatische overbelasting wordt onderzocht met vragenlijsten over ervaren stress en door biomarkers als cortisol in urine, bloed, speeksel en haar te meten.^{4,8} Via haarcortisol kunnen de cortisolniveaus van de afgelopen maanden worden gemeten. Cortisoltests hebben geen klinische relevantie in de eerste lijn door de interpersoonlijke variabiliteit en het circadiaanse ritme van de cortisolafgifte.⁹

DE KERN

- Chronische stress hangt samen met fysieke, psychische, cognitieve en gedragsmatige symptomen.
- Stress expliciet maken en het stressmechanisme uitleggen helpt zowel de patiënt als de dokter.
- Stresssensitieve zorg voorkomt medicaliseren en is een vorm van persoonsgericht, integraal werken.

OORZAKEN VAN CHRONISCHE STRESS

Populatieonderzoek laat zien dat chronische stress met name wordt veroorzaakt door sociale omstandigheden [**kader**].^{3,4,11} Vooral een opeenstapeling van sociale problemen geeft veel stress.¹² Vaak is er sprake van een combinatie van acute stress boven op chronische stress. Wanneer iemand schulden heeft en zorgen om een kind, kan een kleine tegenslag al een heftige reactie veroorzaken.

KADER OORZAKEN VAN CHRONISCHE STRESS

- Armoede en schulden
- Stressvolle gebeurtenissen tijdens het opgroeien
- Migratie en het integratieproces
- Ongezonder werk, werkloosheid of re-integratie
- [Chronische] ziekte
- Relationeel geweld
- Ervaren discriminatie
- Stressoren door de leefomgeving
- Maatschappelijke tegenslagen
- Verslaving
- Lage gezondheidsvaardigheden

STRESS EN FYSIEKE EN MENTALE GEZONDHEID

Onderzoek laat zien hoe stress de gezondheid beïnvloedt via meerdere neuro-endocriene, cellulaire, moleculaire en genetische mechanismen.^{4,6,13} Zo heeft de verstoorde HHB-as effect op het cortisolniveau, de geslachtshormonen, insuline-resistentie en het thyroïdstimulerend hormoon. Op DNA-niveau kunnen telomeren korter worden, wat kan leiden tot vervroegde veroudering. Transcriptiefactoren kunnen onder invloed van stress wel of niet tot expressie komen, waardoor mogelijk een verhoogd risico op kanker ontstaat.^{14,15} Ook is er een wisselwerking tussen stress en het immuunsysteem. Een gezond afweersysteem is nodig voor een gezonde stressrespons, maar door langdurige stress ontstaat een chronische ontstekingsreactie, waardoor het immuunsysteem overbelast wordt.¹⁶ Ook zijn er aanwijzingen dat stress ons darmmicrobioom beïnvloedt.¹⁷

Crosssectionele en casecontrolonderzoeken laten zien dat er een verband bestaat tussen cortisollevels en verschillende ziektebeelden.⁴ Chronische stress hangt samen met hart- en vaatziekten, het metabool syndroom, kanker, osteoporose,

reumatoïde aandoeningen en andere auto-immuunziekten, en luchtwegproblemen.¹⁸⁻²⁰ Ook chronische pijn en het prikkelbaredarmsyndroom komen meer voor bij stress, net als vruchtbaarheidsproblematiek. Psychische aandoeningen als depressie, angststoornissen, paniekaanvallen, burn-out, PTSS en verslavingsproblematiek hangen eveneens samen met stress.^{21,22}

HET EFFECT VAN STRESS OP COGNITIE EN GEDRAG

Een verhoogd cortisolgehalte heeft neurobiologisch met name effect op de amygdala, de hippocampus en de prefrontale cortex. Dat verklaart de bij stress veelvoorkomende geheugenproblematiek, verminderde executieve vaardigheden en emotieregulatieproblemen.²³ Hierdoor kunnen de problemen in geval van langdurige stress erger worden en gaan stapelen. Zo zijn mensen geneigd impulsievere, minder gezonde keuzen te maken, waardoor gedragsverandering en leefstijlaanpassingen moeilijker worden. Door de beperktere emotieregulatie ontstaan ook meer problemen in relaties met anderen. Doordat het werkgeheugen beperkt functioneert, vindt de patiënt het moeilijker om adviezen op te volgen of medicatie adequaat in te nemen.

CHRONISCHE STRESS EN HET OPGROEIENDE KIND

In de ontwikkelingspsychologie wordt sinds eind vorige eeuw veel onderzoek gedaan naar het effect van chronische stress op kinderen. Deze vorm van stress noemen we ook wel *early life stress*. Hoe meer stressvolle gebeurtenissen (*adverse childhood experiences*, ACE's) een kind doormaakt, zoals mishandeling, misbruik, scheiding of pesten, des te hoger de kans op ziekten als astma, ADHD en overgewicht. Mensen met 4 of meer ACE's leven gemiddeld 10 jaar korter dan personen zonder ACE.¹⁴ Ook hierin speelt allostatische overbelasting een rol.²⁴ Onderzoek toont ook aan dat opgroeien in stressvolle omstandigheden effect heeft op de hersenontwikkeling van kinderen.²⁵ Dit geldt voor verschillende hersengebieden en stressnetwerken, maar de meeste invloed heeft stress op de prefrontale cortex, die bij deze groep kinderen minder goed is ontwikkeld.

STRESS-SENSITIEF WERKEN

Het verschijnsel stress kan een handige 'bril' zijn om naar de klachten en het gedrag van patiënten te kijken. Praten over stressoren helpt de patiënt en de dokter om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen. Juist die gezamenlijke probleemdefinitie kan wringen als de dokter zegt: 'Het komt door stress', zonder uit te leggen hoe dat werkt. Bij stressklachten is net als bij ALK een tweesporenbeleid de aangewezen route, dus uitzoeken wat de lichamelijke oorzaak is, en parallel de stressoren en de coping met de stressoren bespreken. De kern van de behandeling bestaat uit het bespreken van signalen van stress, het in kaart brengen van de oorzaken en het samen met de patiënt formuleren van beleid dat enerzijds de effecten van de stress vermindert en anderzijds de oorzaken van de stress aanpakt.²⁶

Voorwaarden voor de inzet van deze elementen zijn voldoende vertrouwen en tijd. Die vormen in de praktijk soms een uitdaging, en vragen om herhaaldelijke contacten en/of nauwe afstemming met de POH-ggz, POH-somatiek of het sociale buurtteam. In achterstandswijken kan gebruikgemaakt worden van het uurgesprek, dat kan worden gedeclareerd bij het lokale achterstandsfonds.

Signaleren van stress

Binnen gemeenten en het sociaal domein wordt steeds meer gewerkt met een methode die stresssensitief werken heet. De kern van deze op armoedebestrijding gestoelde methode is dat de hulpverlener stress bij de hulpvrager signaleert en de communicatie hierop aanpast.²⁷ Naar een dokter gaan is voor mensen met chronische stress behoorlijk stressvol, zeker voor degenen met lage gezondheidsvaardigheden. Stress belemmert het opnemen van informatie en maakt het lastig om te vertellen wat er aan de hand is.

Stresssensitief communiceren behelst daarom: zorgen voor een prettige omgeving, op empathische wijze contact maken, duidelijk zijn, signaleren van stress aan de hand van het gedrag, niet te veel informatie geven en kleine therapeutische stapjes zetten. Denk binnen de huisartsenpraktijk naast fysieke en psychische signalen ook aan chronische stress bij gedragsignalen, zoals het niet nakomen van afspraken, medicatie niet ophalen, no show bij verwijzing of agressie aan de balie. Stresssensitief werken is in het sociale domein een aantal lokale pilots positief geëvalueerd en wordt ook in de jeugdgezondheidszorg steeds meer ingezet, vooral om ACE's te herkennen en bespreekbaar te maken.²⁸

Uitleg geven over stress

Wanneer u uitlegt wat stress is, kunt u duidelijk maken dat de lichamelijke en psychische sensaties van patiënten fysiologisch van aard zijn. Daarmee normaliseert u deze. Maak gebruik van metaforen voor draagkracht en draaglast, zoals een weegschaal, stoplicht of volgeladen vrachtauto.

Uit lopend onderzoek blijkt dat patiënten vinden dat een uitleg over het werkingsmechanisme van stress inzicht geeft.⁵ Hierdoor voelen ze zich minder schuldig en krijgen ze aangrijpingspunten voor herstel.

Houd het simpel en sluit aan bij het niveau van de patiënt. Voorbeelden hiervan staan op de website van Pharos.²⁹ Aanvullend kunt u bij mensen met pijn of ALK ook gebruikmaken van het sensitiseringsmodel.³⁰ Verwijs naar Thuisarts.nl voor aanvullende patiënteninformatie.³¹

ACHTERHALEN VAN DE OORZAKEN VAN STRESS

Om de oorzaken van de stress te achterhalen is het zaak samen met de patiënt te bekijken wat er in verschillende domeinen in zijn of haar leven speelt. De meest gebruikte gespreksmodellen om gezondheidsfactoren in kaart te krijgen, zijn positieve gezondheid en het vierdomeinenmodel.^{32,33} Mensen zijn vaak zo gewend aan een lang bestaande stresserende situatie dat ze deze niet meer als stressvol beschouwen. Probeer daarom expliciet te vragen naar veelvoorkomende stressoren, zoals financiële zorgen, maar ook of er sprake is van ACE's of trauma's. Een minder bekend, maar wel toepasselijk model in de eerste lijn is het KOP-model.³⁴ Dit is ontwikkeld vanuit het draagkracht-draaglastprincipe en helpt bij het inzichtelijk maken van de problemen. KOP staat voor Klachten, Omstandigheden (draaglast) en Persoonlijke Stijl (draagkracht) [tabel 1].



Stress expliciet maken en het stressmechanisme uitleggen helpt zowel de patiënt als de dokter.

Foto: Shutterstock

Tabel 1

Het KOP-model: casus van Anne, 35 jaar

Klachten	Sombere stemming, inslaapproblemen, energieverlies, besluiteloosheid. Omstandigheden: woont alleen na scheiding, co-ouderregeling, financieel zwaar
Omstandigheden	Stilvallen, trekt zich helemaal terug omdat ze niet weet hoe ze ermee om moet gaan. Voelt zich mislukt als moeder en partner
Persoonlijke stijl	Niet in isolement terugtrekken, maar met kleine stapjes contact zoeken bij positieve contacten

Samenwerken met het sociale domein

De oorzaken, en daarmee ook de oplossingen van langdurige stressoren, liggen veelal in het sociale domein. Op welke manier sociale partners zijn georganiseerd en welke samenwerkingsafspraken er zijn, is sterk afhankelijk van de regio of wijk. Als er veel stress speelt, is het voor mensen vaak moeilijk om de regie te houden over hun eigen zorgproces. Wanneer ze meerdere hulpverleners hebben, werkt dat veelal stressverhogend.³⁵ Mensen doen soms ook geen beroep op het sociale buurtteam vanwege onbekendheid of wantrouwen, of omdat het niet lukt om een afspraak in te plannen. Het is dan extra belangrijk om uit te leggen wat het buurtteam of welzijnswerk doet, te zorgen voor een warme overdracht, driegesprekken te voeren en afspraken te maken over informatie-uitwisseling.³⁶

Tabel 2

Effectieve stressreducerende interventies

Doelen	Interventies
Lichaamsbewustzijn vergroten	Psycho-educatie [door POH-ggz of psychosomatisch fysiotherapeut] Bioneurofeedback ⁴⁰ Mindfulness Yoga
Verminderen van de klachten	Belasting verminderen en meer rust nemen Dagritme/timemanagement (PRET) ³⁸ Gezonde voeding Slaaphygiëne Ademhalingsoefeningen Bewegen In de natuur zijn Leuke, ontspannende dingen doen
Aanpak van de omstandigheden	Verbeteren van hulp en steun Problem solving-therapie
Versterken van draagkracht en coping	Cognitieve gedragstherapie ⁴⁰ Mindfulness ³⁹ ACT ⁴¹ Oplossingsgerichte therapie

Stressmanagement

Besprek met de patiënt eerst de mogelijkheden voor zelfzorg gedurende de dag en geef basale leefstijladviezen over eten, slapen, bewegen, schermtijd en sociale contacten. Bespreek zingeving en daginvulling. Zie de [tabel 2] voor een overzicht van laagdrempelige, stressreducerende interventies. Verwijzing naar welzijn kan op veel plekken via welzijn op recept.³⁷ Wanneer problemen in het lichaamsbewustzijn en het herkennen van signalen van stress op de voorgrond staan, kan een (psychosomatisch) fysiotherapeut of de POH-ggz een logische eerste verwijzing zijn om de lichaam-geestconnectie uit te leggen en te herstellen.

Soms is het nodig te verwijzen naar interventies die inzetten op stressmanagement [tabel 2].³⁸⁻⁴² Deze behandelingen zijn soms via welzijn op recept, via de Wmo en vaak ook binnen de ggz beschikbaar. Bij een trauma of onderliggende psychopathologie is behandeling door de gespecialiseerde ggz aangewezen.

CONCLUSIE

Chronische stress speelt een belangrijke rol bij de verklaring van psychische, mentale en gedragsymptomen en ziekten. In de huisartsenpraktijk zien we geregeld de gevolgen van vooral chronische stress en de daarmee samenhangende allostatische overbelasting. De talloze oorzaken hiervan verschillen per individu, maar betreffen vooral het sociale domein. Wanneer we samen met de patiënt door een 'stressbrii' naar de klachten of bijvoorbeeld leefstijluitdagingen kijken, kunnen we de symptomen demedicaliseren en psychosociale problemen bespreekbaar maken. Zo kan stresssensitief werken de persoonsgerichte en integrale zorg helpen verbeteren. ■

LITERATUUR

1. Vzinfo.nl. Stress 2022. Jongvolwassenen. 2022. Beschikbaar via: vzinfo.nl/mentale-gezondheid. Geraadpleegd op 30 juni 2023.
2. Noushad S, Ahmed S, Ansari B, Mustafa U-H, Saleem Y, Hazrat H. Physiological biomarkers of chronic stress: A systematic review. *Int J Health Sci (Qassim)* 2021;15:46-59.
3. Beese S, Postma J, Graves JM. Allostatic load measurement: a systematic review of reviews, database inventory, and considerations for neighborhood research. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:17006.

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

Hemke F, Van Loenen T, Hosper K, Meuwissen L, Van den Muijsenbergh M. Chronische stress in de spreekkamer. *Huisarts Wet* 2023;66(12):14-7. DOI:10.1007/s12445-023-2396-3.
Radboudumc, Eerstelijns Geneeskunde, Nijmegen: dr. F. Hemke, huisarts, feiahemke@gmail.com; dr. T. van Loenen T, senior onderzoeker; em. prof. dr. M. van den Muijsenbergh, hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg. Pharos, Utrecht: dr. K. Hosper, senior beleidsadviseur, onderzoeker. GGD Regio Utrecht, Utrecht: dr. L. Meuwissen, Arts Maatschappij en Gezondheid, jeugdarts.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Hulpverlening bij crisis en ramp stopt niet na acute fase

Patrick Marx, Femke Veldman, Kim van Wijck

Crises leiden stevast tot problemen bij slachtoffers. Deze problemen kunnen in medische klachten uitmonden. Hoe kan dit en wat is eraan te doen? De Groningse hoogleraar Crises, Veiligheid en Gezondheid, Michel Dückers, vertelt over het belang van een adequate hulpverlening in de acute fase en niet te vergeten, daarna.

Crises lijken over elkaar heen te tuimelen. Of het nu om klimaat, migratie, huizen, toeslagen, gaswinning, stikstof of oorlogen in Europa en daarbuiten gaat, ze strijden om aandacht in het nieuws. Neemt het aantal crises toe? Michel Dückers weet niet zeker of er meer crises komen. 'Het is lastig te zeggen omdat we zoveel dingen een crisis noemen. Als je kijkt naar hard geturfde rampen, dan zie je deze sinds de Tweede Wereldoorlog geleidelijk toenemen. Kijk je vervolgens naar de trend rondom klimaatrisico's, humanitaire crises, de opwarming van de aarde en migratie, dan ziet het er niet gunstig uit.'

'Met de term crisis creëer je urgentie voor het zoeken naar een oplossing'

Crises hebben volgens de hoogleraar een gemeenschappelijke noemer. 'Je hebt een complex probleem dat je zo snel mogelijk wilt oplossen. Hoe groter de dreiging die van het probleem uitgaat, voor betrokkenen en bestuurders, hoe eerder je het probleem een crisis noemt. Met de term crisis creëer je urgentie voor het zoeken naar een oplossing.'

Hulp gewenst

Niet alleen op grote schaal, ook op persoonlijk niveau ervaren mensen complexe problemen. Wanneer spreek je eigenlijk van een persoonlijke crisis? 'Ik denk dat de term crisis op ieder niveau een geldig woord kan zijn. Op het moment dat je in zak en as zit omdat financiële en relatieproblemen zich opstapelen tot een niveau dat ze

bedreigend voor jezelf en je omgeving worden, is het heel valide om van een crisis te spreken. Op het moment dat je daar zelf niet uitkomt, dan is professionele hulp gewenst. Gebeurt zo iets op grote schaal, waarbij er een onmiddellijke dreiging is voor een stad of regio, dan is dat ook een crisis of zelfs een ramp. In het laatste geval is het kenmerkende element weer dat de problemen zo groot zijn dat de stad of regio die niet zelf kan oplossen en er dus bijstand nodig is.'

De aangeboden hulp en bijstand moeten natuurlijk zo optimaal mogelijk aansluiten bij behoeften en verwachtingen van mensen. Of hulp werkelijk optimaal is, hangt helemaal af van aan wie je de vraag stelt. 'De traditionele crisisbeheersing richt zich op de acute fase: het blussen van de brand of het in de kiem smoren van rellen. Als je dit snel en efficiënt doet, zonder je eigen mensen of burgers onnodige schade toe te brengen, dan spreek je over optimale crisisbeheersing. Ook de wetenschappelijke literatuur richt zich doorgaans alleen op de acute fase van een crisis.'

Venijn in de staart

Als je de vraag over optimale crisisbeheersing aan de burger stelt, krijg je waarschijnlijk een heel ander, mogelijk minder tevreden, antwoord. 'De staart van een crisis heeft vaak een chronisch karakter, dat weten we uit onderzoek naar de nasleep van grote gebeurtenissen in het verleden maar ook naar sluimerende nieuwe crises waarbij mensen langdurig aan problemen blootstaan. Jammer genoeg is er weinig aandacht voor de chronische fase: in onze opleidingen, bijvoorbeeld, komt deze niet aan bod.'

De nasleep van een crisis kent veel voorzienbare problemen. 'Zodra de acute hulpverlening afschaalt, neemt doorgaans de reguliere hulpverlening taken over. Meestal gebeurt dat stapsgewijs. Bijvoorbeeld in de zorg waar je als slachtoffer bij de huisarts begint en zo nodig steeds meer specialistische hulp krijgt. Langzaamaan ontstaat dan een conglomeraat aan partijen die allemaal een stukje van het herstel oppakken. Echter, we zijn helemaal niet zo goed in het in samenhang oplossen van problemen van getroffen. Het samenspel tussen partijen is ingewikkeld

A portrait of Michel Dückers, a man with shoulder-length brown hair and a goatee, wearing glasses and a white patterned shirt. He is standing in front of a window with horizontal blinds. The lighting is bright, creating a pattern of light and shadow on his shirt and the background.

Michel Dückers studeerde bestuurskunde, promoveerde in de sociale wetenschappen aan de Universiteit Utrecht en rondde een habilitatieproefschrift af aan de Oostenrijkse Universitat Innsbruck. Momenteel voert hij vanuit ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, NIPV, RIVM en het Nivel onderzoek uit naar de impact en aanpak van rampen en crises. Hij is hoogleraar Crises, Veiligheid en Gezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen.

en creëert in het ergste geval nieuwe problemen. Je ziet dit bij de toeslagenaffaire gebeuren, maar ook bij de afhandeling van de aardbevingsschade in Groningen.’

Elementen crisisbeheersing

Dückers formuleert 6 elementen waaraan, vanuit het oogpunt van de burger, optimale crisisbeheersing moet voldoen:

- minimaliseren van de acute blootstelling (sdreiging)
- minimaliseren van verlies en schade als gevolg hiervan
- minimaliseren van procedurele last bij het oplossen van problemen
- maximaliseren van erkenning (van oorzaken, impact, gevolgen, positie van mensen)
- maximaliseren van hoop en perspectief
- oog hebben voor de context: van mensen, de dynamiek van de crisis, tijd- en plaatsgebonden verwachtingen

‘De gevolgen van een crisis of ramp bestrijd je niet alleen in de acute fase’

De hoogleraar licht toe: ‘In Groningen zien we dat de procedures, opgetuigd voor het afhandelen van de schade en versterking, zo complex zijn dat ze wellicht meer psychische schade aanrichten dan de aardbevingen en schade-ervaringen zelf. Meerdere instanties, met elk hun eigen procedures en regels zijn betrokken. Volgens sommige ramingen gaat driekwart van het geld, bedoeld voor schadevergoeding, op aan de procedurele last. Een vergelijkbaar risico speelt bij de toeslagenaffaire. We kunnen veel van deze crises leren om bij een volgende crisis de procedurele last zo klein mogelijk te houden.’

Leren van het verleden is enorm belangrijk, vindt niet alleen Dückers. Het ministerie van VWS richtte een Crisis Expert Team op dat op basis van ervaringen van eerdere crises adviseert bij nieuwe. ‘Persoonlijk vind ik het belangrijk dat je bij de advisering rekening houdt met de 6 elementen, want als je dat niet van het begin af aan doet, wordt het moeilijk om het op een later moment goed te doen.’

De diagnose van de huisarts

Uiteindelijk komen mensen met allerlei complexe problemen, als gevolg van een crisis, bij de huisarts. Dan is het fijn als je een diagnose kunt stellen. ‘Mensen met problemen zoeken houvast en het kan van grote waarde zijn als je als huisarts uitsluitend biedt in de vorm van een diagnose. Dit levert erkenning op, maar is ook een opmaat voor hoop en perspectief’, zegt Dückers.

Het stellen van een diagnose is geen gemakkelijke taak aangezien veel mensen komen met een combinatie van specifieke klachten. ‘De diagnose is ook een sociaal construct’, zegt Dückers. ‘Dat construct ontwikkelt zich al in de thuissituatie op basis van gesprekken met naasten en wordt gevoed door klachten die in de media worden besproken. Als patiënt groei je toe naar het idee dat je een medisch probleem hebt en dat proces loopt door tot in de spreekkamer.’

Een voorbeeld: ‘De diagnose posttraumatische stressstoornis of PTSS is bedacht als antwoord op problemen waarmee Vietnamveteranen na thuiskomst kampten. Na blootstelling aan geweld en ontberingen konden zij thuis niet meer aarden. De psychische en sociale problematiek was groot. De kracht van de diagnose is dat deze, naast erkenning, verdere behandeling mogelijk maakt.’

Toch moeten we voorzichtig zijn in het duiden of verklaren van chronische klachten na blootstelling aan een ramp, anders kunnen deze diagnoses gaan schuren of een schijnoplossing vormen, meent Dückers. ‘Het is fijn voor de patiënt als de arts meegaat in het verhaal, want dat geeft erkenning. Tegelijkertijd staat het blindstaren op 1 oorzaak het loslaten in de weg; het ontnemt je de vrijheidsgraden om op zoek te gaan naar andere oplossingen. Niet zelden was er voorafgaand aan de ramp al sprake van problemen.’

Onzichtbare tweede klap

Als hoogleraar onderzoekt Dückers de gevolgen van crises en rampen. Met een team is hij bezig met de afronding van een analyse van de langetermijneffecten van rampen. Ze combineerden 60 onderzoeken met een follow-up tot 20 jaar na de ramp. ‘Er kwamen 2 hoofdbevindingen uit. Als eerste blijkt de impact van rampen in lage inkomenslanden lager dan in rijke landen. Deze bevinding ligt in lijn met de kwetsbaarheidsparadox die stelt dat mensen in kwetsbare landen beter met tegenslag om kunnen gaan dan mensen in minder kwetsbare landen. De tweede bevinding verbaasde me. Direct na de rampen zijn de psychosociale klachten van mensen hoog. Ze nemen geleidelijk af tot ze, gemiddeld 10 jaar na de ramp, plotseling weer sterk stijgen. Ik kan alleen maar speculeren over de oorzaak. Na verloop van tijd is alle schade hersteld, zijn huizen herbouwd en straten weer netjes. De gemeenschap zet dan een streep onder de ramp. Inzoomend op individuen zie je dat er dan nog steeds veel persoonlijk leed is, dat leidt tot een onzichtbare grote tweede klap.’

De gevolgen van een crisis of ramp bestrijd je niet alleen in de acute fase. Ook de hulp, erkenning, hoop en perspectief in de periode erna zijn van groot belang zodat de slachtoffers niet in de knoei komen en hun toevlucht tot de zorg zoeken. Deze omslag in de omgang met rampen is cruciaal aangezien ook ons welvarende land met meer crises te maken krijgt, al was het maar als gevolg van de klimaatverandering. ■

Ecg-casus 'Jong en gereanimeerd'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 33-jarige man bezoekt het spreekuur van de huisarts.

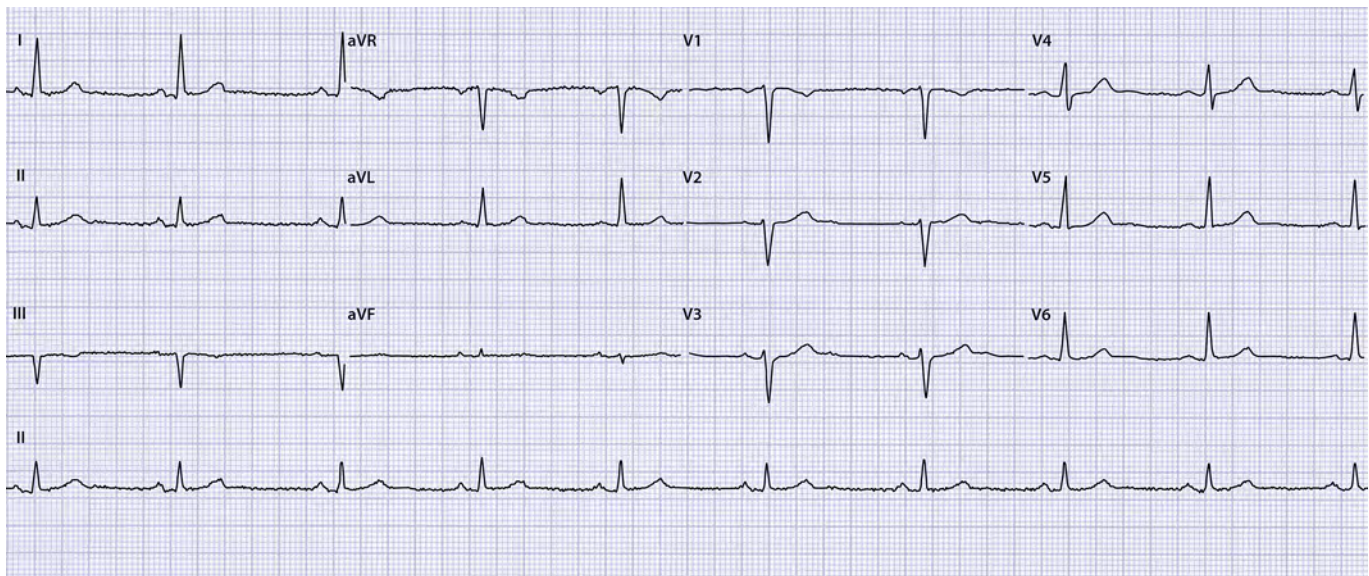
Voorgeschiedenis: Twee jaar eerder had hij een *out of hospital cardiac arrest* (OHCA) met ventrikelfibrilleren. Dankzij reanimatie met AED was zijn hart binnen 5 minuten weer op gang. Behalve lichte geheugenklachten had hij, na een lang verblijf op de IC, geen restverschijnselen. Er is subcutaan een ICD geïmplanteerd. Hij heeft geen structurele hartproblemen; het ventrikelfibrilleren trad op bij vaatspasme door cocaïnegebruik.

Medicatie: Labetolol 2 dd 100 mg, pantoprazol 1 dd 40 mg, simvastatine 1 dd 20 mg.

Anamnese: De patiënt is na een revalidatietraject weer aan het werk gegaan in de gemeentelijke groenvoorziening. Zijn manager vond het niet bezwaarlijk als hij vanwege de ICD niet meer met magneten of sterk trillende machines zou werken. Hij durft zich echter niet in te

spannen of te bukken en is voortdurend bezig met eventuele signalen uit het kastje in zijn borstkas. Roken, alcohol en drugs laat hij sinds 2 jaar volledig achterwege. Hij woont samen met zijn vrouw en hun 8-jarige zoontje. Door zijn bewegingsangst komen alle taken in en om huis op zijn vrouw neer, wat veel spanning veroorzaakt.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 134/78 mmHg, pols 66/min, regelmatig. Saturatie 98%. Hart: normale tonen, geen soufflé. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Enkels: geen oedeem. De patiënt wil een ecg om te weten of alles goed is. Zijn huisarts legt uit dat het ecg niet heel veel meerwaarde heeft, zeker omdat bij een recente ICD-controle bij de cardioloog bleek dat alles goed was. De huisarts besluit het ecg toch te laten maken, om daarna verder in gesprek te gaan.



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 39 en op henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Jong en gereanimeerd'.

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.



De beelden die ons bewegen

Uit de oratie van Bijzonder hoogleraar Crises, Veiligheid en Gezondheid Michel Dückers: De beelden die ons bewegen, de voorspelbaarheid van de rampen die we samen creëren. Foto's: ANP en Margot Scheerder
Lees ook het interview met Michel Dückers op pagina 18, henw.org en/of luister naar de H&W Podcast van december.



Kijkend naar rampen en crises van de afgelopen jaren, zijn er volgens Michel Dückers 6 elementen te identificeren. Deze elementen zijn – in combinatie – bepalend voor het oordeel van gedupeerden over de georganiseerde inzet. Ze zijn stuk voor stuk van invloed op de gezondheid van mensen of hangen er ten minste mee samen. Het zijn zaken die onvermijdelijk aan bod komen in de levensloop van een acute of sluimerende ramp.

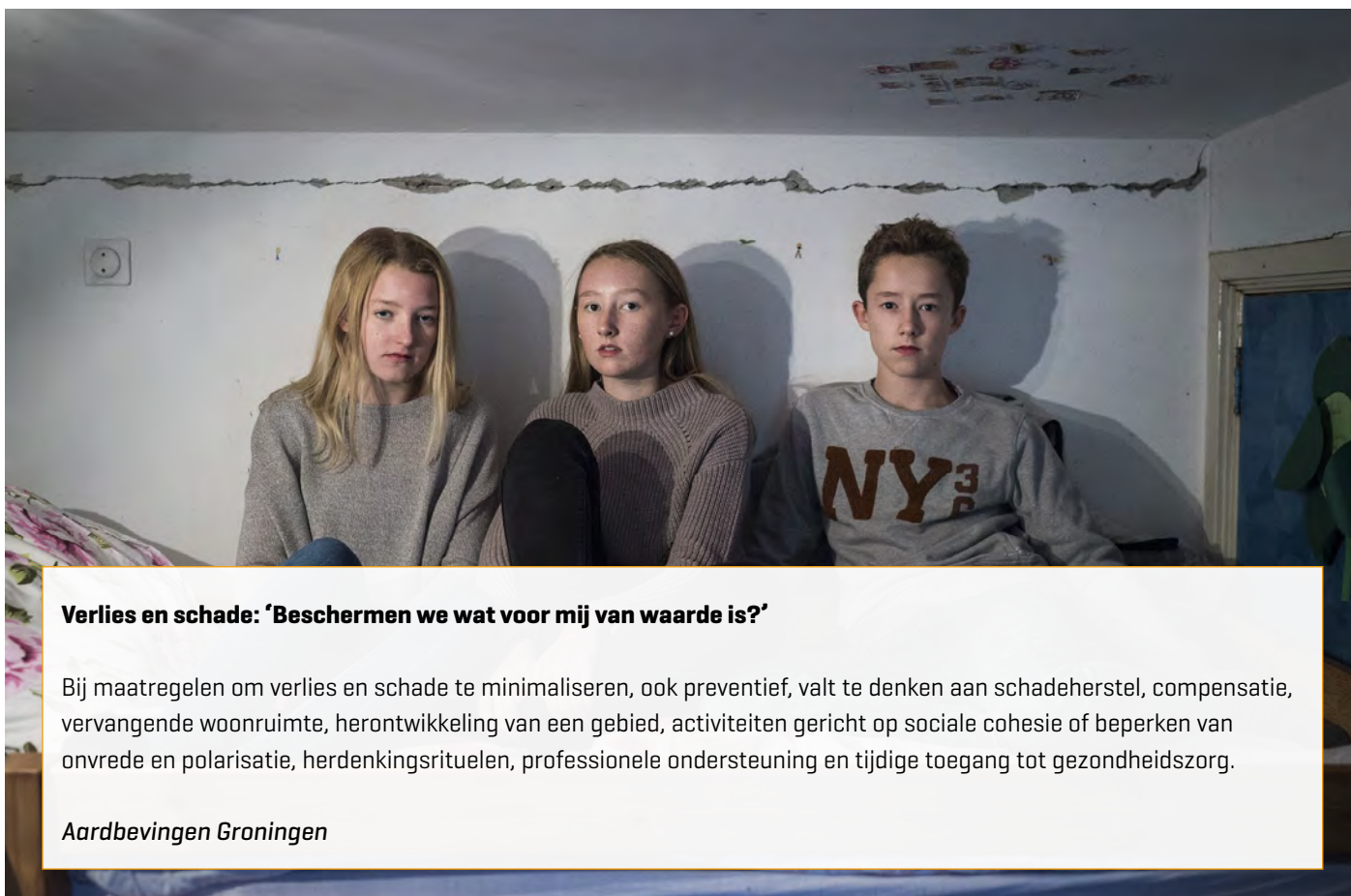
Tata Steel



Primaire blootstelling: 'Is de dreiging onder controle?'

Het eerste element is terugdringing van de primaire blootstelling[sdreiging]. Een gepercipieerde dreiging kan net zo goed doorwerken in gedachten, emoties en gedrag als een feitelijke. De crisisaanpak moet zich richten op minimalisering van de ernst en duur van de dreiging.

Vuurwerkramp Enschede



Verlies en schade: 'Beschermen we wat voor mij van waarde is?'

Bij maatregelen om verlies en schade te minimaliseren, ook preventief, valt te denken aan schadeherstel, compensatie, vervangende woonruimte, herontwikkeling van een gebied, activiteiten gericht op sociale cohesie of beperken van onvrede en polarisatie, herdenkingsrituelen, professionele ondersteuning en tijdige toegang tot gezondheidszorg.

Aardbevingen Groningen



Procedurele last: 'Is de organisatie van de oplossing niet een probleem?'

De inzet om problemen op te lossen en schade te herstellen vertaalt zich voor gedupeerden niet zelden in een onbegrijpelijke, incoherente, zelfs onmenselijke machinerie. De welzijnseffecten van het institutionele en procedurele 'gedoe' waarmee mensen te maken krijgen, doen niet onder voor de impact van primaire blootstelling, verlies en schade.

Toeslagenaffaire



Erkenning: 'Word ik serieus genomen, gezien, betrokken en gesteund?'

Getroffenen willen worden gehoord en gezien, serieus genomen, betrokken en met respect behandeld, door overheden, instanties, samenleving en media. In de betekenisgeving van de ramp zijn woorden onmisbare voertuigen voor erkenning, duiding en troost. We moeten het benoemen.

COVID-19-pandemie



Hoop en perspectief: 'Gaat het straks beter of niet?'

Wordt de toekomst beter? Is er te ontsnappen aan deze situatie? Kan ik, met hulp van anderen, deze problemen het hoofd bieden? Stoppen de veroorzakers? Zullen overheden en instanties leveren? Het gedroomde antwoord op deze vragen moet 'ja' zijn.

Overstromingen Limburg



Context: 'De verwachtingen zijn hooggespannen en de mogelijkheden staan onder druk.'

'De eerste dagen, weken tot maanden, is er doorgaans sprake van steun en aandacht voor gedupeerden. We zamelen geld en spullen in, vangen mensen op en uiten waardering voor hulpverleners, bestuur en instanties. Dat slaat op een gegeven moment om.'

Aardbeving Turkije



Hypertensief spoedgeval

Joris van Driel, Jelmer Alisma

Een sterk verhoogde bloeddruk (in de regel > 180/110 mmHg) kan gepaard gaan met orgaanschade. Bij acute orgaanschade moet de patiënt met spoed naar het ziekenhuis, dus het is zaak dit systematisch na te gaan. Acuut ontstane pijn op de borst (acuut coronair syndroom, aortadissectie), kortademigheid (acuut hartfalen), neurologische uitval (CVA of hypertensieve encefalopathie) en hoofdpijn of wazig zien (retinopathie) kunnen indicaties zijn voor een spoedverwijzing. Patiënten met ernstige hypertensie zonder klachten kunnen veilig verder worden onderzocht en behandeld conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.

CASUS: DE HEER ADEMA

De heer Adema, 67 jaar, bezoekt de praktijkondersteuner [POH] voor een routinecontrole in het kader van cardiovasculair risicomanagement [CVRM]. Patiënt is door de internist ingesteld op 4 antihypertensiva en daarna terugverwezen. De heer Adema heeft diabetes mellitus type 2, waarvoor hij metformine gebruikt, en verhoogd cholesterol waarvoor hij een statine gebruikt. De POH meet bij herhaling aan beide armen een verhoogde bloeddruk van 230/110 mmHg. Patiënt heeft hierbij geen klachten.

CASUS: MEVROUW BROUWER

Mevrouw Brouwer, 62 jaar, wordt door haar man naar de huisartsenpost [HAP] gebracht. Ze heeft gedurende de dag geklaagd over hoofdpijn en misselijkheid, en ze heeft gebraken. Daarbij vindt hij haar suf. Mevrouw Brouwer gebruikt 2 middelen voor haar hypertensie, die daarmee goed gereguleerd is. Verder heeft ze last van artrose van de knie. Bij onderzoek ziet u een zieke vrouw met een bloeddruk van 185/105 mmHg. U vindt geen neurologische uitval, maar wel is haar bewustzijn verminderd [E3M6V4].

Hypertensie (een bij herhaling gemeten systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg) is een veelvoorkomend probleem.¹ Ongeveer 2,8 miljoen Nederlanders (dat is 15% van de bevolking > 12 jaar) zijn bij hun huisarts bekend met een verhoogde bloeddruk en naar schatting is dat slechts de helft van alle Nederlanders met een verhoogde bloeddruk.^{2,3} Hypertensie is de meest voorkomende reden om contact te hebben met de huisarts.⁴ Ook in het ziekenhuis en op de spoedeisende hulp (SEH) hebben patiënten vaak een verhoogde bloeddruk, maar meestal komt dat door pijn, stress en angst, en daalt de bloeddruk na verloop van tijd weer.⁵⁻⁷ Overigens is de hypertensie bij slechts 5-15% van de patiënten het gevolg van een onderliggende medische aandoening (secundaire hypertensie). De overige 85-95% heeft primaire hypertensie.¹



Een hypertensief spoedgeval vereist onmiddellijk onderzoek en behandeling.

Foto: Shutterstock

Wanneer, en met hoeveel spoed, moet je een patiënt verwijzen die in de spreekkamer een sterk verhoogde bloeddruk blijkt te hebben? In dit artikel geven we een overzicht van het probleem en enkele praktische handvatten voor de vraag: 'Insturen of niet?' Dat doen we op basis van de in 2021 verschenen *Richtlijn Hypertensief spoedgeval* van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).⁸

WAT IS EEN HYPERTENSIEF SPOEDGEVAL?

De nieuwe NIV-richtlijn omschrijft, in aansluiting bij de in 2019 verschenen richtlijn van de European Society of Cardiology (ESC), een hypertensief spoedgeval als 'ernstige hypertensie die gecompliceerd wordt door acute hypertensiegedieerde orgaanschade'.⁹ Een hypertensief spoedgeval vereist onmiddellijk onderzoek en behandeling (zie voor de symptomen van orgaanschade [tabel 1]). Aanwijzingen voor een hypertensief spoedgeval zijn:

- hypertensie (meestal > 180/110 mmHg) in combinatie met acute cardiopulmonale klachten of acute neurologische symptomen
- hypertensie > 200/120 mmHg (of recente sterke stijging van de bloeddruk) in combinatie met hoofdpijn, misselijkheid, braken of visusstoornissen

Wanneer bij een patiënt met een sterk verhoogde bloeddruk géén acute eindorgaanschade wordt gevonden, spreekt men van 'ernstige hypertensie' en niet van een hypertensief spoedgeval, of de patiënt nu klachten heeft of niet.

INSTUREN OF NIET?

Patiënten met een ernstig verhoogde bloeddruk en cardiopulmonale klachten of acute neurologische symptomen worden in de regel wel herkend en acuut verwezen naar de SEH.⁸ Maar wat te doen bij hypertensie zonder duidelijke klachten? Beoordeel allereerst de ABCDE-parameters.¹⁰ Een patiënt die ABCDE-instabiel is, heeft onmiddellijk behandeling nodig met bijvoorbeeld zuurstof, een intraveneuze toegang of een (traag lopend) infuus, en een ambulance met A1-indicatie. Als de patiënt ABCDE-stabiel is, kan het onderzoek beginnen. Let bij de anamnese op subjectieve klachten en objectieve symptomen die passen bij acute orgaanschade, en vraag ook naar een eventueel luxerend moment of (secundaire) oorzaak. Loop stapsgewijs de symptomen na die passen bij acute orgaanschade en combineer uw vragen waar nodig met lichamelijk of aanvullend onderzoek.⁸ Een korte samenvatting van alle stappen staat in [tabel 2].

Stap 1: actuele pijn op de borst

Vraag als eerste naar actuele, acuut ontstane pijn op de borst. Een acuut ontstane, scheurende pijn tussen de schouderbladen die doortrekt naar beneden past meer bij een aortadissectie; een beklemmende pijn met uitstraling naar de linkerschouder of -kaak, al dan niet met vegetatieve verschijnselen, past meer bij een acuut coronair syndroom (ACS). Een bloeddrukverschil > 20 mmHg tussen linker- en rechterarm, een S3-galopritme of aanwijzingen voor een aortaklepinsufficiëntie (vroegdiastolisch geruis bij auscultatie van het hart) kunnen wijzen op een aortadissectie. Aanvullend kunt u – als dat haalbaar en mogelijk is – een ecg maken. Vermoedt u een aortadissectie of ACS, handel dan conform de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom en vraag direct een ambulance aan (naar de vaatchirurg of cardioloog).¹¹ U

DE KERN

- Een hypertensief spoedgeval is ernstige hypertensie (> 180/110 mmHg) met acute hypertensiegemedieerde orgaanschade.
- Een hypertensief spoedgeval moet met A1-urgentie worden ingestuurd; exploreer daarom eerst – stapsgewijs – eventuele schade aan vaten, hart, hersenen, ogen en nieren.
- Als een patiënt ernstige hypertensie heeft, maar geen klachten, ga dan de mogelijke oorzaak na [middelengebruik, feochromocytoom, zwangerschap].
- Patiënten zonder secundaire hypertensie of orgaanschade kunnen worden behandeld volgens de NHG-Standaard CVRM.

kunt alvast starten met nitroglycerine en een traaglopend infuus.

Stap 2: acute kortademigheid

Als tweede is het zaak om acuut pulmonaal oedeem, met of zonder ACS, uit te sluiten. Kenmerken hiervan zijn acuut ontstane dyspneu met orthopneu, bibasaal crepiteren over de longen en (meestal) een verhoogde centraalvenuze druk (CVD). Ook kan er sprake zijn van enkeloedeem. Ook deze patiënten krijgen een spoedverwijzing (naar de cardioloog).

Stap 3: neurologische uitval of verminderd bewustzijn

Als de patiënt niet kortademig is, onderzoekt u of er neurologische uitval is dan wel een verminderd of veranderd bewustzijn. Deze kunnen zijn veroorzaakt door een ischemisch of hemorragisch cerebrovasculair accident (CVA) of door

Tabel 1

Symptomen van acute hypertensiegemedieerde orgaanschade

Orgaan	Orgaanschade	Kenmerkende klachten	Aanvullend onderzoek
Aorta	Acute aortadissectie	Scheurende pijn tussen de schouderbladen	CT-angiografie van de thorax
Hart	Acuut coronair syndroom [inclusief een acuut myocardinfarct]	Beklemmende pijn met uitstraling naar linkerschouder of -kaak, al dan niet met vegetatieve verschijnselen	Hartenzymen [troponine en creatinekinase] Echocardiografie
	Acuut hartfalen met longoedeem	Acuut ontstane dyspneu met orthopneu	Echografie van long, hart en vena cava inferior Hartenzymen, NT-proBNP
Hersenen	Ischemisch of hemorragisch cerebrovasculair accident [CVA]	Uitval met lateralisatie	CT-hersenen
	Hypertensieve encefalopathie	Insulten, veranderd gedrag, verminderd bewustzijn, corticale blindheid en coma	Eventueel MRI-hersenen
Retina	Vlamvormige bloedingen, <i>cotton wool spots</i> , papiloedeem	Hoofdpijn of wazig zien	Fundoscopie
Nieren	Acute nierinsufficiëntie of nierfalen, al dan niet in combinatie met trombotische microangiopathie [TMA]	Hoofdpijn of wazig zien	Echo nieren Directe antiglobulinetest [DAT] Hemolyseparameters

hypertensieve encefalopathie.¹² De *Face-Arm-Speech-Time*-test (FAST-test) kan een snelle indicatie geven voor de aanwezigheid van een CVA.

Een verminderd of veranderd bewustzijn kan het gevolg zijn van hypertensieve encefalopathie. Dit is ernstige hypertensie met een of meer van de volgende symptomen, waarvoor geen alternatieve verklaring is: tonisch-klonische insulden, corticale blindheid (bilaterale complete hemianopsie zonder fundusafwijkingen met normale pupilreacties), gedragsveranderingen, delier, verminderd bewustzijn en/of coma. Ook deze patiënten moeten met spoed verwezen worden (naar de neuroloog).

Stap 4: hoofdpijn en/of wazig zien

Nadat u een CVA of hypertensieve encefalopathie heeft uitgesloten, is uw volgende vraag of er sprake is van hoofdpijn of wazig zien. Wazig zien kan duiden op een spoedeisende hypertensieve retinopathie. De hoofdpijn kan worden veroorzaakt door een verhoogde hersendruk, waardoor ook misselijkheid en braken kunnen optreden. In dat geval moet de patiënt op de SEH onderzocht worden. Een kwart van de patiënten met spoedeisende hypertensieve retinopathie heeft bij presentatie een trombotische microangiopathie (TMA) en meer dan de helft heeft een matige tot ernstige nierfunctiestoornis.¹³

Hypertensie zonder klachten

Als de patiënt geen pijn op de borst heeft, niet kortademig is, geen neurologische uitval of verminderd bewustzijn heeft en geen hoofdpijn heeft of wazig ziet, is een verwijzing niet nodig. Men spreekt dan van 'ernstige hypertensie zonder acute

Tabel 2

Welke patiënten met ernstige hypertensie moeten worden ingestuurd?

Hypertensie met klachten	Hypertensie zonder klachten
Pijn op de borst	Bekend feochromocytoom
Acute kortademigheid	Gebruik van stimulantia [cocaine, amfetamine, xtc]
Neurologische uitval of verminderd bewustzijn	Zwangerschap
Hoofdpijn en/of wazig zien	

orgaanschade'. Er zijn echter uitzonderingen op deze regel, en dat zijn de patiënten met ernstige secundaire hypertensie. Ernstige secundaire hypertensie kan optreden in het kader van middelengebruik (cocaine, amfetamine of xtc) of een feochromocytoom. Een feochromocytoom is een hormoonproducerende bijniertumor die naast ernstige hypertensie ook aanvallen van hoofdpijn, hartkloppingen, angst, bleekheid en zweten kan veroorzaken.¹⁴ Ook wanneer deze patiënten geen orgaanschade hebben, kan een bloeddrukverlagende behandeling geïndiceerd zijn. Ze moeten daarom laagdrempelig verwezen worden.

Ernstige secundaire hypertensie kan ook optreden bij zwangere vrouwen. Er kan dan sprake zijn van hemolyse, gestoorde leverfunctie en trombocytopenie (HELLP) of van pre-eclampsie. Beide zijn een indicatie voor laagdrempelige verwijzing naar de gynaecoloog.¹⁵



Foto: Shutterstock

OP DE SEH EN DAARNA

Een kwart van de patiënten op de SEH heeft een verhoogde bloeddruk, maar slechts bij 1 op de 200 rijst het vermoeden van een hypertensief spoedgeval en slechts bij ongeveer een kwart van die patiënten vindt men acute hypertensiegediëerde orgaanschade. Van de patiënten met een hypertensief spoedgeval is meer dan de helft al bekend met hoge bloeddruk en tot ongeveer 15% heeft secundaire hypertensie.¹⁶ Hypertensieve spoedgevallen komen daarnaast voor bij patiënten die nog niet eerder behandeld waren voor hypertensie of die met hun bloeddrukverlagende medicatie gestopt zijn.

Onderzoek

Bij een vermoeden van een hypertensief spoedgeval wordt op de SEH aanvullend onderzoek gedaan. Dat omvat in ieder geval bloedonderzoek (bloedbeeld met Hb, trombocyten, reticulocyten en fragmentocyten, ureum, kreatinine en eGFR, kalium, LDH, haptoglobine en glucose), urineonderzoek (sedimentafwijkingen, albuminurie) en een ecg. Op geleide van de differentiaaldiagnose kan extra aanvullend onderzoek verricht worden [tabel 1].

Behandeling

De voornaamste behandeling van een hypertensief spoedgeval is het verlagen van de bloeddruk met intraveneuze medicijnen op een bewaakte afdeling. De medicatie, de streefbloeddruk en de duur van de behandeling hangen af van het soort orgaanschade en staan onder regie van de betreffende specialist; bij patiënten met alleen retinopathie is de internist hoofdbehandelaar.⁸

Na ontslag uit het ziekenhuis

Als tijdens de ziekenhuisopname of bij de eerste controle na ontslag de bloeddruk met 3 orale antihypertensiva onvoldoende gereguleerd is, zal een internist de behandeling optimaliseren en secundaire oorzaken uitsluiten.¹⁷ Patiënten met ernstige hypertensie zonder orgaanschade krijgen het advies om de volgende werkdag een afspraak bij de huisarts te maken voor verder cardiovasculair risicomanagement en behandeling van de bloeddruk. Een goede overdracht is daarbij essentieel.⁸

BELEID BIJ PATIËNTEN MET ERNSTIGE HYPERTENSIE

Patiënten met een sterk verhoogde bloeddruk, maar zonder klachten die passen bij acute hypertensiegediëerde orgaanschade, kunnen in de huisartsenpraktijk veilig worden behandeld volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.¹ Meestal zakt de bloeddruk spontaan na 30 minuten rust. Bij een aanhoudend verhoogde bloeddruk (>180/110 mmHg) kan de huisarts eenmalig een snelwerkend oraal antihypertensivum geven, al is daar formeel geen reden

DE HEER ADEMA (VERVOLG)

De heer Adema heeft een hoge bloeddruk zonder tekenen van acute hypertensiegediëerde orgaanschade. Bij verdere navraag blijkt dat hij op eigen initiatief gestaakt is met zijn medicijnen omdat hij had begrepen dat zijn bloeddruk goed was. Na het herstarten van de antihypertensiva, en uitleg over het belang van therapietrouw, is zijn bloeddruk weer goed.

MEVROUW BROUWER (VERVOLG)

Op de HAP wordt voor mevrouw Brouwer een A1-ambulance opgeroepen. In het ziekenhuis stelt de neuroloog een hypertensieve encefalopathie vast. Na 3 dagen intraveneuze therapie op de intensive care verlaat de patiënte het ziekenhuis in goede toestand. Achteraf bleek het uitlokkende moment het starten van naproxen in verband met toename van haar knieklachten.

voor. Het best onderzocht voor deze situatie zijn nifedipine retard 20 mg (T-max 0,5-2 uur), captopril 25 mg (T-max 1-1,5 uur) en labetalol 200 mg (T-max 1-2 uur), zonder voorkeur voor een bepaald middel.⁸

Vervolgens is het zaak om op zoek te gaan naar een onderliggende oorzaak, zoals het gebruik van zout, drop of zoethout-thee, medicatie (NSAID's, orale anticonceptiva) of drugs (xtc, amfetamine, cocaïne). Ook kan men zoeken naar aanwijzingen voor een onderliggende oorzaak (bijvoorbeeld slaapapneusyndroom of feochromocytoom).

Bij een vermoeden van secundaire hypertensie, ook als die met 1-2 middelen goed gereguleerd is, kan laagdrempelig naar de internist worden verwezen.^{1,17} Daarnaast is het belangrijk om de therapietrouw te bespreken. Het is bekend dat na 1 jaar behandeling meer dan de helft van de patiënten gestopt is met de medicatie.¹⁸ Ander onderzoek toonde aan dat ruim 30% van patiënten die met een hypertensief spoedgeval op de SEH kwamen medicatieontrouw was.⁷ Het is daarom wenselijk om bij patiënten bij wie op de SEH een sterk verhoogde bloeddruk wordt gevonden, de bloeddruk op korte termijn te vervolgen en niet meteen medicatie te verhogen of extra bij te starten. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Richtlijnen. nhg.org. Utrecht: NHG, 2019.
2. RIVM. Bloeddruk. <https://www.vzinfo.nl/bloeddruk>, geraadpleegd juli 2023.
3. Nivel. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>, geraadpleegd juli 2023.

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

Van Driel J, Alsmas J. Hypertensief spoedgeval. Huisarts Wet 2023;66(12):28-31. DOI: 10.1007/s12445-023-2397-2.
Huisartsenpraktijk Benthuisen: J. van Driel, huisarts. Erasmus MC, Rotterdam: dr. J. Alsmas, internist acute geneeskunde: j.alsma@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Blader naar pagina 46 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

Hoe herken je het cannabinoïd-hyperemesissyndroom?

Roeland Boesaard

Het relatief onbekende cannabinoïdhyperemesissyndroom komt waarschijnlijk vaker voor dan we denken. Het is belangrijk een goede anamnese naar middelengebruik en douche- en badgewoonten af te nemen. We kunnen leren vage misselijkheid- en abdominale klachten door chronisch cannabisgebruik eerder te herkennen en de patiënt sneller adequaat advies te geven, zonder dat daar verdere diagnostiek in de tweede lijn voor nodig is. Alleen staken van het cannabisgebruik helpt echt.

CASUS: EEN JONGE VROUW DIE EXCESSIEF BRAAKT

Een 28-jarige vrouw braakt excessief sinds 2 dagen en heeft forse maagpijn. Dit is begonnen op een feestje waarop ze meerdere glazen alcohol heeft genuttigd. Ze is bang dat ze gedrogeerd is. Ze heeft geen koorts en defecatie is normaal. Alleen heet douchen helpt tegen de klachten. Differentieel diagnostisch denkt haar huisarts aan een alcohol- of drugsintoxicatie, pancreatitis en hyperemesis gravidarum. Bij navraag rookt ze al een aantal jaren 3 keer per week wiet.

In 2018 heeft 23,7% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder, zo'n 3,2 miljoen mensen, ooit cannabis gebruikt. Het percentage dat in de afgelopen maand heeft gebruikt ligt een stuk lager: 4,6%, oftewel 620.000 mensen. Tweehonderd-twintigduizend mensen (1,6%) blijven (bijna) dagelijks blowen.¹

De voornaamste bestanddelen van cannabis zijn delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD). THC heeft een lange halfwaardetijd doordat het grotendeels accumuleert in vetweefsel.^{2,3} De halfwaardetijd ligt tussen de 24,9 en 35,3 uur.³ THC heeft onder andere een anti-emetisch effect op het centraal zenuwstelsel. Bij chronisch gebruik lijkt er echter een tegengesteld effect op te treden, wat een vertraagde maaglediging tot gevolg heeft, met daarbij misselijkheid en braken.

CANNABIS ALS MEDICIJN

Cannabis wordt bij meerdere medische aandoeningen ingezet, bijvoorbeeld om misselijkheid en braken door chemotherapie tegen te gaan, de eetlust te stimuleren bij hiv/aids en chronische pijn te bestrijden, tegen spasticiteit bij multiple

sclerose en bij depressie. Het NHG beveelt voorschrijven van cannabis niet aan, omdat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor pijnreductie of verbetering van de kwaliteit van leven, terwijl er wel bijwerkingen kunnen optreden. Het NHG adviseert het gebruik alleen te overwegen in de palliatieve fase bij patiënten met (pijn)klachten bij wie de gangbare behandeling niet voldoende helpt of te veel bijwerkingen geeft.⁵

CASUS (VERVOLG)

Onder de waarschijnlijkheidsdiagnose cannabinoïdhyperemesissyndroom stuurt de huisarts van de vrouw haar naar het ziekenhuis, omdat ze waarschijnlijk uitgedroogd is. Daar krijgt ze een symptomatische behandeling met anti-emetica en intraveneus vocht. Ze stopt met cannabisgebruik, waarna de klachten binnen 2 dagen verdwenen zijn. In totaal verliest ze vanaf het begin van de symptomen bijna 10 kg aan gewicht. Enkele weken na de opname is ze volledig hersteld.

EPIDEMIOLOGIE EN SYMPTOMEN

Het cannabinoïdhyperemesissyndroom is beschreven in case reports en case series. Daardoor beschikken we niet over goede epidemiologische gegevens. Ook is niets bekend over hoe vaak het syndroom voorkomt in vergelijking met andere bijwerkingen van cannabis.

Het cannabinoïdhyperemesissyndroom vertoont een grote overlap met het cyclischbrakensyndroom. Volgens de Rome IV-criteria kenmerkt het zich door stereotypisch episodisch braken dat minder dan 1 week duurt. Daarbij zijn in de afgelopen 3 maanden symptomen aanwezig en zijn er minimaal 3 episodes in het afgelopen jaar en 2 episodes in de afgelopen 6 maanden. Tussen de episodes is er minimaal 1 week waarin de patiënt niet braakt. De symptomen doen zich voor na chronisch gebruik van cannabis en verlichting van cyclisch braken treedt op na lange abstinentie van cannabisgebruik. Over de duur en frequentie van het chronisch gebruik van cannabis en de abstinentie doen de Rome IV-criteria geen uitspraak.

Het dwangmatig nemen van baden of douches met heet water is als ondersteunend kenmerk toegevoegd aan de Rome IV-criteria.^{6,7} Dit aangeleerde gedrag gaat misselijkheid en braken tegen, wat vaak per toeval wordt ontdekt.⁸

DRIE FASEN

Een patiënt met dit syndroom doorloopt vaak 3 fasen:^{2,3,9}

1. een prodromale fase (maanden tot jaren), met misselijkheid zonder braken, anorexie, abdominaal discomfort en angst voor braken;
2. een hyperemesisfase (dagen tot weken), waarin we een cyclisch patroon zien van misselijkheid en braken, waarbij heet douchen of baden vaak kortdurende verlichting kan geven. Deze fase gaat vaak gepaard met sympathische overactiviteit (tremor, tachycardie, hypertensie, zweten en opvliegers). Ook zien we dikwijls diffuse maar relatief milde buikpijn. Tijdens deze episodes kan de patiënt wel 5-10 kg afvallen, met soms uitdroging en elektrolytstoornissen waarvoor ziekenhuisopname nodig is;
3. een herstelfase, waarbij er geen klachten meer zijn (dagen tot maanden), het gewicht kan herstellen en de patiënt normaal eet.

PATHOFYSIOLOGIE

Er is weinig bekend over de pathofysiologie van het cannabinoïdhyperemesisyndroom, vooral omdat er weinig onderzoek naar verricht is. Er zijn verschillende hypothesen over mogelijke oorzaken. Zo zou het endocannabinoïdsysteem, een groep van cannabinoïdreceptoren (CB-1 en CB-2) die te vinden zijn in onder andere de hersenen en het gastro-intestinaal stelsel, een rol spelen bij gastro-intestinale motiliteit, misse-

DE KERN

- Het cannabinoïdhyperemesisyndroom kenmerkt zich door excessief episodisch braken na chronisch gebruik van cannabis. Hete douches of baden verlichten de symptomen.
- Denk bij onverklaarde recidiverende periodes van misselijkheid en braken aan dit syndroom.
- De enige effectieve behandeling van dit syndroom is het staken van het cannabisgebruik. Symptomatische behandeling is gericht op het voorkomen of behandelen van dehydratie.
- Anti-emetica hebben vaak weinig tot geen effect.

lijkheid/braken, stemming, slaap en pijn. Er is beperkt bewijs dat suggereert dat de complexe farmacodynamiek bij de CB-1-receptor een rol speelt (mogelijke mechanismen hiervan zijn onder andere de dichtheid van de receptoren, interactie met actieve cannabismetabolieten, potentie van bestanddelen van cannabis). Een andere hypothese stelt dat er mogelijk sprake is van een genetische variatie in het enzymmetabolisme van THC, naast een variatie in de cannabinoïdcomponenten van individuele planten. De genetische variatie kan verklaren waarom lang niet alle mensen die cannabis chronisch gebruiken last krijgen van hyperemesis.^{4,6,9}



Symptomatische behandeling van het cannabinoïdhyperemesisyndroom bestaat uit heet douchen of baden; de enige effectieve behandeling is staken van het cannabisgebruik.

Foto: Shutterstock

BEHANDELING

De behandeling richt zich op het verminderen van de symptomen tijdens de hyperemesisfase en het voorkomen van recidieven. Symptomatische behandeling bestaat uit heet douchen of baden. Het mechanisme hierachter is onbekend. Na de hyperemesisfase verdwijnt dit gedrag. Anti-emetica kunnen worden geprobeerd, maar hebben vaak maar een minimaal of geen effect op de klachten.

Er is beperkt bewijs voor het effect van topicale capsaicinecrème, waarbij activatie van de TRPV-1-receptor mogelijk interfereert met het endocannabinoïdsysteem.^{8,9} TRPV-1-receptoren bevinden zich onder andere in de tractus digestivus en bij het medullaire braakcentrum (chemoreceptoren in de medulla oblongata), vaak in de nabijheid van een CB-1-receptor. Dit zou erop kunnen wijzen dat er op beide locaties een interactie plaatsvindt. De door warmte geactiveerde TRPV-1-receptor remt substance P, een neuropeptide die een rol speelt bij misselijkheid en braken. Warmte activeert TRPV-1-receptoren (> 43 °C), wat mogelijk verklaart waarom heet douchen of baden de klachten verlicht.⁶ Bij dreigende dehydratie is soms ondersteunende therapie in de vorm van intraveneuze rehydratie nodig.

Recidieven zijn alleen te voorkomen door het cannabisgebruik volledig te staken. Door de lange halfwaardetijd van THC en omdat het vetoplosbaar is, kunnen de klachten na het staken van het cannabisgebruik nog dagen tot weken aanhouden.

CONCLUSIE

Misselijkheid, buikklachten en recidiverend braken passen in een brede differentiële diagnose, waarbij we anamnestic actief moeten vragen naar middelengebruik en bad- en/of douchegegewoonten. Waarschijnlijk missen huisartsen het cannabinoïdhyperemesisyndroom vaak omdat ze niet op de hoogte zijn van het bestaan ervan. Het chronisch gebruik van cannabis (> 1 jaar), het cyclisch optreden van ernstige misselijkheid en braken, en het dwangmatig nemen van hete baden of douches zou ons op het spoor moeten zetten van het syndroom. De pathofysiologie hierachter is helaas nog onvoldoende opgehelderd. De symptomen verdwijnen volledig nadat de patiënt met cannabisgebruik is gestopt. ■

LITERATUUR

1. Jellinek. Cannabis / wiet en hasj: Cijfers. Jellinek.nl.
2. Stuijvenberg MP, Ramaekers GMGI, Bijpost Y. Cannabinoïdhyperemesis-syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 2011;155:A2880.
3. Galli JA, Sawaya RA, Friedenberk FK. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. Curr Drug Abuse Rev 2011;4:241-9.

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

Boesaard RJ. Hoe herken je het cannabinoïdhyperemesisyndroom? Huisarts Wet 2023;66[12]:32-4. DOI:10.1007/s12445-023-2390-9. Huisartsenpraktijk De Jasmijn, Wierden: R.J. Boesaard, waarnemend huisarts, rboesaard@hotmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

‘Een uitbraak van jeukende huidafwijkingen in een azc’

Door: Maja Joosten, Marco Balk

Vier minderjarige alleenstaande vluchtelingen, afkomstig uit Syrië, komen met jeuk en cutane afwijkingen op de benen op het spreekuur. Op dat moment verblijven 3 van hen in een asielzoekerscentrum, waar ze met 80 anderen sanitaire faciliteiten delen en gezamenlijk eten. De andere patiënt woont in een ander asielzoekerscentrum in de regio. Ze zijn eerder behandeld voor scabiës. Hun vaccinatiestatus is niet bekend.

Wat is uw diagnose?

1. Scabiës (recidief)
2. Cutane difterie
3. Cutane leishmaniasis
4. Cutane tuberculose

➤ Het antwoord leest u op www.henw.org bij ‘Uw diagnose’ en de titel ‘Een uitbraak van jeukende huidafwijkingen in een azc’.

Figuur

Een rond, diep uitgeponst ulcer met een grijsgeel membraan op de latere zijde van het been



Foto: Mariken Siegmann

Wees alert op invasieve GAS-infecties bij kinderen

Evelien van Kempen, Maxime van de Griend, Arwen Sprij, Ariene Rietveld, Mirjam van Veen

Het aantal invasieve infecties door groep A-streptokokken (GAS) bij kinderen is sinds 2022 drastisch toegenomen. De bijbehorende ziektebeelden zijn zeer gevarieerd, vaak niet zo bekend en de morbiditeit en mortaliteit zijn hoog. Wees daarom alert wanneer een kind met influenza of waterpokken koorts blijft houden of plotseling zieker wordt. Een invasieve GAS-infectie is een indicatie voor een spoedverwijzing.

Sinds begin 2022 signaleren kinderartsen een toename van het aantal invasieve infecties door groep A-streptokokken (GAS) bij kinderen, vooral in de leeftijd 0-5 jaar. De toename speelt in Nederland en in verschillende andere Europese landen, waaronder het Verenigd Koninkrijk en Zweden.¹ Zoals de beide casussen in dit artikel laten zien, kunnen de infecties allerlei vormen aannemen die voorheen weinig voorkwamen. Daarom is het zaak dat huisartsen én ouders extra waakzaam zijn wanneer een kind dat een luchtweginfectie of waterpokken heeft, achteruitgaat of plotseling weer zieker wordt na aanvankelijk herstel. Het kind moet dan met spoed opnieuw beoordeeld worden om te kijken of een verwijzing noodzakelijk is.

CASUS: PIJNLIJKE MACULA NA WATERPOKKEN

Emma is 3 jaar en heeft een blanco voorgeschiedenis. Ze ontwikkelde 3 dagen na het ontstaan van waterpokken een rode, pijnlijke macula met onderliggende verharding ter hoogte van de pubis. Sinds 1 dag was de koorts toegenomen. Emma werd opgenomen met de werkdagdiagnose 'GAS-cellulitis als superinfectie op varicellazosterinfectie'. Ze kreeg intraveneus amoxicilline/clavulaanzuur, maar desondanks breidden de huidafwijkingen zich uit en hielden de koortspieken aan. De kinderarts dacht differentiaaldiagnostisch aan fasciitis necroticans en voegde clindamycine toe aan de medicatie. De kinderchirurg vond geen aanwijzingen voor fasciitis necroticans, maar wel ontwikkelde Emma een abces van de buikwand waarvoor incisie en drainage werd verricht. Op basis van de kweekuitslagen bleek zij inderdaad een GAS-infectie te hebben. Na een ziekenhuisopname van 10 dagen kon zij met amoxicilline/clavulaanzuur en clindamycine oraal naar huis.

PATHOFYSIOLOGIE

GAS-infecties worden veroorzaakt door de grampositieve bacterie *Streptococcus pyogenes*. Groep A-streptokokken veroorzaken veel verschillende ziektebeelden, zowel niet-invasieve als

CASUS: PLEURA-EMPYEEM NA EEN LUCHTWEGINFECTIE

Aya is 5 jaar en heeft een blanco voorgeschiedenis. Ze had sinds 4 dagen klachten van rinitis, hoesten, rode huiduitslag en koorts. Op dag 5 werd zij zieker en gingen de ouders met haar naar de huisarts. Deze dacht aan een virusinfectie en schreef paracetamol voor, maar Aya's ouders zagen dat ze niet lekker bleef en pijn had en namen later die dag contact op met de HAP. De dienstdoende huisarts zag een matig ziek meisje met CRP 200 mg/L en stuurde Aya in naar de SEH. Daar zag men een ziek meisje met versnelde ademhaling en verlaagde saturatie. De X-thorax toonde een pneumonie met pleura-empyem. Aya werd opgenomen, het empyem werd gedraineerd en ze kreeg intraveneus amoxicilline/clavulaanzuur en clindamycine. Uit het pleurvocht werd GAS gekweekt. Aya werd 4 weken intraveneus en 2 weken oraal behandeld met amoxicilline/clavulaanzuur. Ze herstelde goed.

invasieve [figuur]. Bij een invasieve GAS-infectie (iGAS-infectie) zijn de streptokokken doorgedrongen tot een lichaamscompartiment dat normaal steriel is, zoals de bloedbaan of pleura. De daaruit volgende ziektebeelden zijn zeer divers en omvatten bijvoorbeeld fasciitis necroticans, streptokokkengemedieerd toxischeshocksyndroom (STSS), bacteriëmie, sepsis, meningitis, septische artritis, osteomyelitis, pneumonie en pleura-empyem. De morbiditeit en mortaliteit zijn aanzienlijk en nemen klaarblijkelijk toe. In hoge-inkomenslanden was de mortaliteit 2-3%; dat lijkt in 2022 in Nederland toegenomen tot 9%.²

Bij Emma en Aya kon de behandeling tijdig worden gestart, maar soms kan een iGAS-infectie een zeer snel beloop hebben. Door de massale ontstekingsreactie ontstaat dan een gecombineerde circulatoire en respiratoire insufficiëntie. Het is van groot belang om een iGAS-infectie snel te herkennen en de patiënt met spoed naar een ziekenhuis te verwijzen.

TOENEMENDE INCIDENTIE

Sinds 2022 stijgt het aantal iGAS-infecties bij kinderen. Het RIVM registreerde in 2022 een verzevenvoudiging van het aantal meldingen bij kinderen van 0-5 jaar, van gemiddeld 6 per jaar in 2016-2019 naar 42 alleen al in 2022.³ Tot januari 2023 waren niet alle iGAS-ziektebeelden meldingsplichtig; dat gold alleen voor fasciitis necroticans, STSS en puerpurale koorts/sepsis. Gegevens van 7 Nederlandse ziekenhuizen over alle iGAS-ziektebeelden bij kinderen van 0-18 jaar laten

DE KERN

- Sinds 2022 is de incidentie van invasieve infecties met groep A-streptokokken [iGAS-infecties] bij kinderen van 0-5 jaar sterk toegenomen.
- De ziektebeelden zijn zeer divers en niet altijd snel herkenbaar. Wees alert op alarmsymptomen als een kind koorts heeft en verwijst bij een vermoeden van een iGAS-infectie onmiddellijk naar een kinderarts of SEH.
- Aanwijzingen voor een iGAS-superinfectie bij een varicella-infectie: nog steeds of opnieuw koorts na dag 3-4, met pijnlijke extremiteiten of aanwijzingen voor een bacteriële huidinfectie.
- Aanwijzingen voor een iGAS-superinfectie bij een influenza-achtig beeld: niet opknappen of verslechtering.
- De meldingsplicht is sinds januari 2023 verruimd en geldt nu voor alle iGAS-ziektebeelden.
- Gezinsgenoten van een iGAS-patiënt lopen extra risico en komen in aanmerking voor antibiotische profylaxe.

dezelfde toename zien, met daarbij ook een verschuiving in klinische presentatie. Waren vroeger de meest voorkomende ziektebeelden sepsis en 'overig' (vooral abscessen op diverse locaties), in 2022 was de meest gestelde diagnose 'pneumonie

met empyeem' en werd ook fasciitis necroticans veel vaker gezien.²

Er zijn verschillende hypothesen over de oorzaak van deze groei.² Een theorie luidt dat kinderen door de COVID-19-maatregelen minder immuniteit hebben opgebouwd voor *S. pyogenes* én voor respiratoire virussen.⁴

Anderen denken aan een verhoogde activiteit van cocirculerende virussen, met varicella en influenza als bekende risicofactoren voor iGAS-infecties.^{5,6} Een derde hypothese is dat steeds meer infecties veroorzaakt worden door een GAS-variant met verhoogde toxineproductie (M1_{UK}).⁶

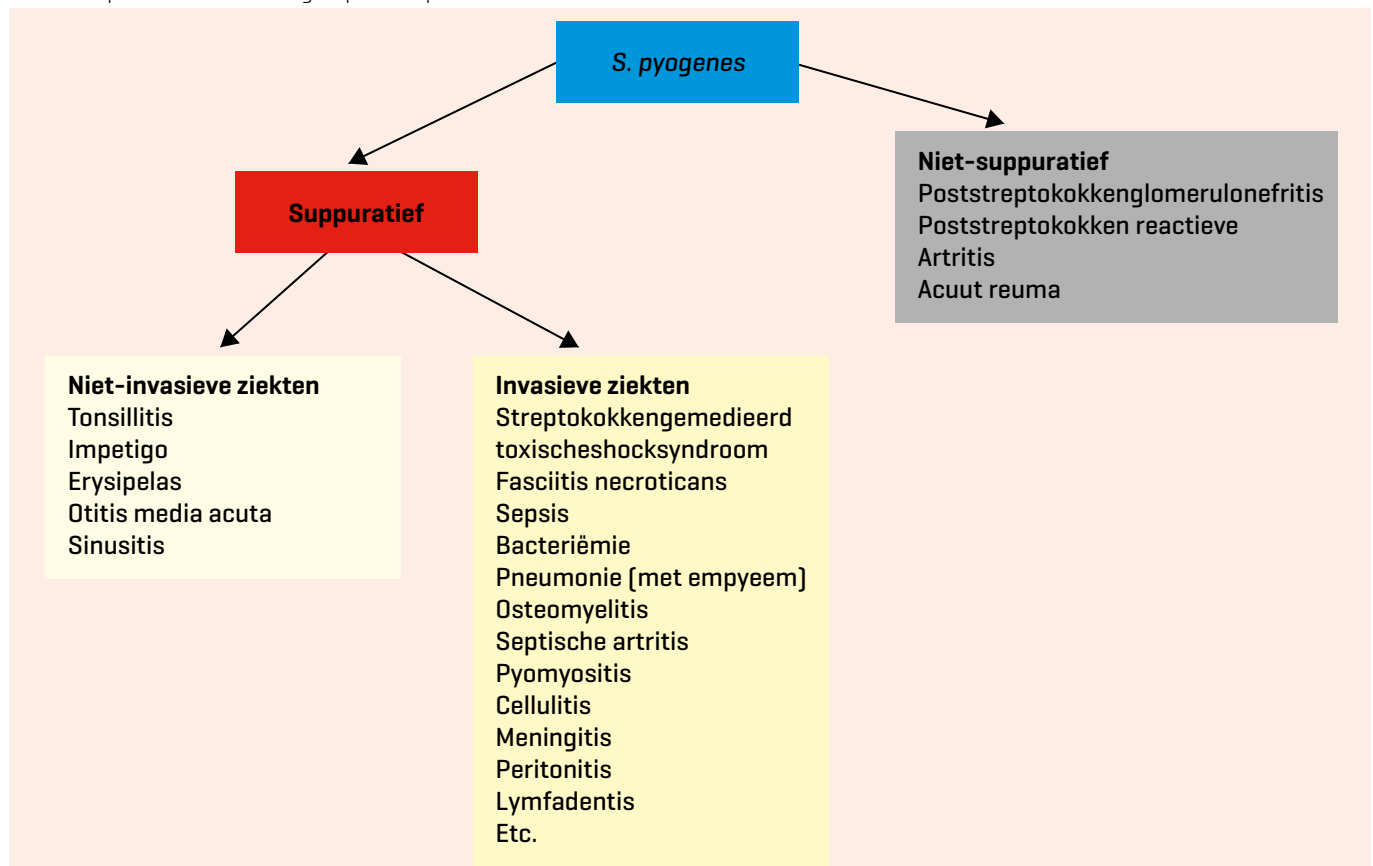
RISICOFACTOREN

Onderzoekers hebben een aantal predisponerende factoren gevonden voor iGAS-infecties, waaronder varicella, influenza, verstoorde of onderdrukte afweer, maligniteiten en leeftijd < 1 jaar. Welke factoren leiden tot een invasieve in plaats van een niet-invasieve GAS-infectie of tot dragerschap, is echter nog onduidelijk.

Oplettendheid is dus geboden bij ieder kind dat koorts heeft en/of een zieke indruk maakt [kader 1]. iGAS-infecties zijn vaak bacteriële superinfecties van een voorafgaande influenza- of varicella-infectie. Zo kan een iGAS-infectie na influenza leiden tot pneumonie met pleura-empyem. Waterpokken kunnen, als het kind al drager is van GAS, een *porte d'entrée*

Figuur

Overzicht presentatievormen groep A-streptokokinfecties



KADER 1 ALARMSYMPTOMEN BIJ EEN KIND MET KOORTS

- Ernstig zieke indruk
- Verlaagd bewustzijn
- Zwak, op hoge toon of continu huilen
- Meningeale prikkelingsverschijnselen en/of bombende fontanel
- Aanhoudend braken
- Petechiën
- Bleek of grauw zien
- Verminderde huidturgor
- Tekenen van ernstige tachypneu en/of dyspneu (neusvleugelen, intrekkingen)
- Verminderde perifere circulatie (capillaire refilltijd ≥ 3 sec)
- Status epilepticus, focale neurologische tekenen, focale convulsies

zijn voor sepsis, artritis, cellulitis, abces, erysipelas en in zeldzame gevallen fasciitis necroticans. Houd hier rekening mee als een kind met een varicella-infectie na dag 3-4 nog steeds koorts heeft of opnieuw koorts krijgt.

BELEID

Een gecompliceerde GAS-infectie kan met antibiotica worden behandeld. Zoals beschreven kunnen GAS-infecties diverse ziektebeelden geven, die zich bij een iGAS-infectie bovendien snel kunnen ontwikkelen. Dat maakt tijdige herkenning soms moeilijk. Daarom is het vermoeden van een iGAS-infectie een indicatie voor spoedverwijzing naar een kinderarts (bij fasciitis necroticans naar een kinderchirurg). Gezien de ernst en de mogelijk snelle progressie is verdere

KADER 2 PROFYLAXE VAN HUISGENOTEN

Kinderen > 1 maand:

- eerste keus: azitromycine oraal 1 dd 20 mg/kg gedurende 3 dagen
- tweede keus: combinatie penicilline V of feneticilline oraal 30-50 mg/kg per dag in 3 doses, gedurende 10 dagen, met rifampicine 2 dd 10 mg/kg gedurende dag 1-4
- derde keus: clindamycine oraal 25 mg/kg per dag in 4 doses, gedurende 10 dagen

Neonaten (< 1 maand):

- eerste keus: amoxicilline oraal 60 mg/kg per dag in 2 doses gedurende 10 dagen, maximaal 3 g per dag (voor behandeling van ernstige bacteriële infecties, zie Kinderformularium en LCI-richtlijn)
- tweede keus: azitromycine oraal 1 dd 20 mg/kg gedurende 3 dagen (voor behandeling van *Chlamydia trachomatis*, zie Kinderformularium)



iGAS-infecties zijn vaak bacteriële superinfecties van een voorafgaande influenza- of varicella-infectie.

Foto: Shutterstock

diagnostiek in de huisartsenpraktijk af te raden. Wees alert bij kinderen met koorts of een infectie en denk aan snelle beoordeling en laagdrempelige verwijzing in de volgende situaties:

- koorts met de bekende alarmsymptomen volgens de NHG-Standaard Kinderen met koorts [kader 1]) of met een gerapporteerde 'knik in het verhaal' of gerapporteerde (snelle) achteruitgang
- nog steeds of opnieuw koorts na dag 3-4 bij een varicella-infectie
- niet opknappen of verslechteren bij een influenza-achtig beeld
- vermoeden van fasciitis necroticans

Informeer ook de ouders goed en op de juiste manier over alarmsymptomen en geef duidelijke instructies zodat zij aan de bel kunnen trekken bij klinische verslechtering.

UITBREIDING VAN DE MELDINGSPLICHT EN PROFYLAXE VAN HUISGENOTEN

In januari 2023 besloot het RIVM de meldingsplicht en het bijbehorende beleid voor contacten van iGAS-patiënten per direct te verruimen naar alle iGAS-ziektebeelden. Huisgenoten en vergelijkbare contacten hebben namelijk een ver-



Foto: Shutterstock

hoogde kans op een iGAS-infectie. Volgens het RIVM blijft deze verruiming voorlopig van kracht. In principe besluit de GGD of er een indicatie is voor profylaxe van huisgenoten; dit zal afhangen van de mate en de periode van contact. De GGD zal de profylaxe afstemmen met de behandelend arts [kader 2].⁶

De LCI-richtlijn adviseert nauwe contacten van iGAS-patiënten om tot 30 dagen na het laatste contact direct medische zorg te zoeken bij symptomen van een GAS- of iGAS-infectie:

- zoek bij iGAS-symptomen met spoed medische beoordeling en behandeling
- neem bij klachten van een niet-invasieve GAS-infectie tijdig contact op met de huisarts

Nauwe contacten van een patiënt met iGAS kunnen op het spreekuur komen met een klinisch beeld dat past bij een GAS-infectie. Het advies is dan om laagdrempelig antibiotica te starten. Volg daarbij de adviezen voor therapeutisch beleid uit de relevante NHG-Standaard.

VERVOLGONDERZOEK

In het kader van de toename van iGAS-infecties werken de Nederlandse kinderartsen samen in het COPP-iGAS-consortium om de epidemiologie, de risicofactoren en het beloop van iGAS-infecties bij kinderen in de tweede lijn in kaart te brengen (zie www.infectiekids.nl). ■

LITERATUUR

1. Communicable disease threats report week 49, 4-10 december 2022. Solna (S): European Centre for Disease Prevention and Control, 2022.
2. Van Kempen EB, Bruijning-Verhagen PC, Borensztajn D, Vermont CL, Quaak MS, Janson J, et al. Increase in invasive group A streptococcal infections in children in the Netherlands, a survey among 7 hospitals in 2022. *Pediatr Infect Dis J* 2023;42:e122-4.
3. Meldingen van invasieve GAS-infecties in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2023. [ivm.nl/groep A-streptokokkeninfecties-gas/meldingen-van-invasieve-gas-infecties-in-nederland](http://ivm.nl/groep-A-streptokokkeninfecties-gas/meldingen-van-invasieve-gas-infecties-in-nederland), geraadpleegd 17 maart 2023.

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

Van Kempen EB, Van de Griend MV, Sprij AJ, Rietveld A, Van Veen M. Wees alert op invasieve GAS-infecties bij kinderen. *Huisarts Wet* 2023;66[12]:35-8. DOI:10.1007/s12445-023-2395-4. HagaZiekenhuis, Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag; E.B. van Kempen, arts-assistent kindergeneeskunde en promovendus; E.vanKempen@hagaziekenhuis.nl; A.J. Sprij, kinderarts; dr. M. van Veen, kinderarts. Huisartsenpraktijk Rijsenhout; M.V. van de Griend, hidha. GGD Hart voor Brabant, Tilburg; A. Rietveld, arts Maatschappij en Gezondheid, infectieziektebestrijding. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Antwoord ecg-casus 'Jong en gereanimeerd'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. Frequentie en regelmaat | Er zijn steeds 5 blokken tussen de R-toppen, in 1 minuut passen 300 blokken, de frequentie is dus $300 : 5 = 60$ slagen/min, regelmatig. Anders berekend: in deze 10 seconde-ecg-registratie zijn van links naar rechts 10 complexen te zien, $6 \times 10 = 60$ slagen/min.
2. As | De meest positieve afleiding is afleiding I (horizontaal, 0 graden). De meest iso-elektrische as is afleiding avF (die verloopt verticaal) en de hartas staat hier dus ongeveer loodrecht op (dit gegeven past eveneens bij een horizontale as). De as is dus horizontaal.
3. P-top | Normaal. Alle P's zijn niet vergroot en positief, behalve in V1 en aVR, zoals het hoort.
4. PQ-tijd | Normaal. < 5 mm (ofwel < 200 ms).
5. Q | Normaal. Nergens pathologische Q's.
6. QRS | Normaal. Slank QRS, normale voltages, normale R-progressie over de voorwand. Die R-progressie is wel wat traag en met een geringe R-top in V3, maar de R neemt in V4-6 verder toe en de S neemt af.
7. ST-segment | Normaal. Geen elevaties of depressies.
8. T-top | Normaal. Geen belangrijke T-topinversie (in V2 en V3 is er wel een positieve T-top bij een voornamelijk negatief QRS-complex, maar dat wijst niet op pathologie).

9. QT-tijd | Normaal. 10 mm (= 400 ms), minder dan de helft van de cyclusduur.
 10. Ritme | Sinusritme.
- + Conclusie | Normaal ecg.

2. HET VERDERE BELEID

De huisarts stelt de patiënt gerust en overlegt met de hartrevalidatieafdeling. Bij de recente controle vond de cardioloog geen structurele hartafwijkingen (geen cardiomyopathie, geen oude infarctering, enzovoort). Bovendien kwamen er bij het uitlezen van de ICD geen ritmeproblemen naar voren. De patiënt bleek permanent een sinusritme te hebben, zonder runs van extrasystolen die een hartritmestoornis zouden kunnen induceren. De cardioloog heeft de patiënt opnieuw uitgelegd dat het incident rond de reanimatie het gevolg was van cocaïnegebruik, waardoor de recidiefkans nu nihil is. De revalidatie is een half jaar eerder afgerond. Intussen is de patiënt gaan werken, wat de angst heeft aangewakkerd. De huisarts vertelt de patiënt dat de cardioloog en het revalidatieteam bereid zijn om hem ambulantly te blijven ondersteunen bij het revalidatieproces. Ze gaan net zo lang met dit traject door als nodig is. Ook daarna zullen ze de patiënt de gelegenheid blijven geven om contact op te nemen wanneer hij dat nodig heeft. ■

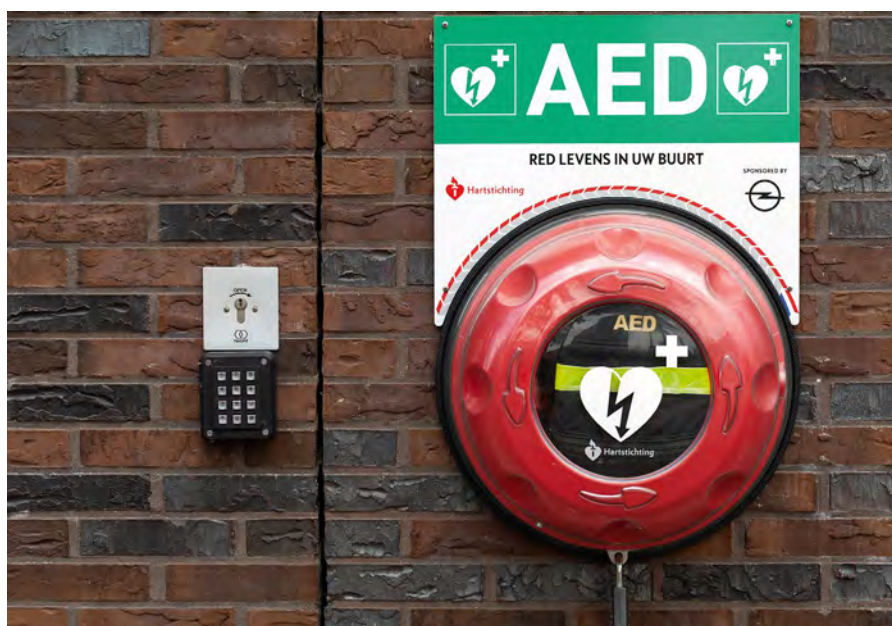


Foto: Shutterstock

Huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders

Maarten Dekker, Maria van den Muijsenbergh

Doordat er in Nederland een groot tekort is aan opvangplekken voor asielzoekers, is de kans groot dat u ook in uw reguliere praktijk soms (acute) zorg zult moeten verlenen aan deze groep mensen. Waar moet u specifiek aan denken bij de zorg aan asielzoekers en statushouders? Hoe is deze zorg tijdens en na de asielprocedure geregeld? Welke klachten en ziekten komen het meest voor? En hoe kunt u ook deze mensen op een persoonsgerichte en cultuursensitieve manier helpen?

In augustus 2022 kwam Artsen zonder Grenzen voor het eerst in actie in Nederland.¹ Waarschijnlijk herinnert u zich de beelden nog wel: asielzoekers moesten buiten het aanmeldcentrum in Ter Apel slapen en hadden geen toegang tot basisvoorzieningen zoals medische zorg. Er is nog steeds een groot tekort aan opvangplekken in Nederland en op de noodopvanglocaties is niet standaard een huisarts aanwezig. Hierdoor is de kans groot dat een asielzoeker zich met een (acute) zorgvraag ook tot u wendt.

We geven praktische tips, zodat deze zorg ondanks eventuele taal- en cultuurverschillen niet (tijds)intensiever hoeft te zijn dan voor iedere andere patiënt in uw praktijk. Daarnaast beschrijven we wat deze zorg zo waardevol maakt. Asielzoekers en vluchtelingen zijn over het algemeen veerkrachtige mensen, die zich staande hebben weten te houden in extreme omstandigheden en van wie wij veel kunnen leren.

CASUS: EEN STATUSHOUDER UIT SYRIË

U maakt kennis met de 45-jarige meneer Bakiri, die samen met zijn vrouw en 3 kinderen vorige week in uw praktijk is ingeschreven. Meneer Bakiri spreekt vloeiend Engels en vertelt dat hij tandarts was in Syrië, maar in 2018 zijn thuisland moest ontvluchten om vervolging te voorkomen. In 2022 kreeg hij een verblijfsvergunning en kon zijn gezin ook naar Nederland reizen. Vorige maand hebben ze in uw gemeente een huurwoning toegewezen gekregen. U vraagt zich af waar u specifiek rekening mee moet houden in de zorg voor asielzoekers en statushouders.



Huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders is niet anders dan de zorg voor iedere andere patiënt, namelijk persoonsgericht met aandacht voor sociale factoren en diversiteit.

Foto: Margot Scheerder

ACHTERGROND EN CIJFERS

De term ‘asielzoeker’ wordt gebruikt voor mensen die in Nederland asiel aanvragen. Als de Nederlandse overheid hen als vluchteling erkent en daarom asiel verleent, worden zij statushouder. Ze krijgen dan een (voorlopige) verblijfsvergunning. In 2022 deden 35.535 mensen een eerste asielverzoek in Nederland en volgden er 10.925 nareizende familieleden. Mensen met de Syrische nationaliteit vormen al jaren de grootste groep asielzoekers (36% in 2022). In 2021 werden er 24.705 verblijfsvergunningen voor bepaalde tijd verleend en in 2022 29.635.²⁻⁴

Anders dan alle andere asielzoekers hoeven vluchtelingen uit Oekraïne geen asiel aan te vragen in Ter Apel. Dankzij de Richtlijn Tijdelijke Bescherming van de Europese Unie kunnen ze zich direct bij een gemeente inschrijven voor tijdelijke bescherming. Ze mogen dan ook meteen werken.⁵ Op 25 augustus 2023 waren er in Nederland 97.610 Oekraïense vluchtelingen geregistreerd.⁶

Het [kader] geeft een overzicht van de huidige regelingen voor huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders.

EEN VERTROUWD AANSPREEKPUNT

Niemand verlaat huis en haard zonder belangrijke reden en de meeste asielzoekers en statushouders hebben dan ook ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. De vaak jaren durende periode tussen vertrek uit het thuisland, de vlucht zelf, en de asielprocedure en integratie in een gastland is onzeker en stressvol. Het doorzettings- en aanpassingsvermogen van deze

REGELINGEN VOOR HUISARTSENZORG AAN ASIELZOEKERS EN STATUSHOUDERS

Gedurende het verblijf in een asielzoekerscentrum is Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA) namens het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) verantwoordelijk voor de medische zorg. Zodra statushouders naar een eigen woning verhuizen zijn ze net als iedere andere inwoner van Nederland verplicht om een zorgverzekering af te sluiten en zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk. Voor urgente vragen of als het medisch dossier nog niet is overgedragen, kan 24 uur per dag worden gebeld met de Praktijklijn, het contactcentrum van GZA.⁷

Ook asielzoekers van wie de asielaanvraag is afgewezen en mensen die zonder verblijfspapieren in Nederland verblijven en geen asiel hebben aangevraagd, mogen voor noodzakelijke zorg een huisarts bezoeken. Deze zorg kan achteraf via de Regeling Onverzekerbare Vreemdelingen (OVV) bij de Stichting Centraal Administratie Kantoor (CAK) worden gedeclareerd.⁷ De zorg voor Oekraïense vluchtelingen kan sinds 1 juli 2022 worden gedeclareerd via de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO).⁸

DE KERN

- Huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders is in essentie niet anders dan de zorg voor iedere andere patiënt, namelijk persoonsgericht met aandacht voor sociale factoren en diversiteit.
- Migranten worden onevenredig vaak blootgesteld aan risicofactoren voor een slechte gezondheid en hebben daardoor vaker chronische ziekten en psychische klachten.
- Er bestaan relevante etnische verschillen in ziekte, behandeling en farmacotherapie.
- Het is voor deze groep mensen extra belangrijk dat huisartsenzorg toegankelijk, begrijpelijk en cultuursensitief is.
- Een kennismakingsgesprek met uitleg over de Nederlandse gezondheidszorg kan helpen om een vertrouwensband op te bouwen. Daardoor wordt de zorg effectiever en waardevoller voor u én de patiënt.

mensen is inspirerend en de gesprekken over andere landen en culturen verrijken ons dagelijkse werk. Als huisarts kunnen wij ook voor deze mensen een vertrouwd aanspreekpunt zijn in ons zorgsysteem, dat vaak anders is georganiseerd dan in het land van herkomst.

GEZONDHEIDSPROBLEMEN ONDER MIGRANTEN

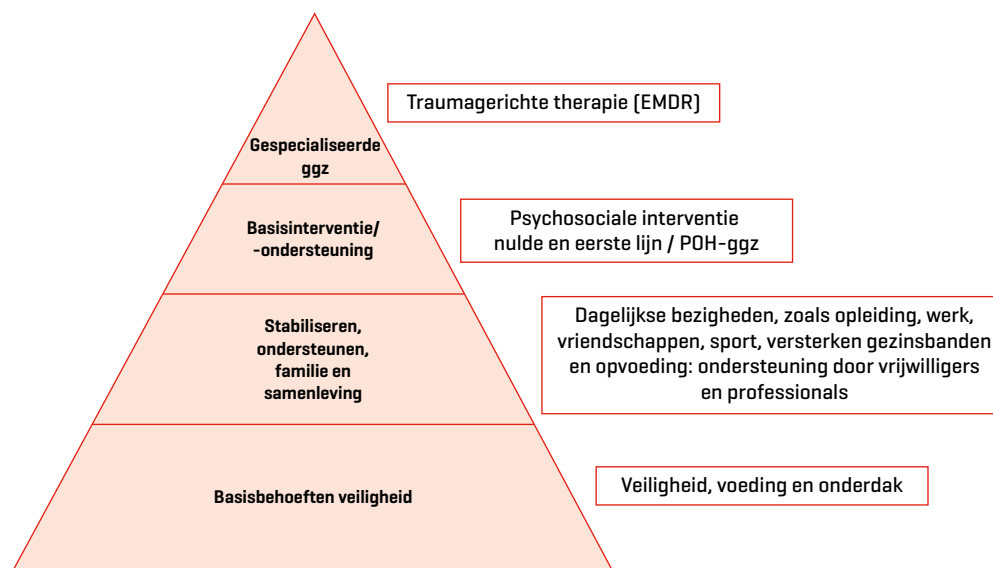
Migranten, in het bijzonder vluchtelingen, worden onevenredig vaak blootgesteld aan risicofactoren voor een slechte gezondheid: gebrek aan sociale steun en maatschappelijke participatie, armoede, discriminatie, taal- en culturele verschillen, en barrières in de toegang tot (passende) zorg. Daardoor hebben ze vaker chronische ziekten en ervaren ze hun gezondheid als slechter dan de autochtone bevolking in een vergelijkbare sociaal-economische situatie en dan mensen van dezelfde leeftijd in het land van herkomst.⁹⁻¹²

In een Europees onderzoek uit 2017 werden de volgende gezondheidsproblemen het meest gerapporteerd onder vluchtelingen die nog onderweg waren: letsels en fysieke beperkingen (onder andere blaren, wonden, verbranding, bevriezing, enkeldistorsie en fracturen), psychische klachten (zoals angst, somberheid en slapeloosheid), zwangerschapsgerelateerde problemen, infecties (bijvoorbeeld luchtweginfecties en scabies), gastro-intestinale problemen, dehydratie en tandheelkundige problemen.¹³

Veel van deze problemen staan minder op de voorgrond als mensen eenmaal een verblijfsvergunning hebben gekregen, maar kunnen ook ver na uitstroom uit het AZC nog tot klachten leiden. Dat geldt ook voor chronische ziekten als hypertensie, diabetes mellitus en astma/COPD, waarvoor de medicatie door de genoemde risicofactoren en verhuizingen naar verschillende asielzoekerscentra vaak suboptimaal is ingesteld.⁹⁻¹²

Figuur

De interventiepyramide



ggz = geestelijke gezondheidszorg, EMDR = Eye Movement Desentization and Reprocessing, POH-ggz = praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg

PSYCHISCHE KLACHTEN

Psychische problemen bij vluchtelingen komen veel voor: de geschatte prevalentie van posttraumatische stressstoornis en depressie is respectievelijk 13-25% en 8-25%. In de meeste gevallen passen de verschillende klachten niet binnen 1 DSM-5-diagnose. Het is dan beter om de belangrijkste symptomen te behandelen, bijvoorbeeld slaapproblemen.¹⁴ Chronische stress door moeilijke sociale omstandigheden is een belangrijkere bron voor psychische klachten dan ingrijpende gebeurtenissen uit het verleden. Tijdens de vaak jaren durende asielpprocedure staat het leven van asielzoekers nagenoeg stil, ook omdat zij niet mogen werken. Dit draagt bij aan het ontstaan en in stand houden van psychische klachten. Daarom is een psychosociale benadering die zich richt op herstel van iemands kracht en maatschappelijke zingeving vaak belangrijker dan medisch handelen.¹⁴⁻¹⁶ Deze psychosociale zorg wordt samengevat in de interventiepyramide [figuur].¹⁷⁻¹⁹ Op de website van het Empowerment-project vindt u meer informatie over het herkennen en begeleiden van vluchtelingen met psychische klachten.^{9,16}

ETNISCHE DIVERSITEIT IN ZIEKTE EN BEHANDELING

Er bestaan relevante etnische verschillen in ziekte, behandeling en farmacotherapie. Zo komen thalassemie en sikkelcelziekte vaker voor bij mensen afkomstig uit respectievelijk Noord- en sub-Sahara-Afrika.²⁰ Infectieziekten, zoals hepatitis B/C, tuberculose, hiv en *Helicobacter pylori*, zien we vaker bij eerstegeneratiemigranten uit Oost-Europa, Afrika en Azië.²⁰ En de incidentie van hart- en vaatziekten is hoger bij mensen afkomstig uit sub-Sahara-Afrika en Zuid-Azië. Daardoor zal

deze specifieke populatie vaker al op jongere leeftijd moeten starten met medicamenteuze behandeling.²⁰

Mensen uit verschillende etnische groepen hebben door genetische variatie in metabolisme hogere of juist lagere doseringen van een bepaald medicijn nodig om hetzelfde effect te krijgen. Zo kunnen bij mensen van Afrikaanse afkomst antidepressiva, antipsychotica, bètablokkers en antiaritmica bijvoorbeeld vaker lager worden gedoseerd.²¹

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Nog meer dan voor andere migranten is voor vluchtelingen vertrouwen in professionals niet vanzelfsprekend. Een kennismakingsgesprek kan erg helpen om vertrouwen op te bouwen én realistische verwachtingen te scheppen over de huisartsenzorg. Een handig format hiervoor is de Persoonsgerichte intake uit de handreiking *Psychosociale problemen bij vluchtelingen en hun kinderen* van Pharos.¹⁶ De vragen geven u een beter beeld van de sociale context, herkomst en geletterdheid van de patiënt. Tijdens dit eerste gesprek is het ook goed om uw beroepsgeheim te benadrukken.

Toegankelijke zorg

Niet als voor iedere andere patiënt uit uw praktijk is het belangrijk dat de zorg voor statushouders toegankelijk, begrijpelijk en cultuursensitief is. Toegankelijkheid begint bij zo veel mogelijk continuïteit van zorgverleners en uitleg over hoe de zorg in uw praktijk georganiseerd is.¹⁵ Probeer op de hoogte te blijven van het plaatsingsbeleid van nieuwe statushouders binnen uw gemeente, zodat de zorg voor deze mensen gelijk kan worden verdeeld onder alle collega's in uw regio.

Eenvoudige communicatie

Communiceer begrijpelijk in de spreekkamer, maar ook op uw website en in de geschreven informatie die u meegeeft. Schakel een professionele tolk in als u denkt dat een taalbarrière een goed begrip bij uw patiënt in de weg staat.^{22,23} Na het afronden van de inburgeringscursus spreken de meeste statushouders Nederlands op taalniveau A2 (basisniveau noodzakelijk voor eenvoudige alledaagse situaties).² Gebruik dus eenvoudige woorden, korte zinnen en plaatjes om zaken uit te leggen. En gebruik bij twijfel over iemands gezondheidsvaardigheden de terugvraagmethode om na te gaan wat iemand van uw uitleg begrepen heeft (bijvoorbeeld: ‘Wij hebben over suikerziekte gesproken. Ik wil graag weten of ik het goed aan u heb uitgelegd. Wat gaat u straks thuis vertellen?’).²²

Cultuursensitieve zorg

De meeste misverstanden op het gebied van interculturele communicatie komen voort uit culturele verschillen in begroting, directheid van communicatie, verwachtingen van de zorg en de rol van de familie.²² Toon bijvoorbeeld eerst interesse in iemands sociale context en vraag niet meteen naar psychische klachten. Leg uw rol van poortwachter uit. En bespreek samen met de familie wie het eerste aanspreekpunt wordt en welke rol deze persoon kan spelen in de begeleiding.²² Er zijn wereldwijd verschillen in verklaringen voor ziekte en gebruik van rituelen, traditionele kruiden en genezers. Toon daarom interesse in iemands opvattingen en wensen, en ga daarover in gesprek.^{9,15}

Onderzoek en doorverwijzing

Doe altijd lichamelijk onderzoek bij lichamelijke klachten en benoem uw bevindingen op een positieve manier (‘Uw longen klinken schoon’). Daarmee laat u zien dat u iemands klachten serieus neemt. Leg de relatie tussen stress en lichamelijke klachten uit en vraag verder naar oorzaken van stress: bijvoorbeeld het wachten tijdens de asielprocedure, financiële problemen en gebrekkige huisvesting. Verwijs door naar relevante partners binnen het sociale domein in uw regio.^{9,15}

CASUS (VERVOLG)

Meneer Bakiri slaapt slecht. Zijn leven heeft in het AZC een paar jaar stilgestaan en hij maakt zich zorgen over zijn achtergebleven familie in Syrië. Zijn 15-jarige zoon is met hem meegekomen. Hij heeft al enkele weken geen anti-epileptica meer ingenomen, omdat het recept niet bij de nieuwe apotheek was aangekomen. U hervat de medicatie en regelt een afspraak bij de neuroloog. Vader en zoon zijn u erg dankbaar voor uw tijd. Mevrouw Bakiri komt binnenkort ook kennismaken.

BESCHOUWING

Zorg aan asielzoekers en statushouders verbreedt onze kijk op de wereld. Als huisarts kunnen wij deze mensen een luisterend oor bieden in een moeilijke periode van hun leven, die wordt gekenmerkt door wachten en gebrek aan zingeving. Statushouders zijn vaak opgelucht om weer verder te kunnen met hun leven en ook daarbij kunt u een belangrijke rol spelen. Psychosociale ondersteuning is hierbij vaak belangrijker dan medische hulp.

CONCLUSIE

Huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders is in essentie niet anders dan voor iedere andere patiënt in uw praktijk, namelijk persoonsgericht met aandacht voor sociale factoren en diversiteit. Als het u lukt om in de eerste ontmoeting te investeren in wederzijds vertrouwen en uitleg te geven over uw rol in het Nederlandse zorgstelsel, hoeft de verdere begeleiding niet meer tijd te kosten dan gemiddeld en kunt u veel onnodige misverstanden voorkomen. ■

LITERATUUR

1. NOS. Artsen zonder Grenzen naar Ter Apel, waar opnieuw 700 mensen buiten sliepen. 2022. Beschikbaar op: <https://nos.nl/collectie/13898/artikel/2441954-artsen-zonder-grenzen-naar-ter-apel-waar-opnieuw-700-mensen-buiten-sliepen>. Geraadpleegd op 31 mei 2023.
2. Vluchtelingenwerk Nederland. Vluchtelingen in getallen 2022. Amsterdam: Vluchtelingenwerk Nederland, 2022.
3. CBS. Hoeveel asielzoekers komen naar Nederland? 2023. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-asielzoekers-komen-naar-nederland>. Geraadpleegd op 4 september 2023.

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

Dekker M, Van den Muijsenbergh METC. Huisartsenzorg aan asielzoekers en statushouders. *Huisarts Wet* 2023;66(12):40-3. DOI:10.1007/s12445-023-2388-3.

M. Dekker, waarnemend huisarts in reguliere huisartspraktijk en asielzoekerscentra regio Noord-Holland, m.dekker.vu@gmail.com
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, emeritus hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Risico op een extra-uteriene graviditeit

Marja-Liisa Hendriks, Noortje van den Boogaard

Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is niet altijd gemakkelijk te herkennen. Buikpijn, soms in combinatie met bloedverlies, in de fertiele levensfase zou aanleiding moeten geven tot verder onderzoek (een zwangerschapstest in urine). Een negatieve zwangerschapstest sluit een EUG uit. Wees extra alert op een EUG bij een jonge zwangerschap in combinatie met risicofactoren voor tubapathologie. De patiënt loopt het risico op een tubaruptuur en hevig intra-abdominaal bloedverlies, waarbij snel hemodynamische instabiliteit kan ontstaan. De gynaecoloog stelt de diagnose met een echo en een serum-hCG-bepaling. Er zijn verschillende behandelmogelijkheden, afhankelijk van de stabiliteit van de patiënt, en de termijn en locatie van de EUG.

CASUS: ZWANGERE VROUW MET BUIKPIJN EN BLOEDVERLIJES

Mevrouw Gerrits, 20 jaar, meldt zich bij haar huisarts met buikpijn en enig bloedverlies bij een ongeplande zwangerschap (G1P0, 6 weken). Ze heeft eerder een chlamydia-infectie doorgemaakt. Haar bloeddruk is 110/70, haar pols 85. Ze heeft een soepele buik met milde drukpijn in haar rechteronderbuik. Na verwijzing laat echografie een leeg cavum uteri en vrij vocht in de buik zien, en blijkt ze een serum-hCG van 9295 mIU/ml te hebben. Bij spoedlaparoscopie wordt een tubectomie verricht vanwege een flink bloedende tuba met 300 ml bloed in de buik.

Zeven op de 1000 geboorten in Nederland betreft een extra-uteriene graviditeit (EUG).¹ Een EUG is soms moeilijk te herkennen. Wel zijn er verschillende risicofactoren die de

Tabel

Risicofactoren voor een EUG

Mogelijk tubapathologie	Indien zwanger
Eerdere EUG	Bij spiraal
PID in voorgeschiedenis	Na sterilisatie
Subfertiliteit	Na fertiliteitsbehandeling
Congenitale afwijkingen tubae	
Tubachirurgie	

kans op een EUG verhogen en waarbij alertheid geboden is [tabel]. Alle factoren die het transport van het embryo naar de uterus vertragen, kunnen het risico verhogen, zoals tubapathologie. Daarnaast is de kans op een EUG groter na een fertiliteitsbehandeling en bij vrouwen die zwanger zijn terwijl ze een (hormoon)spiraal hebben of na sterilisatie. Bij 50% van de EUG's wordt er echter geen aanwijsbare oorzaak gevonden.²

Een EUG kan snel problemen geven en levensbedreigend zijn, maar er zijn ook EUG's (afhankelijk van de locatie en groeisnelheid) die minder acuut levensbedreigend zijn. Dan is er dus meer tijd voordat er mogelijk levensbedreigende complicaties ontstaan. Het grootste gevaar van een EUG schuilt in een tubaruptuur, waarbij de patiënt intra-abdominaal snel veel bloed kan verliezen.

KLACHTEN

Meestal geeft een EUG klachten voor de achtste zwangerschapsweek. Het overgrote deel (95%) van de EUG's is in de tuba gelokaliseerd, waarbij pijnklachten ontstaan bij groei van het embryo.³ Wees alert bij nieuw ontstane, (hevige) buikpijn, eventueel in combinatie met vaginaal bloedverlies in de fertiele levensfase en tijdens de vroege zwangerschap. De klassieke combinatie van buikpijn en vaginaal bloedverlies komt bij 65% van de EUG's voor.⁴

Bij lichamelijk onderzoek heeft de patiënt pijn bij palpatie van de onderbuik, en zijn er soms tekenen van peritoneale prikkeling (zoals druk- of loslaatpijn van de onderbuik en défense musculaire, met positieve likelihood ratio's van respectievelijk 3,7 en 8,0).⁵ Bij een vaginaal toucher kan er sprake zijn van slingerpijn en een gevoelig cavum Douglasi. Overigens heeft een vaginaal toucher een beperkte toegevoegde waarde.⁵ Speculumonderzoek heeft geen toegevoegde waarde.^{2,5}

Klachten die passen bij een levensbedreigende tubaruptuur wijzen op ruim bloedverlies/een bedreigde circulatie, zoals een hoge pols, lage bloeddruk en neiging tot collaberen. Daarnaast kunnen heftige buikpijn/peritoneale prikkeling, schouderpijn (als teken van *referred pain*) en loze aandrang voor defecatie aanwezig zijn. Stuur de vrouw direct met spoed door naar de gynaecoloog wanneer er sprake is van klinische instabiliteit.

ZWANGERSCHAPSTEST

Wanneer u vermoedt dat de patiënt een EUG heeft, dient de patiënt een zwangerschapstest te doen (als deze nog niet is verricht of bij twijfel over de betrouwbaarheid van de afname/anamnese). Een negatieve zwangerschapstest sluit een EUG uit.² In een zeer vroeg stadium van de zwangerschap kan de zwangerschapstest nog negatief zijn, maar het is zeer onwaarschijnlijk dat het bloedverlies of de buikpijn dan al door een EUG wordt veroorzaakt.² Wanneer al bekend was dat de patiënt zwanger is, kunt u nagaan of er al een echo verricht is (mogelijk vanaf 6 weken zwangerschapsduur). Een bewezen intra-uteriene zwangerschap sluit een EUG ook zo goed als uit (een tweede zwangerschap in de tuba naast een intra-uteriene zwangerschap is zeldzaam, namelijk 1 op 15.000 zwangerschappen).²

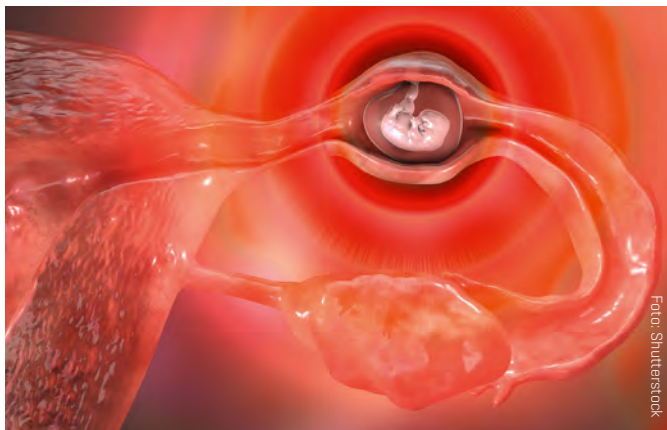
Bij buikpijn en een positieve zwangerschapstest kunt u naast een EUG differentieel diagnostisch denken aan een spontane miskraam, bloedverlies bij een intacte intra-uteriene zwangerschap, PID, torsie van een ovarium, een corpusluteumbloeding, appendicitis en nierstenen.³

VERWIJZING EN BEHANDELING

Verwijs de patiënt bij een vermoeden van een EUG direct naar de gynaecoloog voor diagnostiek via een echo en serum-hCG-bepaling. Snelle diagnostiek verhoogt de kans op een tubasparend beloop.² Wanneer de zwangerschap inderdaad buitenbaarmoederlijk is, hangt de keuze voor de behandeling af van de termijn, de lokalisatie en de klachten. Het kan ook zijn dat de diagnose niet direct duidelijk is: dan spreken we van een zwangerschap op onbekende locatie (ZOL). Zolang de patiënt hemodynamisch stabiel is, wordt de ZOL vervolgd. In de loop van de tijd wordt de locatie van de EUG soms wel duidelijk.

Behandelopties voor een EUG zijn:

1. chirurgisch ingrijpen met tubectomie of tubotomie (waarbij de tuba wordt gespaard);
2. medicamenteuze behandeling met methotrexaat (een cytostaticum, dat DNA-synthese en de vorming van nieuwe cellen remt);



Buikpijn gedurende de prille zwangerschap [met of zonder bloedverlies] moet snel beoordeeld worden om een EUG uit te sluiten.

DE KERN

- Bij recent ontstane buikpijn in de fertiele levensfase dient een zwangerschapstest verricht te worden.
- Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap geeft meestal klachten voor de achtste zwangerschapsweek.
- Buikpijn gedurende de prille zwangerschap [met of zonder vaginaal bloedverlies] dient snel beoordeeld te worden.

3. een afwachtend beleid met vervolgen van hCG-bepaling (waarbij alsnog gekozen kan worden voor behandeling wanneer het hCG blijft stijgen).

De keuze tussen de verschillende behandelingen hangt samen met de stabiliteit van de patiënt, de hCG-waarde en de lokalisatie van de EUG.⁶

EEN VOLGENDE ZWANGERSCHAP

Na een EUG is de fertiliteit afgenomen door schade aan of verlies van de tuba. Deze wordt deels gecompenseerd door mobiliteit van de contralaterale tuba (deze kan ook bevruchtingen van de contralaterale zijde oppakken).² Een volgende zwangerschap heeft een risico van 2-25% op herhaling van een EUG. Wees daarop alert.³

CONCLUSIE

Buikpijn, met of zonder vaginaal bloedverlies, tijdens een prille zwangerschap dient u met urgentie te beoordelen. Overweeg een EUG als oorzaak wanneer vrouwen in de fertiele levensfase (hevige) buikpijn hebben. De kans op een EUG is groter bij risicofactoren voor tubapathologie. Toch komt de helft van de EUG's voor zonder dat er een duidelijke oorzaak wordt gevonden. Intra-abdominaal bloedverlies bij een EUG kan tot een levensbedreigende situatie leiden, waarbij snel handelen geboden is. Wanneer de patiënt hemodynamisch stabiel is, zijn er via de gynaecoloog soms meerdere behandelingen mogelijk. ■

LITERATUUR

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

Hendriks ML, Van den Boogaard NM. Een extra-uteriene graviditeit. *Huisarts Wet* 2023;66[12]:44-5. DOI: 10.1007/s12445-023-2400-y. Zorggroep Almere/REHA, Almere: dr. M.L. Hendriks, kaderhuisarts urogynaecologie, mhendriks@zorggroep-almere.nl. Afdeling Gynaecologie, Flevoziekenhuis, Almere: dr. N.M. van den Boogaard, gynaecoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hypertensief spoedgeval

- Ernstige hypertensie (meestal > 180/110 mmHg) is een uiting van een 'hypertensief spoedgeval'. Aan welke andere voorwaarde moet voldaan zijn?¹
 - De hypertensie moet een aanwijsbare oorzaak hebben (secundaire hypertensie).
 - De hypertensie moet geleid hebben tot orgaanschade.
 - De hypertensie gaat gepaard met veel klachten.
- Van Driel et al. adviseren hoe verder te gaan bij een patiënt die geen klachten heeft, maar wel ernstige hypertensie. Wat is de eerstvolgende stap?¹
 - Inschatten of er afwijkingen zijn in de ABCDE.
 - Bloeddrukbehandeling volgens de NHG-Standaard CVRM.
 - Verwijzen naar de SEH.
- Wat is het beleid bij een patiënt bij wie geen klachten of symptomen worden gevonden passend bij hypertensiegedimeerde orgaanschade, er een ernstige hypertensie > 200/110 mmHg wordt gemeten en bij wie geen afwijkingen in de ABCDE zijn aangetroffen?¹
 - Orale medicatie in de eerstelijns
 - Behandeling in de tweedelijns
- Patiënten met een bloeddruk > 200/110 mmHg worden pas beschouwd als een 'hypertensief spoedgeval' als ze bepaalde klachten hebben. Om welke klachten gaat het?¹
 - Duizeligheid of palpitations
 - Hoofdpijn of wazig zien
 - Tremor of bemoeilijkt lopen
- Bij de heer Smit, 32 jaar, is een 24-uursbloeddrukmeting verricht nadat de bloeddruk op het spreekuur bij herhaling 170/95 mmHg was. Bij



24-uursmeting is de gemiddelde druk 165/90 mmHg; de nachtwaarden zijn even hoog als de dagwaarden. De heer Smit drinkt elke dag 5 koppen koffie. Wat is, behalve zijn leeftijd, een aanwijzing voor secundaire hypertensie?²

- Het koffiegebruik
- Non-dipping 24-uursregistratie
- De spreekuurwaarde van 170/95 mmHg

- Bij onvoldoende reactie op antihypertensiva is het advies om na te gaan of de patiënt de medicatie daadwerkelijk slikt. Welk deel van de patiënten die antihypertensiva gebruiken is therapietrouw?¹
 - 30 tot 50%
 - 50 tot 70%
 - 70 tot 90%
- Hypertensie, hoge alcoholintake en drugsgebruik zijn sterk geassocieerd met intracerebrale bloedingen. Welke factor is nog meer sterk geassocieerd met intracerebrale bloedingen?⁴
 - Cholesterol
 - Diabetes
 - Mannelijk geslacht
 - Roken

- De huisarts heeft op 3 verschillende momenten de bloeddruk (lege artis) gemeten bij de 49-jarige mevrouw Somers. Haar systolische druk is steeds

te hoog. De huisarts vraagt zich af of zij voldoende bloeddrukgegevens heeft om te starten met medicamenteuze behandeling. Wat is juist?²

- De behandelindicatie kan worden vastgesteld op grond van de 3 spreekkamermetingen.
- De behandelindicatie kan worden vastgesteld na nog een praktijkmeting door de assistente of praktijkondersteuner.
- De behandelindicatie wordt vastgesteld na nog een ambulante meting.

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij de Huisartsenopleiding Nederland. De toets is gebaseerd op onderstaande artikelen en websites. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

LITERATUUR

- Van Driel J, Alsmas J. Hypertensief spoedgeval. Huisarts Wet 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2398-1
- NHG-werkgroep CVRM. NHG-Standaard CVRM. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019.
- Van Montfrans G, Deinum J, Hollander M, De Leeuw P. Vroege behandeling hoge bloeddruk voorkomt ernstige schade later. Medisch contact 2016;29 juni.
- NHG-werkgroep Beroerte. NHG-Standaard Beroerte. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2022.

ANTWOORDEN

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

Soepeler samenwerken met de crisisdienst ggz

Joke Smit-Smouter, Aram van Reijssen

Een beoordeling door de crisisdienst ggz is voor alle betrokkenen een enerverend moment. De samenwerking tussen huisartsen en crisisdiensten loopt echter nog niet altijd op rolletjes. De Generieke module Acute psychiatrie biedt een raamwerk voor goede regionale afspraken. Dit artikel geeft een voorbeeld hoe zulke regionale afspraken eruit kunnen zien en onderhouden kunnen worden. Ook laat het zien welke belangrijke rol de regionale huisartsenorganisatie daarin kan spelen.

CASUS: MAN MET PARANOÏDE PSYCHOTISCHE BELEVINGEN

De ouders van een 23-jarige student komen met hem naar de huisartsenpost (HAP) omdat hij paranoïde psychotische belevingen heeft. Hij is hiermee niet bekend bij de huisarts of de ggz. Het probleem speelt al een paar weken, maar de laatste dagen zijn de onrust en dreiging toegenomen. De jongeman gebruikt geen middelen en heeft bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. De huisarts belt om 19:00 uur de crisisdienst ggz.

REGIO A: STROEVE SAMENWERKING

Bij de crisisdienst krijgt de huisarts om 19:00 een telefonist aan de lijn (en dus geen triagist). Deze meldt dat het crisisteam een beoordeling aan het doen is en zal terugbellen. Na 45 minuten belt de crisisdienst inderdaad: ze beloven te komen, maar ze gaan eerst naar een suïcidale patiënt.

Vanaf 20:00 uur loopt de jongeman regelmatig rond op de gangen van de HAP; hij zwaait met zijn armen en praat in zichzelf. De ouders vragen meermalen wanneer de crisisdienst komt. Om 22:45 uur arriveert de crisisdienst en om 23:30 uur gaan de jongeman en zijn ouders naar huis met medicatie en een afspraak voor vervolgzorg. Drie weken later ontvangt de huisarts de brief.

Een huisarts heeft de crisisdienst ggz maar af en toe nodig voor een beoordeling: soms om de paar jaar, soms een paar keer per jaar. Het gaat om situaties waarbij sprake is van acute suïcidaliteit, acute psychose (of ander verward gedrag), of acute verslavingsproblematiek. In sommige regio's loopt de samenwerking met de crisisdienst ggz echter uitgesproken stroef: het duurt lang voordat de huisarts een triagist of behandelaar aan de telefoon krijgt, er is verschil van mening over verwijscriteria, het duurt lang voordat de beoordeling plaatsvindt, het antwoord



van de crisisdienst arriveert pas na een paar weken en tijdens de wachttijd blijft de huisarts het aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten. Met goede afspraken kan de samenwerking echter wel degelijk soepel lopen.

REGIONALE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

De *Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek* adviseert de samenwerking met crisisdiensten-ggz te baseren op een protocol zoals dat uitgewerkt is in de *Generieke module Acute psychiatrie*.^{1,2} De regionale huisartsenorganisatie (RHO) kan zulke samenwerkingsafspraken initiëren en ondersteunen. In de regio Rotterdam overleggen 2 RHO's en de crisisdienst van ggz-instelling Antes sinds 2014 halfjaarlijks over die samenwerkingsafspraken, die ze opstelden conform *Generieke module Acute psychiatrie*. De volgende afspraken zijn gemaakt.³

1. Ggz-behandelaars mogen zelf de crisisdienst bellen, ook als ze nog geen afspraken gemaakt hebben met Antes.
2. De huisarts beoordeelt, zo nodig via de ABCDE-methode, of er somatische problematiek is die eerst moet worden

DE KERN

- In de *Generieke module Acute psychiatrie* is vastgelegd wat goede crisis-ggz is en wat daarbij verwacht wordt van alle betrokken partijen.
- Er zijn grote regionale verschillen in de implementatie van de acuut psychiatrische keten.
- Soepele samenwerking vereist goede regionale afspraken tussen huisartsen en crisisdiensten, met name over de snelheid van afhandeling, de verwijscriteria en de terugrapportage.
- De regionale huisartsenorganisatie kan knelpunten in de samenwerking aankaarten en met de crisisdienst in gesprek gaan.

behandeld.⁴ Een versnelde ademhaling, koorts of een gedaald bewustzijn kunnen een indicatie zijn voor verwijzing naar de SEH.⁵ Lichamelijk onderzoek is geïndiceerd bij een eerste psychose, een vermoeden van intoxicatie, delier, een patiënt > 65 jaar en als de patiënt nog niet bekend is bij de huisarts. Soms kan een telefonische beoordeling volstaan, bijvoorbeeld bij een patiënt die een derde psychose heeft met een betrouwbare anamnese van de naaste: geen intoxicatie, trauma, koorts of ziek-zijn. Het oordeel van de huisarts over de lichamelijke toestand is leidend.

3. De huisarts vraagt de patiënt of diens naasten of er een crisiskaart is waarop de gewenste aanpak beschreven is. Als er geen crisiskaart is, belt de huisarts de crisisdienst.



Illustratie: Anna June

DE GGZ TRIAGEWIJZER

- U1 Levensbedreigend voor persoon of omgeving: ≤ 15 minuten tot start beoordeling
- U2 Spoed: ≤ 1 uur tot start beoordeling
- U3 Dringend: ≤ 4 uur tot start beoordeling
- U4 Preventie van escalatie < 24 uur: ≤ 24 uur tot start beoordeling
- U5 Preventie van escalatie < 3 dagen: ≤ 3 dagen tot start beoordeling

4. Een ggz-behandelaar neemt de telefoon aan en kan binnen 10 minuten besluiten dat de crisisdienst gaat beoordelen.
5. De ggz-behandelaar doet de kindcheck: als er kinderen betrokken zijn, moet hun veiligheid en zorg gewaarborgd worden.⁶
6. De ggz-behandelaar bepaalt de urgentie met de ggz-triagewijzer [**kader**].⁷ Uit de triage komt de te verwachten maximale wachttijd: 1 uur, 4 uur, 24 uur, 3 dagen of reguliere zorg.
7. Het crisisteam beoordeelt de patiënt bij voorkeur thuis met naasten erbij. Als dat niet mogelijk is, kan het op een beoordelingslocatie van de ggz-instelling. Patiënten op de HAP die een wachttijd > 1 uur hebben, krijgen het advies om de beoordeling thuis (met naasten) of op de ggz-beoordelingslocatie af te wachten.
8. Patiënt en naasten krijgen het telefoonnummer van de crisisdienst; de zorg is hiermee overgedragen van de huisarts aan de crisisdienst. Als er tijdens de wachttijd iets verandert, kan de patiënt of een naaste dat melden bij de crisisdienst.
9. De crisisdienst geeft de huisarts na de beoordeling direct telefonisch door wat er is afgesproken; in ANW-tijd geeft de crisisdienst het resultaat door aan de HAP.
10. De patiënt krijgt een kaartje mee met wat er is afgesproken en contactgegevens van de ggz. De patiënt kan dat telefoonnummer bellen als het vervolg niet naar wens verloopt of bij een nieuwe crisis.
11. De huisarts krijgt binnen 7 dagen schriftelijk bericht.

PRAKTIJKERVARINGEN

In de regio Rotterdam werken deze afspraken goed. Alleen de berichtgeving van de crisisdienst aan de huisarts loopt niet altijd volgens plan: de dienst belt in ANW-tijd de HAP niet, brieven arriveren vaak pas na 2-3 weken. Ook bellen kleine ggz-aanbieders nogal eens een huisarts met de vraag of deze de crisisdienst wil bellen. De huisarts kan dan uitleggen dat de ggz-behandelaar zelf met de crisisdienst mag bellen.

De samenwerking tussen crisisdienst en huisarts loopt niet altijd goed: de huisarts voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd of de crisisdienst dringt (terecht of onterecht) aan op

verder lichamelijk onderzoek door de huisarts of het ziekenhuis. De bedoeling is dat de huisarts of de crisisdienst zo'n verschil van mening na afloop meldt bij de opstellers van het stroomschema, zodat beide partijen feedback kunnen krijgen. Bij de casusbespreking blijkt er dan vaak een systeemprobleem te zijn dat aangepakt kan worden.

Voorbeelden van slechte samenwerking zijn: 1) bij tieners die in ggz-crisis raakten, was de afwikkeling tot een jaar of 5 geleden moeizaam, vooral door capaciteitsproblemen in het vervolgbeleid. Inmiddels zijn zulke problemen voor de crisisdienst geen reden meer om de patiënt niet te beoordelen. 2) Bij een 65-plusser met een psychose, een blanco voorgeschiedenis en geen dementie hield de crisisdienst een verzoek om te beoordelen af met de woorden 'Bel de poli geriatrie'. Omdat deze poli geen crisisbeoordelingen doet, ging daarmee veel tijd verloren. Bij de nabespreking gaf de crisisdienst toe dat dit niet goed was gegaan en kwam de onderliggende vraag aan de orde: wie is verantwoordelijk voor de opname na de beoordeling? Is dit de sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg, of de psychiatrie/ggz? Soms worden knelpunten ingediend bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) om tot een oplossing te komen.

Om de afspraken goed te laten werken blijft regelmatig overleg dus nodig. Tweemaal per jaar worden casussen besproken en

INTENSIVE HOME TREATMENT (IHT)/INTENSIEVE BEHANDELING THUIS (IBT)

In veel regio's is, vaak via de crisisdienst, Intensive Home Treatment (IHT) of Intensieve Behandeling Thuis (IBT) beschikbaar. IHT of IBT is een interventie bij een psychiatrische crisis die een opname vervangt. Het IHT-team is een multidisciplinair team met onder andere psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en een psychiater, dat 7 dagen per week beschikbaar is voor huisbezoeken, ook in de avonden. De interventie duurt maximaal 6 weken; daarna is de situatie meestal zodanig gestabiliseerd dat de zorg kan worden overgedragen aan de polikliniek of aan een FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment).

VROEGE INTERVENTIE PSYCHOSE (VIP)

Een VIP-team biedt langdurige multidisciplinaire zorg aan jongvolwassenen met een eerste psychose. De interventie is gericht op behandeling en herstel, en op secundaire preventie. Huisartsen in Rotterdam kunnen bij een beginnende psychose zelf naar het VIP-team verwijzen, maar bij een crisis die voortkomt uit een bestaande psychose loopt de verwijzing via de crisisdienst of het IHT-team.

REGIO B: ZO KAN HET OOK

Bij de crisisdienst in regio B neemt een triagist (dus geen telefonist) om 19:00 uur de telefoon op. De triagist besluit dat de crisisdienst deze jongeman gaat beoordelen, stelt aan de hand van de ggz-triagewijzer de urgentie vast en komt uit op U3 (dringend: < 4 uur). De triagist en de huisarts overleggen waar de jongeman het best kan wachten: bij voorkeur bij de patiënt thuis, met als tweede keus de beoordelingslocatie van de ggz. Omdat het veilig lijkt, samen met de familie, besluit men om thuis te wachten. De huisarts geeft de familie het telefoonnummer van de crisisdienst, die ze zelf mogen bellen als er tijdens het wachten iets verandert wat van belang is. De jongeman en zijn ouders gaan om 19:20 uur naar huis. Om 23:30 uur belt de crisisdienst naar de HAP en geeft door dat de jongeman is beoordeeld en medicatie kreeg. De volgende dag zal worden gestart met Intensive Home Treatment (IHT) en aansluitend Vroege Interventie Psychose (VIP) [kader]. Vijf dagen later ontvangt de huisarts het verslag.

afspraken verbeterd, en elk jaar wordt het vernieuwde stroomschema verzonden naar alle betrokkenen.

DE RHO ALS STOK ACHTER DE DEUR

Als de regionale samenwerking tussen huisartsen en crisisdienst niet soepel loopt, kunnen huisartsen dat aankaarten bij de RHO. Deze kan het hoofd van de crisisdienst vragen om goede afspraken te maken conform de *Generieke module Acute psychiatrie*. Het kan voor crisisdiensten overigens een grote wijziging zijn om de telefoon niet meer te laten opnemen door een telefonist maar door een triagist of behandelaar. Knelpunten in de gevraagde verbetering kan de RHO inbrengen bij het ROAZ Acute ggz. Als verbetering alsnog uitblijft, kan de RHO contact opnemen met de zorgverzekeraar. Immers, de generieke module vermeldt ook de noodzaak dat de crisisdienst ggz goed gefinancierd wordt. ■

LITERATUUR

1. LHV/InEen. Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: InEen/LHV/NHG/PsyHAG, 2022.
2. Akwa GGZ. Generieke module Acute psychiatrie, 2019. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/samenvatting>, geraadpleegd 15 september 2023.
3. Rijnmond Dokters, stroomschema crisisdienst GGZ Antes. <https://rijnmonddokters.nl/download/stroomschema-crisisdienst-ggz-05-2023>, geraadpleegd 15 september 2023.

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

Smit-Smouter J, Van Reijssen A. Soepeler samenwerken met de crisisdienst ggz. *Huisarts Wet* 2023;66(12):49-51. DOI:10.1007/s12445-023-2389-2.
Rijnmond Dokters, GGZ vakgroep, Rotterdam: J.P. Smit-Smouter, huisarts: joke.smit@solconmail.nl. Antes, Crisisdienst, Rotterdam: A. van Reijssen, psychiater/manager zorg.
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Wat kun je doen bij vluchtelingen met traumaklachten?

Jorin van der Jagt-Blokland, Tom Versteeg, Mirrian Hilbink

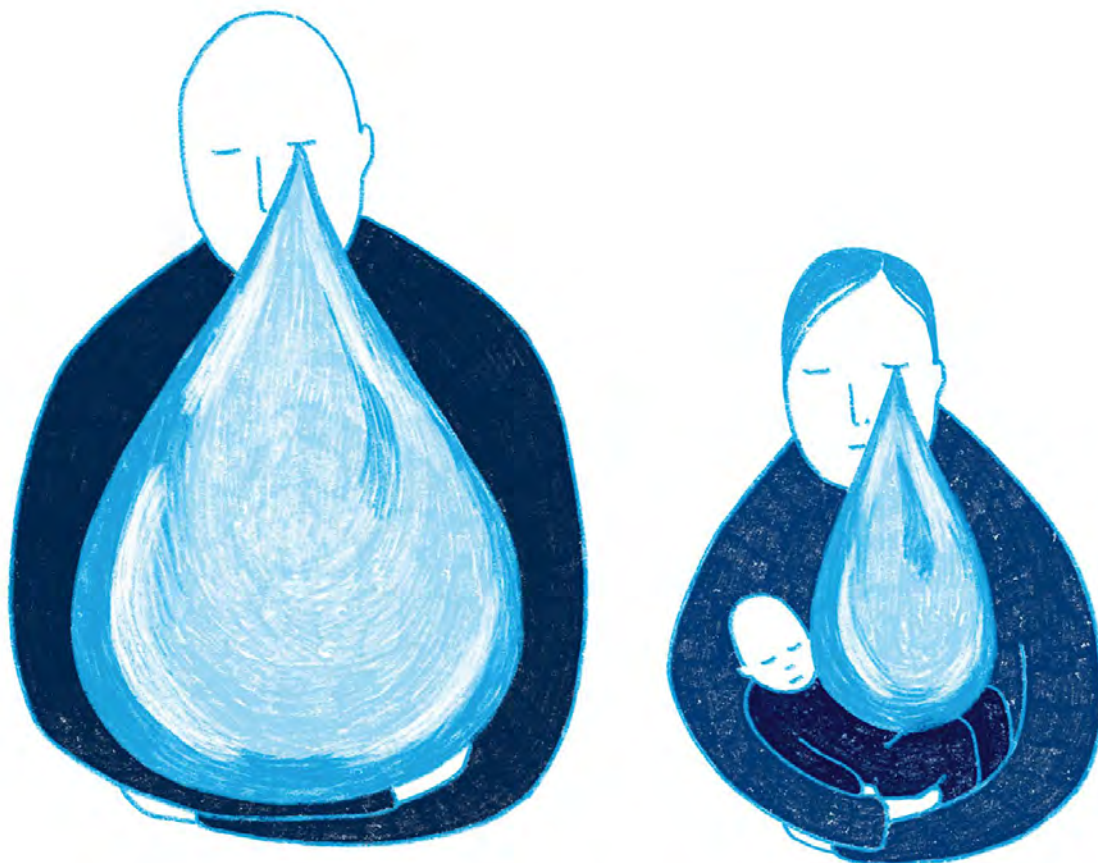
Een traumatische gebeurtenis kan allerlei gevolgen hebben voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Juist bij vluchtelingen, met hun vaak traumatische geschiedenis, verschillende culturele achtergronden en verschillende talen, zijn psychische problemen soms moeilijk te herkennen en aan te pakken. Deze nascholing biedt praktische adviezen voor de huisarts en poh-ggz om PTSS bij vluchtelingen te herkennen en te begeleiden, en zo nodig de wachttijd te overbruggen tot een therapie in de (gespecialiseerde) ggz.

De instroom van vluchtelingen in Nederland is een veel-besproken onderwerp, ook in de zorg. In de spreekkamer krijgen huisartsen te maken met een multiculturele groep bij wie andere thema's een rol spelen dan bij hun gebruikelijke patiënten. Bij vluchtelingen moet men, naast andere (vaak

complexe zorgvragen, alert zijn op traumaklachten. In het bijzonder PTSS kan een sterk negatief effect hebben op de gezondheid van de patiënt en diens naasten. Huisarts en poh-ggz moeten het hoofd bieden aan een drievoudige crisis: een toestroom van vluchtelingen, een hoge prevalentie van PTSS en lange wachttijden in de ggz. Deze nascholing wil praktische handvatten aanreiken om daarmee om te gaan.

DE ONTWIKKELING VAN EEN POSTTRAUMATISCHE STRESS-STOORNIS

Een bedreigende gebeurtenis activeert het stresssysteem, dat het lichaam klaarmaakt voor een reactie op de dreiging. Is de dreiging eenmaal geweken, dan keert het stresssysteem terug naar de ruststand en kan het lichaam herstellen. Soms kan een traumatische gebeurtenis echter niet goed verwerkt worden.



Illustratie: Anna June

Dan blijft het stressstelsel actief, ook als het gevaar verdwenen is. In het brein blijft als het ware een alarmknop ingedrukt staan die aangeeft: er is nog steeds gevaar!

De overactivatie van het stressstelsel heeft allerlei gevolgen, waaronder schrikachtigheid, (hyper)alertheid en prikkelbaarheid.¹⁻³ Mensen kunnen last krijgen van ongewenst opkomen, de herinneringen, nachtmerries en herbelevingen die angst en spanning oproepen.⁴ PTSS gaat bij vluchtelingen vaak samen met depressie, psychotische kenmerken of vormen van dissociatie.⁵

Of iemand traumatische gebeurtenissen kan verwerken of daarin vastloopt, hangt af van allerlei factoren, zoals de ernst, hoeveelheid en duur van de gebeurtenissen, en de sociale steun erna.^{2,3} Ook gevoelens van machteloosheid, verlies en rouw hebben vaak grote invloed op de latere ontwikkeling van klachten.^{6,7} Veel vluchtelingen hebben grote verliezen geleden en velen ervaren voortdurend machteloosheid. Niet alleen over de situatie in hun land van herkomst maar ook over hun leven in Nederland. In diverse onderzoeken is gebleken dat postmigratieproblematiek (onzekerheid over de toekomst, zorg om de achtergeblevenen, verblijf in een asielzoekerscentrum, gebrek aan sociale steun, moeite met integreren) meer bijdraagt aan de mentale en lichamelijke klachten van vluchtelingen dan de ervaringen in het land van herkomst.⁸⁻¹⁰

PSYCHIATRISCH ONDERZOEK

Vluchtelingen melden vaak niet spontaan dat ze PTSS hebben, dus het is belangrijk om actief naar zulke symptomen te vragen. De Protect-vragenlijst is een gevalideerde manier om bij vluchtelingen gericht te informeren naar psychische symptomen.¹¹ De lijst bevat 10 vragen zoals: 'Word je snel boos?', 'Denk je vaak terug aan pijnlijke ervaringen uit het verleden?' of 'Val je vaak moeilijk in slaap?' De antwoorden geven een indicatie over de aanwezigheid en ernst van psychische klachten, en daarop kan vervolgens hulp ingezet worden. Het is belangrijk alert te zijn op specifieke signalen bij vluchtelingjongeren.¹²

CULTUURSENSITIEF WERKEN

Naast actief informeren is ook cultuursensitief werken van belang, want cultuur en levensbeschouwing beïnvloeden de ziekteopvattingen en het hulpzoekgedrag. Cultuursensitief werken impliceert dat de zorgprofessional enige kennis heeft van andere culturen en levensbeschouwingen dan die waarmee hij of zij zelf is opgegroeid. Zeker zo belangrijk is het dat de zorgprofessional de patiënt met een zo open mogelijke blik en gemoed tegemoet treedt. Die open houding is de kern van cultuursensitief werken en is van groot belang voor een goede communicatie en werkrelatie met de patiënt, 2 kernwaarden van de huisartsenzorg.

Veel vluchtelingen komen uit collectivistische culturen waarin familie en 'samen' erg belangrijk zijn, terwijl wij in onze individualistische cultuur juist waarde hechten aan autonomie. Dit is een complicerende factor in het bieden van zorg aan vluch-

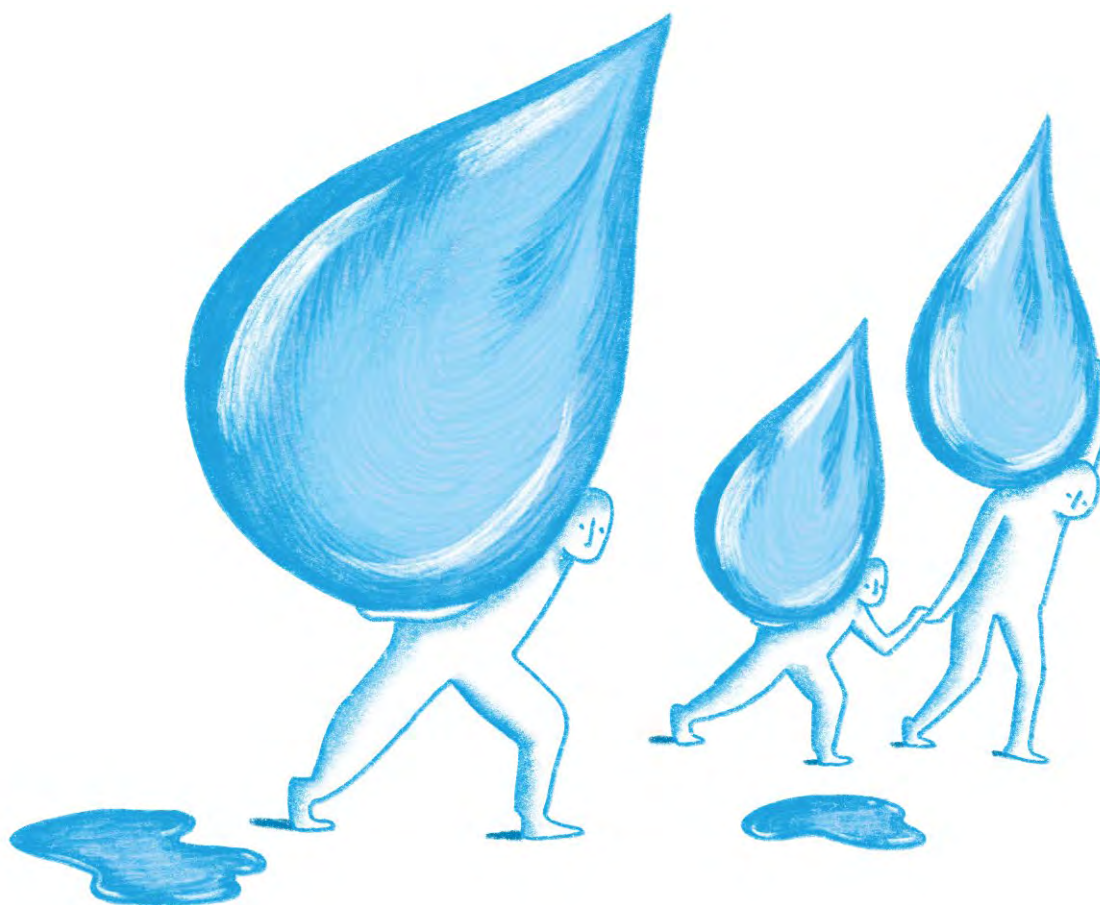
DE KERN

- Bij vluchtelingen zijn psychische problemen soms moeilijk te herkennen.
- Cultuursensitief werken berust op een open houding: vraag de patiënt naar diens eigen visie en gebruik daarbij vragenlijsten en hulpmaterialen die online in vele talen beschikbaar zijn.
- Bij vluchtelingen met PTSS-klachten kunnen psycho-educatie, sociale steun en oefeningen die veerkracht versterken en stress verminderen de wachttijd tot psychotherapie helpen overbruggen.
- Farmacotherapie is bij de meeste patiënten niet noodzakelijk, maar kan ingezet worden bij bijvoorbeeld slaapproblemen of wanneer psychotherapie niet beschikbaar is.

telingen. In Nederland is het stelsel ingericht op afgebakende taken: voor medische problemen ga je naar de huisarts, voor psychische problemen naar de ggz, voor financiën naar de bank enzovoort. In collectivistische culturen zijn mensen niet gewend om op deze manier te denken en is de werkwijze vaak: 'Ik ken nog wel iemand die je even kan helpen met...'. Het is belangrijk na te gaan welke verwachtingen de vluchteling in de spreekkamer heeft, en interesse te tonen in diens eigen visie op het ontstaan van de klachten en de behandeling ervan. Je kunt bijvoorbeeld vragen: 'Hoe zou u hier in uw eigen land mee zijn omgegaan?' Er zijn instrumenten ontwikkeld die kunnen helpen bij dit gesprek, waaronder het Culturele Interview met verschillende versies voor specifieke groepen (een verkorte versie voor de poh-ggz is te vinden in de kennisbank van Pharos).¹³ Er is ook een persoonsgerichte intake ontwikkeld die als leidraad gebruikt kan worden om het levensverhaal van de patiënt op te tekenen en hem te informeren over de gang van zaken in de Nederlandse gezondheidszorg.¹⁴

Een andere complicerende factor is dat er in veel landen een taboe ligt op psychische problematiek. Mensen zijn niet altijd gewend om over hun gevoelens en emoties te praten, en psychische problemen worden vaak als zwakte gezien. Lichamelijke klachten zijn acceptabeler en worden dus ook vaker gepresenteerd. In diverse onderzoeken is een hoge prevalentie van lichamelijke klachten gevonden bij vluchtelingen in Nederland.¹⁵ Om eventuele psychische klachten te kunnen herkennen is het dus extra belangrijk om dóór te vragen en ze bespreekbaar te maken: 'Sinds wanneer hebt u last van deze klachten?' of: 'Waarom overkomt u dit, denkt u? Wat ziet u als oorzaak?'¹⁶

Gebrekkige taalbeheersing is een andere belemmering voor passende zorg. Vergeet niet om na te gaan of de patiënt kan lezen en schrijven (laaggeletterdheid/analfabetisme uitvragen). Professionele tolken, visuele hulpmiddelen of vertaalde folders en filmpjes kunnen helpen. Op de kennisbank van Pharos zijn folders en filmpjes in diverse talen te vinden.



Illustratie Anna June

HANDVATTEN VOOR BEGELEIDING

De wachttijd tussen aanmelding bij de (gespecialiseerde) ggz en de start van een traumabehandeling is tegenwoordig ruim een half jaar. Om die periode te overbruggen kunnen de huisarts en de poh-ggz actief interventies inzetten zoals psycho-educatie, Problem Solving Treatment (PST), motiverende gespreksvoering, mindfulness of het bespreken van en leren omgaan met stress. Als de poh-ggz daartoe bekwaam is, kan deze een behandeling toepassen die geïndiceerd is bij ongecompliceerde PTSS of andere 'aan trauma gerelateerde' angststoornissen, bijvoorbeeld Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Patiënten hebben vaak het gevoel dat het aan henzelf ligt dat zij nog last hebben van de traumatische gebeurtenis. Het is belangrijk die reacties te normaliseren, bijvoorbeeld door te zeggen dat het een normale reactie is dat iemand last heeft van nachtmerries en dat dat geen teken van zwakte is. Stimuleer daarnaast een normaal ritme met eten, slapen en activatie. Besteed aandacht aan zelfzorg. Houd in het spreken rekening met verminderde concentratie en begrip en gebruik korte, duidelijke zinnen. Sociale steun is erg belangrijk, kijk dus of de inzet van een vrijwilliger of vluchtelingenwerk de huisartsenpraktijk zou kunnen ontlasten. Probeer bij dit alles niet de zorg van de patiënt over te nemen, maar laat deze zelf zoveel mogelijk de regie houden. Het gaat erom het gevoel van machteloosheid te doorbreken dat veel patiënten ervaren.

Er zijn ook praktische oefeningen die stress helpen verminderen, zoals ademhalingsoefeningen, bewegen, wandelen, sporten en het opschrijven (of uitspreken in gebed) van gedachten en zorgen. Een oefening die de veerkracht versterkt, is de dankbaarheidsoefening. Deze vraagt de patiënt elke dag 3 dingen op te schrijven waar deze dankbaar voor is en richt zo de aandacht op de positieve kant van het leven. Een positieve herinnering kan versterkt worden door de patiënt te vragen een mooie herinnering in detail te beschrijven en zich deze zo levendig mogelijk voor te stellen. Ook de opdracht om iets goeds te doen voor zichzelf of voor iemand anders vergroot het gevoel van eigenwaarde en betekenis.¹⁷⁻¹⁹

DE ROL VAN MEDICATIE BIJ PTSS

Het lukt niet bij iedereen om de situatie draaglijk te houden met niet-medicamenteuze interventies. Farmacotherapie kan een ondersteunende rol spelen, al zal dat bij de meeste patiënten niet noodzakelijk zijn. De NHG-Standaard Angst raadt farmacotherapie in de eerste lijn niet specifiek aan, maar adviseert bij PTSS vooral te verwijzen voor psychotherapie.²⁰ Medicatie kan wel toegevoegde waarde hebben bij bijkomende slaapproblemen of wanneer angst of somberheid zo op de voorgrond staan dat ze psychotherapie in de weg staan. Als farmacotherapie toch geïndiceerd is, wordt deze bij voorkeur gestart in de tweede lijn, maar bij een hoge lijdensdruk kan de huisarts soms toch psychofarmaca inzetten om de wachttijd te overbruggen.

Behandeling van kernsymptomen

Kernsymptomen van PTSS zijn intrusieve herinneringen (herbelevingen), vermijdingsgedrag, veranderingen in cognitie en stemming, en een staat van verhoogde of juist verlaagde prikkeling (*arousal*). Traumafocale psychotherapie is de behandeling van eerste keuze. Als farmacotherapie geïndiceerd is, is een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) het middel van eerste keuze, omdat SSRI's de best aangetoonde effectiviteit hebben.²¹ Dat effect is weliswaar slechts beperkt, maar er is enig bewijs dat SSRI's naast de stemmingscomponent ook de andere kernsymptomen van PTSS beïnvloeden. Niet alle SSRI's zijn onderzocht in de behandeling van PTSS en vergelijkend onderzoek is er ook niet, maar op basis van klinische ervaring worden alle SSRI's als gelijkwaardig beschouwd.²²

Medicatie bij slaapproblemen

Slaapstoornissen, in de vorm van nachtmerries of moeilijk inslapen door verhoogde *arousal*, komen geregeld voor bij PTSS. Als de slaapproblemen zo op de voorgrond staan dat ze traumafocale therapie in de weg staan, of wanneer de wachttijd voor psychotherapie onacceptabel lang wordt, kan slaapmedicatie een bijdrage leveren.

In het bijzonder bij patiënten met PTSS moet men terughoudend zijn in het gebruik van benzodiazepinen. Omdat een adequate psychotherapeutisch behandeling van PTSS tijd kost, ligt benzodiazepine-afhankelijkheid op de loer. Bovendien is bekend dat het dempende effect van benzodiazepinen de effectiviteit van de psychotherapie vermindert en er is zelfs bewijs dat het gebruik van benzodiazepinen direct na een traumatische gebeurtenis de kans op het later ontwikkelen van PTSS vergroot.^{23,24}

De ervaringen met een lage dosering mirtazapine of trazodon voor de nacht ter behandeling van slaapproblematiek bij PTSS zijn goed, al is het gebruik offlabel en het wetenschappelijke bewijs ervoor zwak.²⁵⁻²⁷ Deze interventies interfereren niet met psychotherapie en verslaving wordt niet gerapporteerd. Het effect van mirtazapine op de slaap ontstaat door de sufheid die vaak als bijwerking voor dit antidepressivum wordt gerapporteerd. Omdat bij PTSS geen antidepressief effect wordt nagestreefd, heeft ophogen van de dosering bij onvoldoende effect

op de slaap minder zin. Er is enig bewijs dat mirtazapine, net als SSRI's, ook enig effect kan hebben op de kernsymptomen van PTSS.²¹

CONCLUSIE

Een traumatische gebeurtenis kan allerlei gevolgen hebben voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Juist bij vluchtelingen, met hun vaak traumatische geschiedenis, andere culturele achtergrond en taalverschillen, zijn psychische problemen soms moeilijk te herkennen en aan te pakken. Deze nascholing biedt praktische adviezen voor de huisarts en poh-ggz om PTSS bij vluchtelingen te herkennen, begeleiden en behandelen, en zo nodig de wachttijd tot een therapie in de (gespecialiseerde) ggz te overbruggen.

Bij vluchtelingen spelen – naast culturele verschillen en taalbarrières – vaak ook gevoelens van machteloosheid, verlies en rouw. Deze mix van factoren kan een complicerende factor zijn in het herstel. Voorafgaand aan eventuele traumabehandeling kunnen huisarts en poh-ggz een belangrijke brugfunctie vervullen om stress te verminderen en veerkracht te herstellen. ■

LITERATUUR

1. Gray JA, McNaughton N. The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system. New York: Oxford University Press, 2000.
2. Kolk B. Body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma. London: Penguin, 2015.
3. Vermetten E, Kleber R, Van der Hart O. Handboek posttraumatische stressstoornissen. Utrecht: Boom, 2020.

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

Van der Jagt-Blokland J, Versteeg T, Hilbink M. Wat kun je doen bij vluchtelingen met traumaklachten? Huisarts Wet 2023;66(12):52-5. DOI:10.1007/s12445-023-2402-9.
Reinier van Arkel, Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, 's-Hertogenbosch; J. van der Jagt-Blokland, gz-psycholoog; jinin.blokland@reiniervanarkel.nl; dr. M. Hilbink, senior onderzoeker en klinisch epidemioloog B. Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam; T. Versteeg, huisarts in opleiding.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Antwoord ‘Een uitbraak van jeukende huidafwijkingen in een azc’

In alle 4 de gevallen wordt een *Corynebacterium diphtheriae* gekweekt uit de wonden op de onderbenen, wat wijst op cutane difterie. Difterie kan zich uiten als respiratoire difterie (neus-, keel- of larynxdifterie) of als cutane difterie.¹ Deze laatste variant ontstaat na binnendringen door beschadigde huid, waarbij er typische laesies ontstaan in de vorm van ronde, diep uitgeponste ulcera (van 0,5 tot enkele centimeters groot) bedekt met een grijsgeel tot grijsbruin membraan.¹ Bij elke membraneuze purulente huidafwijking moet difterie in de differentiële diagnose worden opgenomen als mensen (mogelijk) onvolledig gevaccineerd zijn, onlangs zijn teruggekeerd uit landen waar onvolledig gevaccineerd wordt en/of als ze immuuncompromiteerd zijn. Cutane difterie kan echter ook voorkomen bij volledig gevaccineerden.¹ Difterie heeft een incubatietijd van 1 tot 7 dagen.²

Bij cutane difterie is zowel een wondkweek als een nasofarynxkweek nodig om dragerschap in de keel uit te sluiten.² Neem het materiaal af met een e-swab of droge wattenstok en bewaar het kweekmateriaal in de koelkast (bij 2-8 °C). Breng de kweekstok zo snel mogelijk naar een laboratorium. Bij een positieve kweek wordt gekeken of er sprake is van een toxineproducerende stam. De patiënt dient in druppelisolatie te verblijven totdat keeldragerschap is uitgesloten óf tot 48 uur na de start van de antimicrobiële therapie.³⁻⁵ Zonder keeldragerschap kan de patiënt met cutane difterie ambulante met antibiotica (claritromycine of erythromycine) in contactisolatie worden behandeld.² Bij een niet-toxigene stam zijn er geen maatregelen nodig, behalve afdekken van de wond in geval van cutane difterie (met het oog op de hygiëne).

Volgens de Wet Publieke Gezondheid is difterie een meldingsplichtige ziekte groep B1.⁶ Dat betekent dat de behandelend arts en het hoofd van het laboratorium de diagnose na bevestiging binnen 24 uur aan de GGD dienen te melden, of bij voorkeur eerder bij een sterk vermoeden. Bij een bevestigde diagnose moeten de contacten in kaart worden gebracht.² Niet of onvolledig gevaccineerde contacten en degenen van wie de vaccinatiestatus onduidelijk is, krijgen vaccinatie met DTP aangeboden (kinderen tot en met 5 jaar DKTP). Bij cutane difterie krijgen de wondcontacten profylactisch antibiotica (erythromycine).²

Bij scabiës heeft de patiënt ook jeuk en cutane afwijkingen. Hierbij bestaan de afwijkingen in het begin van de ziekte echter uit papels en vesikels, vooral interdigitaal en bij de polsen en voeten. Later kunnen er smalle, gekronkelde, iets verheven

bruine laesies zichtbaar zijn als resultaat van de gangetjes die de scabiësmijt graaft. Dermoscopisch is vaak het deltateken te zien (een driehoek aan het einde van het gangetje, wat wijst op de aanwezigheid van de mijt).⁷ Daarnaast ontstaan er genitaal vaak kenmerkende huidkleurige papels en noduli. Scabiës is overdraagbaar door langdurig direct huid-op-huidcontact (> 15 minuten), seksueel contact of via onder andere lakens, beddengoed en gordijnen waarin de mijt zich gevestigd heeft.⁸ Bij twijfel over de diagnose kunt u de patiënt voor diagnostiek naar de dermatoloog verwijzen.

Patiënten met cutane tuberculose vertonen een scala aan huidafwijkingen, zoals papels, ulcera, noduli, pustels of verrucieuze plaques.⁹ Deze afwijkingen laten een histopathologisch beeld van granulomateuze ontstekingen zien.

Bij cutane leishmaniasis is sprake van een niet-pijnlijke papel of nodule, waarna centrale verweking optreedt en vervolgens een ulcus ontstaat.¹⁰ Het ulcus is echter rood granulerend en ovaal van vorm, met een oriëntatie in de richting van de huidlijnen en soms een opgeworpen rand. Deze aandoening is via een kweekbiopt of een PCR vast te stellen, dan wel uit te sluiten.

Conclusie: denk aan cutane difterie bij niet-genezende atypische wonden, vooral bij patiëntengroepen met een lage vaccinatiegraad.

Met dank aan Jaap Schierbeek en Wim van Alsem van het team infectieziektebestrijding GGD NOG. ■

LITERATUUR

1. Tahiri K, Van 't Veen A, Van Rijckevorsel G, Reubsat F, Notermans DW, Van Kessel RW et al. Dilemma's rond een bijzonder geval van huiddifterie. 2019. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/weblog/dilemmas-rond-bijzonder-geval-van-huiddifterie-ib-02-2019>. Geraadpleegd op 1 augustus 2023.
2. RIVM. LCI-richtlijn Difterie. 2013. Beschikbaar via: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/difterie>. Geraadpleegd op 1 augustus 2023.
3. RIVM. WIP-richtlijn Druppelisolatie [ZKH]. 2011. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/wip-richtlijn-druppelisolatie-zkh>. Geraadpleegd op 10 oktober 2023.

De volledige literatuurlijst staat bij deze Uw diagnose op www.henw.org.

Crisis is tijd voor verandering

Soms moet een ongewenste situatie eerst escaleren voordat er een broodnodige verandering kan worden gerealiseerd. De oude Chinese filosoof Confucius zei al: ‘Ga langs de rivier zitten en wacht tot het lijk voorbij komt drijven.’

Mevrouw Van Gelderen is nu 92 jaar. Nooit getrouwd, geen kinderen. Iedereen om haar heen is overleden, of afgehaakt vanwege haar “sterke karakter”. Door haar verslechterde mobiliteit is de steile trap naar haar kleine appartementje een levensgevaarlijke dagelijkse onderneming geworden. Door verminderd zicht en tanende organisatievermogens is het huis vervuild, stapelt de ongeopende post zich op en laat de zelfzorg te wensen over. Twee neven en hun partners zijn de enigen die nog contact met haar hebben. Al jaren dringen zij aan op verhuizing. Op z'n minst naar een appartement zonder trappen, maar het liefst naar een plek met zorg nabij. Adviezen worden afgewimpeld. ‘Het gaat toch prima zo!’ Huishoudelijke hulp? ‘Ik zie helemaal geen muizen.’ En: ‘Ik ga nog liever dood dan dat ik hier weg moet.’ De neven bellen de huisarts: ‘Zo kan het toch niet langer!?’ en ‘Moet ze eerst van de trap vallen voordat u actie onderneemt?’ Maar de huisarts kan ook niet veel doen, behalve zijn gemeente zorg uitspreken. Ondanks het inzetten van een casemanager en een bezoek van de specialist ouderengeneeskunde, wordt de situatie er niet beter op. Mevrouw Van Gelderen is nog wilsbekwaam en luistert alleen naar zichzelf. Harder duwen leidt slechts tot meer weerstand. Er rest niets anders dan het met lede ogen aanzien en langs de rivier zitten, wachten tot het moment daar is dat er ingegrepen kan worden. Als zij op een slechte dag niet meer op haar benen kan staan, begint de crisis. De thuiszorg schaalst op naar 4 zorgmomenten per dag. De neven en ook de huisarts zitten al snel aan hun zorgplafond. Een crisisbed wordt gevonden en de brandweer komt eraan te pas om mevrouw Van Gelderen uit haar geliefde appartement te halen. Ze zal er niet meer terugkeren.

Hoe vaak komt het niet voor dat ouderen bij verslechtering van hun gezondheid zelf geen tijdige maatregelen nemen? Natuurlijk wil je het liefst samen met de patiënt de zorg verantwoord regelen. Het ijzer smeden als het koud is. Proactieve zorgplanning. De werkelijkheid blijkt weerbarstiger dan de theorie. Dan wil of kan de patiënt de eigen kwetsbaarheid niet onder ogen zien. Vertrouw er dan op dat een escalatie zal volgen die de onwenselijke situatie zal doorbreken. Crisis is de tijd voor verandering. Niet ideaal, wél een doorbraak. En wees niet verbaasd als patiënt na 6 weken opname in het verpleeghuis zegt: ‘Ach, het bevalt hier best goed, dat had ik eerder moeten doen.’

David Bentz van den Berg, huisarts n.p.



‘Als zij op een slechte dag niet meer op haar benen kan staan, begint de crisis’

Nieuw onderzoek naar het voorkomen van crisissituaties bij thuiswonende demente ouderen

Marike Schokker, Dika Luijendijk

Crisissituaties komen vaak voor bij thuiswonende ouderen met dementie. Preventie en adequaat management van deze situaties kan bijdragen aan een hogere kwaliteit van leven en kan het risico op een ongeplande opname in het ziekenhuis of verpleeghuis verlagen. Het voorspellen, voorkomen en managen van crisissituaties wordt onderzocht binnen het landelijk samenwerkingsverband Sustainable and Personalised Advances in Dementia care (SPREAD+).

Zowel mensen met dementie als hun mantelzorgers kunnen een crisissituatie meemaken waardoor acute zorg of hulp nodig is. Een crisis kan ontstaan door fysieke en psychosociale factoren, bijvoorbeeld een delier of plotseling wegvallen van een mantelzorger.¹ Kleine crises zoals vallen of probleemgedrag kunnen een voorbode zijn van een grotere crisis.^{2,3} Het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het UMCG (UNO-UMCG) onderzoekt het perspectief van de mantelzorger en hulpverlener ten aanzien van oorzaken van crises bij thuiswonende ouderen. Eerder onderzoek bracht crisissituaties in kaart van 9 ouderen met een daaropvolgende ongeplande opname. Directe aanleiding voor de crisissituatie bleek vaak een achteruitgang in lichamelijke of cognitieve gezondheid. Ook bleek dat mantelzorgers door gevoelens van trouw en verplichting jegens ouderen zorg bleven verlenen, maar dat zij zich vaak overweldigd voelden.⁴ Zorgprofessionals rapporteerden problemen met continuïteit van zorg, beperkte middelen en weinig haalbare oplossingen.

EERDER HERKENNEN CRISES

Vervolgonderzoek met de universiteiten van Nijmegen en Amsterdam richt zich op het eerder herkennen van crises, om vervolgens interventies te ontwikkelen die dergelijke crises helpen te voorkomen. We starten met een literatuuronderzoek en retrospectief onderzoek. Vervolgens brengen we wensen en behoeftes in kaart rondom het herkennen van en omgaan met crisissituaties door betrokkenen te interviewen (patiënten, mantelzorgers, huisartsen, casemanagers). De resultaten gebruiken we als input voor de interventie, zoals een tool waarmee de zorgprofessional het risico op een crisissituatie in kan schatten. Daarnaast onderzoeken we hoe een delier tijdens spoedcontacten via de huisartsenpost beter herkend kan worden. Eerst gaan we na hoe vaak een delier momenteel herkend wordt en wat de risicofactoren zijn. Daarna ontwikkelen we een interventie waarmee een delier eerder en vaker opgespoord kan worden. De resultaten verwachten we in het voorjaar van 2027.



Illustratie: Wendy Westenhof

Een doel van het SPREAD+-onderzoek is het ontwikkelen van een interventie waarmee een delier eerder opgespoord kan worden.

LITERATUUR

1. Hopkinson J, King A, Young L, et al. What happens before, during and after crisis for someone with dementia living at home: A systematic review. *Dementia* 2021;20:570-612.
2. Backhouse T, Camino J, Mioshi E. What do we know about behavioral crises in dementia? A systematic review. *J Alzheimers Dis* 2018;62:99-113.
3. Litjens MJ, Perry M, Hendriks S, Olde Rikkert MGM. Crisisopname bij dementie dient zich vaak al eerder aan. *Medisch Contact* 2021;01/02:20-2.
4. Janus, S., Tuinman, A., Ten Hoeve, Y., et al. Their voices heard: The views of informal caregivers and healthcare professionals dealing with a crisis situation regarding an older person living in the community. (to be submitted)

Schokker M, Luijendijk D. Nieuw onderzoek naar het voorkomen van crisissituaties bij thuiswonende demente ouderen. *Huisarts Wet* 2023;66[12]:60. DOI:10.1007/s12445-023-2394-5.

UNO-UMCG, Groningen: M. Schokker, senior onderzoeker, m.c.schokker@umcg.nl. UMCG, Groningen, Geriatrie & Gerontologie: dr. H.J. Luijendijk, senior onderzoeker.

Belangenverstrengeling: niets gemeld.

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

CRISIS!

De Graaf B | Crisis! | Uitgeverij Prometheus | Prijs € 49,90 | 978 90 446 5165 2



Beatrice de Graaf geeft een prikkelend beeld van crisissituaties in de afgelopen eeuwen, inclusief de rol van de overheid: met het complexer worden van de rampbestrijding namen ook de verwachtingen, kritiek en achterdocht van de burgers toe. Haar essay helpt zorgverleners inzicht te krijgen in deze dynamiek.

Beatrice de Graaf, historicus en hoogleraar Geesteswetenschappen, schetst in een prettig leesbaar en

beknopt essay de nog jonge geschiedenis van de Nederlandse crisisbeheersing. Na vaststelling dat rampen van alle tijden zijn, beschrijft De Graaf hoe de staat zich in de negentiende eeuw in toenemende mate geroepen voelde te zorgen voor haar inwoners tijdens en na onfortuinlijke gebeurtenissen. In de eeuwen daarvoor zorgden mensen zelf, ondersteund

door religieuze ordes en filantropische instellingen, voor getroffen en hun nabestaanden. Stapsgewijs ontstond – veelal aan de hand van de rampen en crises die zich voordeden – een door de staat aangevoerd crisisbeheersingssysteem. Het is verhelderend en ook ontvullend om te lezen hoe we door de decennia heen zijn aangekomen in ‘de risicosamenleving’, waarbij ontelbare professionals zich dagelijks inzetten voor de ‘all-hazard approach’, vanuit de hoop groot leed te voorkomen, dan wel te beperken. Met de groeiende verwachtingen van de staat en haar uitvoerende diensten, neemt ook het wantrouwen jegens de overheid toe, nadat meerdere gebeurtenissen de beperkingen en neveneffecten van het ingrijpen door de overheid laten zien.

‘Tegelijkertijd hebben mensen wel het gevoel nodig dat de pijn en de lasten eerlijk en rechtvaardig worden verdeeld: over de regio’s, over de generaties, en over de sociale, economische en culturele scheidslijnen heen. De maatregelen moeten “kloppen” en de ongelijkheden niet verder vergroten. Alleen dan houden burgers het vol, en houden ze elkaar ook vast. Laat dat laatste nu precies het geheim van een veerkrachtige samenleving zijn die crises aankan.’

Het essay is een must-read voor elke zorgverlener die zich afvraagt op welke crises we ons willen voorbereiden en wat daarbij de rol kan zijn van overheden, hulpdiensten en zorgzame gemeenschappen. ■

WAARDERING: ●●●●●

Marleen Kraaij-Dirkzwager



Luister naar de stem van de huisarts-geneeskunde | H&W podcast





WAT BETEKENEN KLIMAATVERANDERING EN EXTREEM WEER VOOR DE ZORGVERLENER?

Vina Wijkhuijs en Menno van Duin (redactie) | Lessen uit crises en mini-crisis – Klimaatverandering en extreem weer | Den Haag: Boombestuurkunde, 2023 | 270 pagina's | prijs € 34,90 | ISBN 978-94-6236-696-1



De urgentie van klimaatverandering wordt met het jaar voelbaarder, groter en veelomvatter. Alle sectoren in onze maatschappij moeten zich voorbereiden op de gevolgen van klimaatverandering, ook de zorg. Dit boek maakt aan de hand van 14 gebeurtenissen inzichtelijk welke uitdagingen de zorg (mogelijk) te wachten staan. Daarmee biedt het een startpunt voor gesprekken over de bijdrage die de zorgsector kan

leveren om de gevolgen van extreem weer het hoofd te bieden.

In de jaarlijkse serie 'Lessen van crises en minicrisis' hebben Menno van Duin (socioloog en lector crisisbeheersing bij 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.

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. Lianne Stolwijk (huisarts) en dr. Loes Wouters (huisarts).

Gastredactie 'Crisis?'

Kim van Wijck (huisarts), Annemarije Kruis (huisarts), Jean Muris (huisarts), Jip de Jong (hoofd cluster Kwaliteit, Beleid en Implementatie bij NHG, huisarts n.p.), Masja Loogman (senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts), Marleen Kraaij-Dirkzwager (arts Maatschappij + Gezondheid)

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: Inge Heemstra, Maret Zonneveld. Beeld en beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org.

en extreem weer. In 14 hoofdstukken beschrijven verschillende auteurs kleinere en grotere crises. Stel, je bent zorgverlener en wordt geconfronteerd met tientallen kinderen die onwel zijn geworden door een hittegolf. Of je raakt na een natuurramp betrokken bij evacuatie van grote groepen mensen, potentieel besmettelijk of ziek. Wat doe je? De acute – en zeker ook de langdurige psychosociale gevolgen – van natuurrampen waren in mijn tijd geen onderdeel van de geneeskundeopleiding. Moet je 112 bellen? En wat als 112 door overbelasting niet bereikbaar is? Kortom, extreem weer is een niet te onderschatten factor in de toegang tot en continuïteit van de zorg. De urgentie is duidelijk.

Dit boek is gericht op een breed publiek van crisisprofessionals en hulpdiensten. Het vlot geschreven inleidende hoofdstuk geeft een inkijkje in het ontstaan van meteorologische omstandigheden, hoe het KNMI daar zicht op houdt en de netwerken tussen de hulpverlenende diensten. Het boek is wat dik voor artsen die meteen tot de kern willen komen en de wetenschappelijke onderbouwing is beperkt. Toch is de bundel een waardevolle bron van inspiratie voor zorgverleners die willen anticiperen op de veranderende weersomstandigheden en hun praktijkvoering willen verduurzamen. Welke effecten van klimaatverandering zijn voor patiënten het relevantst? Zijn we voldoende voorbereid op de nieuwe ziektebeelden, hitte, droogte, hagelstenen, windstormen of wateroverlast die zullen komen? ■

Marleen Kraaij-Dirkzwager, vrijgevestigd Arts Maatschappij + Gezondheid

WAARDERING: ●●●●●

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. Abonnementprijs: [print + online toegang] € 323,00, online-only abonnement € 194,00, studenten 35% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen.

Voorwaarden

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

© 2023 NHG
ISSN 0018-7070

bohn
stafleu
van loghum

mvw
media voor vak
& wetenschap
nhg

Programma Preventie biedt praktische ondersteuning

Inge Heemstra

Het NHG-programma Preventie is onderdeel van het cluster Kwaliteit, Beleid en Implementatie. Binnen dit programma staan 3 onderdelen centraal: vaccinatie(programma's), bevolkingsonderzoeken en leefstijl. Het team ontwikkelt NHG-Praktijkhandleidingen en zet zich in om leefstijlbegeleiding nog beter op de kaart te krijgen. Tijdens de coronapandemie speelde het team een rol in de uitvoering van de COVID-19-vaccinatie rondes.

Van oudsher voert de huisarts selectieve preventie uit in het kader van landelijke preventieprogramma's, zoals de griep- en pneumokokkenvaccinaties en de bevolkingsonderzoeken. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn kerntaken van de huisarts. Bovendien kan preventie een behulpzaam middel zijn bij actuele maatschappelijke problemen, zoals de toegenomen zorgvraag en gezondheidsverschillen. Een zeer actueel thema, dat hoog staat op de politieke agenda, is leefstijlpreventie. Twee doelen van het programma Preventie zijn afbakening van begrippen en bewaking van de rol van de huisarts. Ook ondersteunt het team de huisarts bij de uitvoering van preventieprogramma's, bijvoorbeeld met de NHG-Praktijkhandleidingen Griepvaccinatie, Pneumokokkenvaccinatie en Baarmoederhalskanker. Dit gebeurt in samenwerking met het RIVM en de LHV.

Leefstijlbegeleiding

Verbetering van leefstijlbegeleiding binnen de huisartsenpraktijk is een ander doel van het programma Preventie. Het gaat om leefstijlbegeleiding bij bijvoorbeeld stoppen met roken of het signale-



Foto: Shutterstock

Het NHG-programma Preventie maakt praktijkhandleidingen voor onder andere griepvaccinatie.

ren van overmatig alcoholgebruik. In 2025 moet leefstijl een integraal onderdeel zijn van passende curatieve zorg voor mensen met fysieke en/of mentale klachten. Dit is afgesproken binnen de Coalitie Leefstijl in de Zorg (onderdeel van het Integraal Zorgakkoord), waar het NHG bij is aangesloten. Eerst wordt gekeken of leefstijl in de eerste en tweede lijn als behandeling in de richtlijnen voorkomt en welke aanbevelingen er gedaan kunnen worden. Het team Preventie denkt mee over het implementeren van leefstijladviezen vanuit de NHG-Richtlijnen en het ontwikkelen van een 'handreiking leefstijlgesprek'.

Toepasbaar in de praktijk

De producten die het team Preventie ontwikkelt, zijn allemaal toepasbaar in de

praktijk en vindbaar op nhg.org. Op de website komen ook regelmatig nieuwsberichten voorbij over bijvoorbeeld stoppen-met-rokencampagnes, vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma en valpreventie bij ouderen.

Heeft u een vraag over de programma's en onderwerpen? Mail naar kenniscentrum@nhg.org.



Nieuwsgierig? Kijk op nhg.org/thema/preventie of scan de QR-code.

Registratie van zelfmetingen

Optimaliseer patiëntenzorg met het HIS-Referentiemodel 2023

Maret Zonneveld

Steeds vaker gebruiken huisarts en patiënt zelfmetingen. Dat biedt tal van voordelen, maar roept ook vragen op. Hoe registreert u zelfmetingen en afspraken hierover met uw patiënten? Hoe behoudt u overzicht over deze metingen en hoe verhouden ze zich tot andere meetwaarden in uw HIS? Versie 2023 van het HIS-Referentiemodel, de leidraad voor het inrichten van huisartsinformatiesystemen (HIS'en), gaat hier uitgebreid op in.

Zelfmetingen en telemonitoring vormen een integraal onderdeel van de moderne huisartsenpraktijk, vooral bij patiënten met chronische aandoeningen. Wanneer patiënten zelf metingen uitvoeren kan dit een schat aan gegevens opleveren, waardoor trends en afwijkingen snel kunnen worden opgespoord. Bovendien ervaren sommige patiënten een meer gelijkwaardige relatie met hun zorgverlener doordat ze actief deelnemen aan hun eigen zorg.

Belang van goede voorwaarden

Natuurlijk zijn er ook risico's bij de inzet van zelfmetingen. Onbetrouwbare metin-

gen door slechte apparatuur of onvoldoende kennis van de patiënt kunnen gevaarlijke situaties opleveren. Daarnaast kunnen onduidelijke afspraken over het aanleveren, verwerken en communiceren van zelfmetingen leiden tot overbelasting van de huisartsenpraktijk. Het NHG-Standpunt Gebruik van zelfmetingen bij telemonitoring in de huisartsenpraktijk beschrijft de randvoorwaarden voor goed gebruik.

Ondersteunende kracht

Een cruciale factor in het succesvol inzetten van zelfmetingen is het maken van duidelijke, praktische afspraken tussen huisarts en patiënt. Het is belangrijk om die afspraken ook in het dossier vast te leggen, evenals de (relevante) uitslagen van de zelfmetingen. Het HIS-Referentiemodel versie 2023 beschrijft hoe het HIS de zorgverlener hierbij kan ondersteunen. Een concreet voorbeeld van ondersteuning is een afsprakenbrief over zelfmetingen, vergelijkbaar met een digitale laboratoriumaanvraag. In deze brief (aan uw patiënt) legt u snel en overzichtelijk vast welke metingen de patiënt moet uitvoeren, hoe deze moeten worden geïnterpreteerd, en wanneer er actie moet worden ondernomen.

Geordend meetwaardenscherm

Een goed totaaloverzicht van meetwaarden en andere relevante gegevens is van cruciaal belang bij de behandeling van chronische aandoeningen. Duidelijk moet daarbij zijn welke meetwaarden de patiënt zelf heeft aangeleverd. Het HIS-Referentiemodel 2023 gaat dieper in op de eisen voor het meetwaardenscherm in uw HIS en beschrijft uitgebreide mogelijkheden om uitslagen flexi-



bel en handig te groeperen. Dit vormt de basis voor persoonlijke gesprekken met patiënten over hun vervolgbehandeling. Meer informatie over uitgebreide overzichten in het HIS bij chronische aandoeningen staat in de **NHG-Richtlijn Ziektespecifieke overzichten**.

HIS-REFERENTIEMODEL

Het HIS-Referentiemodel beschrijft hoe HIS-leveranciers wensen van huisartsen op de juiste manier in hun HIS kunnen uitwerken. Elk jaar wordt het model aangepast aan actuele wensen van huisartsen. Vraag bij de HIS-leverancier of gebruikersvereniging na op welk moment de beschreven aanbevelingen in uw HIS zichtbaar worden.



Informatisering: meer weten?

Wat doet het NHG nog meer op het gebied van informatisering? Ontdek het via nhg.org/informatisering of scan de QR-code.

Hoe is de informatiebeveiliging in uw praktijk geregeld?

Het veilig houden van patiëntendossiers, medewerkersgegevens, de financiële administratie, werk-instructies en contracten, hoe doet u dat? In het nieuwe Webdossier Informatiebeveiliging staan hiervoor praktische tips, handvatten en risicoanalyses.

Het Webdossier Informatiebeveiliging is een gezamenlijk resultaat van het NHG, de LHV en InEen, en vervangt de Praktijkwijzer Informatiebeveiliging. Ontwikkelingen op dit gebied gaan snel, daarom wordt het webdossier regelmatig bijgewerkt.



Plan-do-check-(re)act

Informatiebeveiliging is een cyclisch proces dat doorlopend aandacht nodig heeft. Voor een goede aanpak van informatiebeveiliging geldt het plan-do-check-(re)act-principe. Maak eerst een plan voor het beleid en het organiseren van de informatiebeveiliging. Breng vervolgens de risico's in kaart en neem de benodigde maatregelen. Blijf daarna alert en stel bij waar nodig.

Hoe staat uw praktijk ervoor?

Hoe de informatiebeveiliging in uw praktijk is geregeld, kunt u met 3 scans checken: een privacyscan, een integriteitsscan en een beschikbaarheidsscan. Na het invullen van elke scan krijgt u een e-mail met uitkomsten en verbetertips.

- Privacyscan
 - Alleen bevoegden hebben toegang tot data; controleer dit preventief.
 - Registreer alle keren dat het patiëntendossier is ingezien en geef de patiënt hier ook inzage in.
 - Wat doet u als het misgaat?
- Integriteitsscan
 - Kijk naar de nauwkeurigheid, volledigheid en consistentie van de dossiervorming.
 - Is het altijd duidelijk wie informatie heeft ingevoerd of gewijzigd?
- Beschikbaarheidsscan
 - Zorg dat het dossier voorhanden is op de plek en tijd waarop het dossier nodig is.

BASISMAATREGELEN

Welke maatregelen er nodig zijn, verschilt per praktijk. Informatiebeveiliging is immers maatwerk. Voor elke huisartsenpraktijk gelden enkele basisbeginselen, waaronder:

- ✓ Zorg dat de verantwoordelijkheden duidelijk zijn
- ✓ Crëer bewustwording
- ✓ Deel verantwoord data



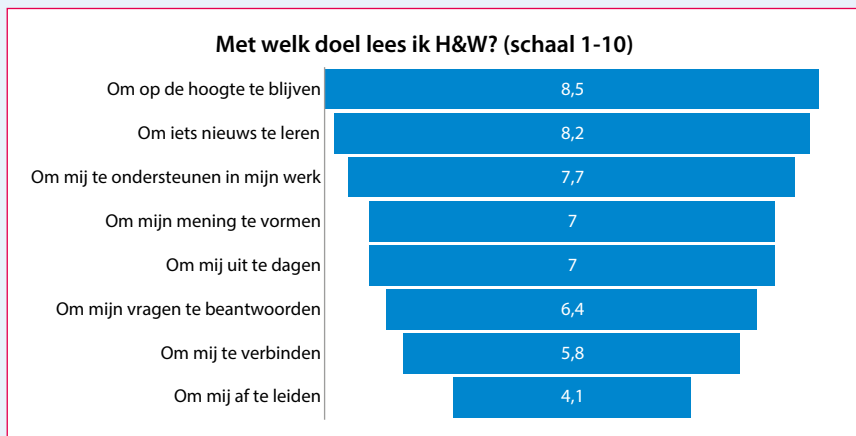
Meer weten?
Ga naar het webdossier via nhg.org/webdossier-informatiebeveiliging of scan de QR-code.

Wensen en meningen over H&W

Met een nieuwe contentstrategie wil Huisarts en Wetenschap nog meer inspelen op de informatiebehoefes van de gebruikers. Kennis van deze wensen en behoeftes is daarbij essentieel. Het gebruikersonderzoek dat eind 2022 plaatsvond leverde in dat opzicht zeer bruikbare inzichten op.

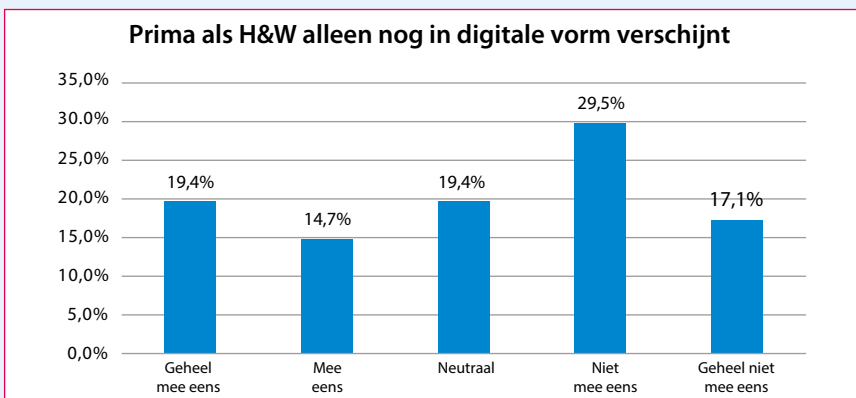
Informatiebehoefes

Aan welk soort informatie hebben H&W-gebruikers de meeste behoefte?



Van print naar digitaal

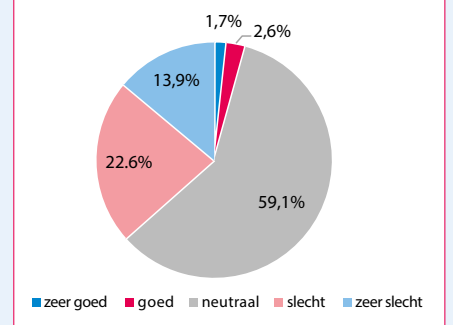
H&W publiceert online via website, nieuwsbrief en socialmediakanalen en daarnaast in print. Ook maakt H&W podcasts. Over het verschijnen van H&W in alleen digitale vorm verschillen de meningen: 47% (niet mee eens/geheel niet mee eens) vindt dit geen goed idee, 34% (geheel mee eens/mee eens) ziet het wel zitten en 19% staat er neutraal in. Conclusie: de behoefte aan de papieren editie is groot genoeg om hier voorlopig mee door te gaan. Wel maken we minder dikke papieren nummers en verschijnen er 11 edities per jaar in plaats van 12.



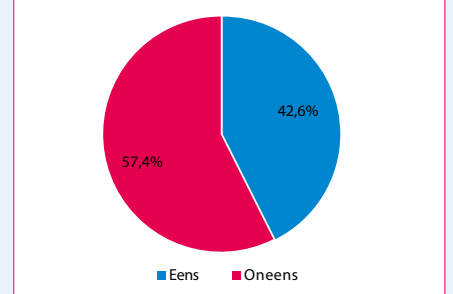
Farmacievrij tijdschrift

Het grootste deel van de respondenten (59%) staat neutraal tegenover advertenties van de farmaceutische industrie in H&W. Ruim een derde is er op tegen. Wat doet H&W met deze informatie? In januari leest u er meer over.

Horen advertenties van de farmaceutische industrie in de papieren H&W?



Ik zou meer contributie willen betalen in ruil voor een farmavrije H&W



Accreditatie van H&W-content

H&W speelt een rol in de deskundigheidsbevordering van huisartsen, maar artikelen en podcasts zijn tot nu toe niet geaccrediteerd. Veel respondenten zouden dit een goede ontwikkeling vinden (3,9 op een schaal van 1-5). Dit uitvoeren blijkt echter lastiger dan gedacht. De pilot loopt nog.

