

Proactieve zorgplanning

Therapiefalen nitrofurantoïne
bij mannen met cystitis

Herziene versie NHG-Standaard
Voedselovergevoeligheid

Hoe behandel je
chronische slapeloosheid?



De laatste 1000 dagen

Huisartsen zien patiënten van de wieg tot het graf. Er is veel aandacht voor de eerste 1000 dagen van een kind, maar hoe zit het met de laatste 1000 dagen?

Voor een goede, persoonsgerichte zorg rondom het levenseinde is het belangrijk om tijdig met patiënten hun wensen en behoeften te bespreken over toekomstige behandelingen, zorg en ondersteuning. Dit is de kern van Advance Care Planning (ACP). Een open deur?

Tros en collega's deden onderzoek naar de vraag: 'Is de timing van proactieve zorgplanning optimaal in de praktijk?' Daarvoor bekeken zij de elektronische patiëntendossiers van patiënten die zijn overleden aan kanker, orgaanfalen of multimorbiditeit. Ze vergeleken de werkelijke ACP-timing met de optimale timing volgens een panel van onafhankelijke huisartsen. Vooral bij patiënten met orgaanfalen en multimorbiditeit blijken huisartsen proactieve zorgplanning later uit te voeren dan als optimaal was aangegeven. Dus eerder starten graag! Om u te helpen: er zijn diverse signalen die een kans bieden om eerder met ACP-gesprekken te beginnen. Nieuwsgierig geworden? Lees het artikel van Tros en collega's erop na.

Heeft u de wensen en behoeften van uw

patiënten met kanker, hartfalen of COPD en kwetsbare ouderen in het vizier? De kern van ACP mag in theorie een open deur zijn, in de praktijk valt nog veel winst te behalen. Goede ACP begint met bewustwording en daaraan draagt het onderzoek van Tros en collega's zeker bij. Als de bewustwording er eenmaal is, zijn goede gesprekken over ACP een must. Van de wieg tot het graf? Mijns inziens komt het levenseinde er een beetje bekaaid af in vergelijking met 'de wieg'. Natuurlijk: een baby die tijdens de eerste 1000 dagen blootstaat aan veel stress, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren staat al 1-0 achter. Een kansrijke start is van levensbelang. Ik pleit naast een kansrijke start ook voor een kansrijk einde. Hoe? Door tijdig het gesprek aan te gaan met Jan van 75 jaar die sinds een week een rollator heeft, en ook door een goed gesprek met Ali die thuis is na de tweede exacerbatie COPD. Het is nooit te laat om te beginnen! ■

Susanne Claessen, redactielid





Wetenschap

- 10** Is de timing van proactieve zorgplanning optimaal in de praktijk?
Vooral bij patiënten met orgaanfalen of multimorbiditeit wordt proactieve zorgplanning in de praktijk later uitgevoerd dan wenselijk is. Het is van belang om hier tijdig mee te starten.
- 14** Nitrofurantoïne schiet vaak tekort bij mannen met cystitis
Mannen met cystitis worden bij voorkeur behandeld met nitrofurantoïne. Deze therapie faalt relatief vaak, daarom is het aan te bevelen om deze mannen een vangnetadvies mee te geven.
- 20** Man-vrouwverschillen in voorgeschreven medicatie bij DM2
Er zijn belangrijke verschillen tussen wat mannen en vrouwen met diabetes mellitus type 2 aan medicatie krijgen voorgeschreven.
- 24** 'Gezamenlijk medicatieverspilling voorkomen'
Medicatieverspilling kost de samenleving veel geld en is schadelijk voor het milieu. Een interview met senior onderzoeker Charlotte Bekker, die concrete mogelijkheden ziet om dit probleem aan te pakken.

Praktijk

- 28** Wanneer en hoe behandel je chronische slapeloosheid?
Slaapproblemen zijn goed te behandelen door de huisarts of POH-ggz met psycho-educatie, stimuluscontrole (het versterken van de associatie tussen bed en slaap) en slaaprestrictie (het beperken van de tijd in bed).
- 31** Uw diagnose 'Witte plekken op het schouderblad'
- 32** Sarcoidose, een vaak miskende aandoening?
Sarcoidose komt zeer weinig voor in de huisartsenpraktijk; de huisarts is vooral faciliterend en ondersteunend. Het belangrijkste is eraan te denken bij een eerste presentatie en het grillige karakter te onderkennen.
- 36** Onbewerkte plantaardige voeding belangrijk voor mensen met DM2
Onbewerkte plantaardige voedingsmiddelen hebben grote gezondheidsvoordelen en zijn de belangrijkste onderdelen van de 6 bewezen gezonde voedingspatronen voor mensen met DM2.
- 39** Kennistoets 'Slapeloosheid'
- 40** Infantiel hemangioom
Infantiele hemangiomen (aardbeivlekken) zijn vasculaire gezwellen. De meeste zijn onschuldig. Lees wanneer verwijzing en specialistische behandeling nodig zijn.



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Dieet op maat bij diabetes mellitus type 2
- Substitutie van zorg niet goedkoper
- Chatbot scoort hoger met medisch advies dan arts
- Gewichtsverlies als maat voor ondervoeding bij ouderen
- Kwetsbare patiënt vaker lang moe na COVID
- Veel vrouwen kennen de risico's na zwangerschapshypertensie niet

45 Column 'Groetbeleid'

46 Reportage '25 jaar aioto-traject'

49 Apptip 'Triagewijzer'

Spelenderwijs leren triageren

50 Perceptie van geneeskundestudenten over huisarts-geneeskunde

Een visuele weergave van een onderzoek onder geneeskundestudenten naar hun perceptie van de huisartsgeneeskunde in 3 verschillende stadia van hun studie.

NHG

51 Herziene richtlijn Voedselovergevoeligheid: meer aandacht voor coeliakie



De herziene NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid gaat uitgebreider in op de klinische presentatie, de diagnostiek en het controlebeleid van coeliakie.

55 Herziening van de MDR CVRM na een reproductieve aandoening

Stel voor alle vrouwen met een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap een cardiovasculair risicoprofiel op en bied deze vrouwen een systematische follow-up om premature hypertensie op te sporen.

57 Nieuwe richtlijn Astma en zwangerschap

Deze multidisciplinaire richtlijn bevat informatie over een goede (preconceptionele) counseling, eenduidige adviezen over de veiligheid van medicatie en aandachtspunten voor een adequate monitoring bij zwangere vrouwen met astma.

59 Nieuw NHG meerjarenbeleidsplan aangenomen

63 Nu ook korte NHG E-learning beschikbaar voor tablet én smartphone

64 WONCA Europe 2023

65 Themadag over imago huisarts

66 Versterkt u de NHG-Verenigingsraad?



www.henw.org

- Toename resistentie van *Mycoplasma genitalium*
- Het rotsvaste vertrouwen in de (huisartsen)zorg
- Teleconsultatie: betere zorg en samenwerking



H&W Podcast

- Luister naar de interviews over de artikelen met een podcastlogo via de H&W Podcastkanalen of ga naar henw.org/podcast-overzicht.



Dieet op maat bij diabetes mellitus 2

Amy Manten

Gewichtsverlies is gerelateerd aan de preventie en het in remissie raken van diabetes type 2 (DM2). Kan intermitterend vasten daarbij een rol spelen? Leidse onderzoekers voerden een systematisch literatuuronderzoek uit om het effect daarvan bij patiënten met DM2 in kaart te brengen. Zij concluderen dat intermitterend vasten niet beter is dan een continue caloriereductie en dat de keuze voor een bepaald dieet patiëntgebonden moet zijn.

De auteurs includeerden 10 gerandomiseerde trials en 3 observationele onderzoeken (n = 817; gemiddelde leeftijd 55,6 jaar; BMI 26,3-37,9; HbA1c 7,2-8,5%). Zij keken naar een vorm van intermitterende energiereductie (IER: afwisselende, korte periodes van beperkte en onbeperkte calorie-inname) of periodiek vasten (PF: restrictieperiodes van ten minste 3 dagen), meestal in vergelijking met continue caloriereductie of een ander specifiek dieet. De primaire uitkomstmaten waren parameters van metabole controle (HbA1c, glucose, lipidspectrum) en medicatiegebruik. Daarnaast werd het gewichtsverlies in kaart gebracht.

In de meeste onderzoeken was er in de interventiegroep een verbetering zichtbaar in HbA1c, glucose en lichaamsgewicht. Uit de enige 2 onderzoeken met een follow-up langer dan een jaar kwam echter naar voren dat patiënten deze effecten vaak niet konden behouden. In een aantal onderzoeken waren er aanwijzingen dat intermitterend vasten tot een verlaging van de medicatie zou kunnen leiden.

Een beperking van de review is de heterogeniteit van de onderzoeken wat betreft toegepaste diëten, duur van de interventie (2 weken tot 2 maanden) en lengte van de follow-up. Hierdoor was een meta-analyse niet mogelijk.

De auteurs concluderen dat het beperken van de calorie-inname in algemene zin kan bijdragen aan metabole controle en gewichtsverlies bij patiënten met DM2.



Daarbij lijkt een dieet met intermitterend vasten niet beter te zijn dan continue caloriereductie. In de praktijk moet u dus vooral zoeken naar een dieet op maat: een dieet dat de patiënt goed in zijn leven kan inpassen en dat hij kan volhouden. ■

Van den Burg EL, et al. Metabolic impact

of intermittent energy restriction and periodic fasting in patients with type 2 diabetes: a systematic review. Nutr Rev 2023 Mar 8;nuad015. DOI: 10.1093/nutrit/nuad015 [epub ahead of print].

Substitutie van zorg niet goedkoper

Ariëtte Sanders-van Lennep

Er zijn steeds meer initiatieven om tweedelijnszorg naar de eerste lijn te verplaatsen. Op patiëntniveau leidt dit tot een beter ervaren kwaliteit van leven, betere kwaliteit van zorg en minder individuele zorgkosten. Een recent kostenonderzoek laat zien dat substitutie van zorg echter ook leidt tot een toename van zorggebruik en kosten op populatieniveau.

De auteurs voerden een retrospectief kostenonderzoek uit naar het Primary Care Plus (PC+)-model in de regio Maastricht Heuvelland (periode 2015-2018). In dit model konden huisartsen patiënten voor laagcomplex, niet-acute zorg verwijzen naar 2 lokale centra, waarnaar medisch specialisten van

het MUMC patiënten met een advies terugverwezen.

In het PC+-model zorgden 81 huisartsen uit 55 praktijken voor een populatie van ongeveer 170.000 mensen. Gemiddeld hadden zij een lagere SES dan de gemiddelde Nederlander. Gedurende de 4 jaren van het onderzoek konden 22.136 patiënten terecht bij 11 verschillende specialisten. De PC+-consultaties waren inbegrepen in de basiszorg voor patiënten. De consultaties kostten de verzekeraar een vast bedrag, dat was gebaseerd op het gewogen gemiddelde van de zorgproducten die van tevoren waren ingeschat als geschikt voor substitutie van zorg.

In de onderzoeksperiode nam het aantal declaraties bij de preferente zorgverze-

Chatbot scoort hoger met medisch advies dan arts

Aimee Kok-Pigge

Kan kunstmatige intelligentie patiëntvragen beter beantwoorden dan de dokter? Een Amerikaans onderzoek suggereert van wel. Een panel van artsen waardeerde daarin door *artificial intelligence* (AI) geformuleerde antwoorden op patiëntvragen beduidend beter dan de antwoorden van een arts. Het panel vond de chatbotantwoorden 3,6 keer vaker van (zeer) goede kwaliteit en 9,8 keer vaker (zeer) empathisch. Een opmerkelijke uitkomst, die nog wel enige nuancering behoeft.

De onderzoekers gebruikten 195 willekeurige patiëntvragen van internetfora, waarop een arts antwoord had gegeven. De vragen gingen bijvoorbeeld over angst voor letsel na het inslikken van een tandenstoker of over een recent ontdekte zwelling wel of niet met spoed laten onderzoeken. De vragen werden ook ingevoerd in de GPT-chatbot. De vraag

en beide antwoorden, die waren bewerkt zodat de bron niet te achterhalen was, werden vervolgens voorgelegd aan een panel van 3 artsen uit het onderzoeksteam. Zij kozen het beste antwoord en beoordeelden beide antwoorden op een schaal van 1-5 op empathie en kwaliteit. Het panel gaf bij 79% van de evaluaties de voorkeur aan het chatbotantwoord (95%-BI 75,0% tot 81,8%). Bovendien beoordeelde het panel de chatbotantwoorden als van betere kwaliteit: 79% (95%-BI 72,3% tot 84,1%) kreeg een (zeer) goede score, versus 22% (95%-BI 16,4% tot 28,2%) bij de antwoorden van een arts. Ook vond het panel de chatbotantwoorden empathischer: 45% (95%-BI 38,5%



tot 51,8%) kreeg hierop een (zeer) goede score, versus 5% (95%-BI 2,1 tot 7,7) bij de antwoorden van een arts. Dit onderzoek heeft meerdere tekortkomingen. Zo werden de chatbotantwoorden niet beoordeeld op medische juistheid en missen de antwoorden de context die een gebruikelijke arts-patiëntrelatie heeft. Bovendien waren de antwoorden van de artsen significant korter (52 woorden (17-62) versus 211 woorden (168-245)). Een langer antwoord wordt mogelijk gezien als empathischer. Ook ontbraken patiëntverteenwoordigers in het panel, waardoor de waardering van de antwoorden door patiënten onduidelijk is. De resultaten bieden echter wel aanleiding om de mogelijkheden van AI verder te onderzoeken, bijvoorbeeld in het laten formuleren van conceptantwoorden op e-consulten die de behandelaar vervolgens nog kan aanpassen. Hierdoor zou het (uitbreider) beantwoorden van vragen minder tijd en inzet hoeven kosten. Verdere evaluatie van met name de medische juistheid is echter een logische vereiste. ■

Ayers JW, et al. Comparing physician and artificial intelligence chatbot responses to patient questions posted to a public social media forum. *JAMA Intern Med* 2023 Apr 28;e231838. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.1838 [epub ahead of print].

keraar voor laagcomplex, gespecialiseerde zorg toe van 167,5 naar 184,2 per 1000 declaraties. Dit bleek hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verdubbeling van het aantal PC+-declaraties van 24,7 (2015) naar 48,8 (2018) per 1000+-declaraties. Het aantal regionale ziekenhuiszorgdeclaraties dat was gerelateerd aan tweedelijnszorg verminderde van 89,7 per 1000 in 2015 naar 82,9 in 2018. Deze daling was in lijn met de landelijke

trend. Anderhalvelijnszorg lijkt daarmee te zorgen voor een toename van laagcomplex specialistische zorg zonder dat er sprake is van een daling van de totale specialistische zorg. De gelijkenis met de eerdere introductie van de POH dringt zich op. Die was ook mede bedoeld om de zorgkosten en de belasting voor de huisarts te verlagen. Uiteindelijk was het resultaat weliswaar een verbetering op patiëntniveau, maar het effect op de belasting van de zorg bleef teleurstellend. Goed dat dit onderzoek zorgbelasting en kosten op populatieniveau inzichtelijk maakt. ■

Van den Bogaart EH, et al. Substitution or addition: An observational study of a new primary care initiative in the Netherlands. *J Health Serv Res Policy* 2023 Jan 25;13558196231151552. DOI:10.1177/13558196231151552 [epub ahead of print].



Gewichtsverlies als maat voor ondervoeding bij ouderen

Iris van Munster, Hanneke Borgdorff

In de eerste lijn wordt gewichtsverlies vaak als maat genomen voor (risico op) ondervoeding. Bij ouderen is gewichtsverlies echter een minder goede maatstaf om (risico op) ondervoeding vast te stellen dan het korte screeningsinstrument MNA-SF. Dat blijkt uit een recent diagnostisch onderzoek.

Ondervoeding is geassocieerd met een verhoogd risico op ziekenhuisopname en een verhoogde mortaliteit. Belgische onderzoekers bestudeerden wat de diagnostische waarde is van het monitoren van gewicht voor het vaststellen van (het risico op) ondervoeding bij de thuiswonende, oudere patiënt. Als gouden standaard gebruikten zij de Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), een gevalideerd kort screeningsinstrument om de voedingsstatus te bepalen. De MNA-SF onderscheidt 3 classificaties: normale voedingstoestand, risico op ondervoeding en ondervoeding. De onderzoekers includeerden thuiswonende ouderen (n = 143; 62% vrouw; gemiddelde leeftijd 83,7 jaar) die reguliere thuiszorg kregen. Hun gewicht werd gemeten door de thuiszorg gedurende 6 maanden. Na het laatste weegmoment werd de MNA-SF afgenomen. Op basis van de MNA-SF-score had 53,1% van de deelnemers na 6 maanden een normale voedingsstatus, had 37,8% een risico op ondervoeding en was 4,9% ondervoed. In vergelijking met de MNA-SF had een gewichtsverandering van $\geq 5\%$ een sensitiviteit van 19% en een specificiteit van 96% om patiënten met (risico op) ondervoeding te detecteren. Voor ondervoeding was de sensitiviteit 71,4% en specificiteit 92,3%. In de Nederlandse thuiszorgpopulatie zou dat uitkomen op een positief voorspellende waarde van 70% voor ondervoeding en 88% voor (risico op) ondervoeding. De negatief voorspellende waarde zou 93% voor ondervoeding en 44% voor (risico

op) ondervoeding zijn. De beperkingen van het onderzoek zijn de relatief kleine groep met een lage prevalentie van ondervoeding. Dit onderzoek laat zien dat thuiswonende ouderen met een gewichtsverlies van $> 5\%$ in 6 maanden vrijwel zeker een risico op ondervoeding hebben, en waarschijnlijk zelfs al ondervoed zijn.

Voor een accuratere inschatting van de voedingsstatus kunt u echter beter een gevalideerd screeningsinstrument (zoals de MNA-SF) gebruiken dat makkelijk toepasbaar is in de huisartsenpraktijk. ■



Van Offenwert E, et al. The predictive value of weight evolution in screening for malnutrition in community-dwelling older persons (70+) in Antwerp. BMC Primary Care 2023; 24:64.

Kwetsbare patiënt vaker lang moe na COVID

Willian van Dijk

Langdurige vermoeidheid komt vaker voor bij patiënten die een COVID-19-infectie hebben gehad dan bij degenen zonder COVID-19-infectie. Dit risico is nog hoger bij psychosociaal kwetsbare patiënten. De huisarts kan in deze patiëntengroep de impact van een COVID-19-infectie mogelijk beperken. Dat blijkt uit een recent onderzoek.

Tijdens de eerste golf werden patiënten met een (vermoedelijk) milde COVID-19-infectie en patiënten zonder COVID-19-infectie uitgenodigd om mee te doen aan een prospectief cohortonderzoek. De patiënten waren van gelijke leeftijd en geslacht. De onderzoekers beschouwden een patiënt als langdurig vermoeid

als op minimaal 2 van de 3 follow-upmomenten op 3, 6 en 15 maanden na inclusie vermoeidheid bleek uit een gevalideerde vragenlijst. Zij noteerden demografische gegevens en gegevens over zorggebruik in het voorgaande jaar. Verder maten zij de psychosociale kwetsbaarheid met vragenlijsten over veerkracht, mate van (over)bezorgdheid en het aantal *life events*. Van de 142 COVID-19-patiënten bleek 35% langdurig vermoeid te zijn, ten opzichte van 13% van de 109 controlepatiënten (OR 3,65; 95%-BI 1,82 tot 7,32). COVID-19-patiënten met langdurige vermoeidheid waren vaker laagopgeleid (OR 3,1; 95%-BI 1,06 tot 9,7), alleenstaand (OR 3,3; 95%-BI 1,4 tot 7,6) en bezochten hun huisarts in het

Veel vrouwen kennen de risico's na zwangerschapshypertensie niet

Loes Wouters

Bijna twee derde van de vrouwen met zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie weet niet dat zij na de zwangerschap een verhoogd cardiovasculair risico hebben. Dat blijkt uit een Australisch vragenlijstonderzoek met 438 participanten. Vrouwen die zich niet bewust waren van dit risico zochten ook minder snel contact voor controle. Beter voorlichting is nodig op dit gebied.

Vrouwen die zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie hebben gehad, hebben een verhoogd risico op hypertensie, coronaire hartziekte en hartfalen.

De auteurs van een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek benaderden 1526 vrouwen die tussen 2016 en 2022 waren bevallen in een derdelijns ziekenhuis in Melbourne vanwege zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie. De respons

was 28,6% (n = 438 vrouwen; 69,2% met pre-eclampsie; 30,8% met zwangerschapshypertensie) en deze groep was representatief voor de gehele groep. Uit het onderzoek bleek dat 62,6% van de vrouwen niet op de hoogte was van hun verhoogde cardiovasculaire risico. Deze vrouwen lieten minder vaak hun bloeddruk controleren (38,1% versus 54,6%; $p < 0,01$) en bloedonderzoek doen dan de vrouwen die daarvan wel op de hoogte waren. De vrouwen met kennis gebruikten vaker antihypertensiva (24,5% versus 6,6%;



$p < 0,01$). Er was geen significant verschil in leefstijl zoals sporten, roken of inname van groente en fruit. De meerderheid van de vrouwen (82%), ongeacht of zij van het risico op de hoogte waren of niet, gaf aan meer informatie te willen over de risico's. Hoewel de Australische cijfers niet direct representatief zijn voor Nederland is te verwachten dat de kennis bij Nederlandse vrouwen ook onvoldoende is. Tot voor kort waren er immers geen eenduidige richtlijnen over controles na zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie. Structureel goede voorlichting aan deze vrouwen is belangrijk, zodat ze zelf contact kunnen opnemen voor controle en weten welke preventieve maatregelen ze kunnen nemen. ■

Atkinson J, et al. Patients' understanding of long-term cardiovascular risks and associated health-seeking behaviours after pre-eclampsia. Open Heart 2023;10:e002230.

VID. Daarnaast deed slechts minder dan de helft van de uitgenodigde patiënten aan het onderzoek mee en was bij slechts 20% van de patiënten de COVID-19-besmetting bevestigd met een test. Het risico op langdurige vermoeidheid is hoger bij patiënten die een COVID-19-infectie doormaakten dan bij patiënten bij wie dat niet het geval was. Psychosociale kwetsbaarheid vergrootte het risico extra. Door bij deze groep patiënten meer aandacht te geven aan de begeleiding (balans vinden tussen rust en activiteit), kan de huisarts mogelijk bijdragen aan het voorkomen van langdurige vermoeidheid. ■

König BH, et al. Prognostic factors for persistent fatigue after COVID-19: a prospective matched cohort study in primary care. Br J Gen Pract 2023;73:e340-e347.



voorgaande jaar vaker (OR 2,7; 95%-BI 1,2 tot 6,2). Ook bleek uit alle vragenlijsten dat zij een hogere psychosociale kwetsbaarheid hadden.

Een beperking van dit onderzoek is dat het focust op vermoeidheid, maar dat is niet het enige symptoom van long CO-



Lees ook 'Herziening van de MDR CVRM na een reproductieve aandoening' van Hedwig Vos et al. op pagina 55.

Is de timing van proactieve zorgplanning optimaal in de praktijk?

Willemijn Tros, Petra van Peet, Henk Schers, Mattijs Numans, Jenny van der Steen, Stef Groenewoud

Tijdig beginnen met proactieve zorgplanning (*advance care planning*, ACP) kan de patiëntgerichte zorg rond het levenseinde verbeteren. In dit retrospectieve dossieronderzoek vergeleken we de werkelijke ACP-timing, zoals die was vastgelegd in het elektronische patiëntendossier, met de optimale ACP-timing, die was vastgesteld door onafhankelijke huisartsen op basis van dezelfde dossiers. ACP werd in de praktijk later uitgevoerd dan wat de onafhankelijke huisartsen als optimaal beschouwden. Het is wenselijk dat zorgplanning niet langer reactief gebeurt, maar proactief, zeker bij patiënten met niet-maligne ziekten.

Patiënten voor wie het levenseinde nadert dienen zo goed mogelijk patiëntgerichte zorg te krijgen. Patiënten, nabestaanden en zorgverleners geven aan dat het essentieel is dat aan de wensen van de patiënt wordt voldaan en dat de betrokkenen het gevoel krijgen dat er enige controle mogelijk is.^{1,2} Eerder onderzoek liet zien dat proactieve zorgplanning, *advance care planning* (ACP), hierbij een rol kan spelen.³ ACP stelt patiënten in de gelegenheid om doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandelingen en zorg te formuleren, te bespreken en vast te laten leggen.^{4,5}

Omdat ze meestal een langdurige relatie met hun patiënten hebben, zijn huisartsen doorgaans bij uitstek in de positie om gesprekken over proactieve zorgplanning te voeren.⁶ ACP wordt echter nog niet wijdverspreid in de praktijk toegepast en er is relatief vaak sprake van reactieve zorg, laat in het ziekteproces, vooral bij patiënten met niet-maligne aandoeningen.^{7,8} Dit lijkt deels te komen doordat huisartsen het moeilijk vinden om te bepalen wat het beste moment is om met ACP te beginnen.^{6,9} We onderzochten of er verschil is tussen de werkelijke timing van ACP in de praktijk en de optimale timing voor de start van ACP.

METHODE

Opzet

We voerden een mixed-methods-dossieronderzoek uit waarbij we elektronische patiëntendossiers van patiënten gebruikten die waren overleden aan kanker, orgaanfalen of multimorbiditeit. We vergeleken de werkelijke ACP-timing, zoals vastgelegd in deze patiëntendossiers, met de optimale timing zoals onafhankelijke huisartsen die achteraf beoordeelden op basis van dezelfde dossiers.^{10,11}

Gegevensselectie

De onderzochte patiëntendossiers zijn afkomstig uit de FaMe-Net-database.^{12,13} We selecteerden dossiers van patiënten die tussen 2003 en 2016 waren overleden aan kanker, orgaanfalen of multimorbiditeit, met exclusie van patiënten onder de 18 jaar en patiënten met dementie. De patiëntendossiers bevatten alle documentatie van de laatste 2 jaar voor het overlijden, zoals huisartsenconsulten, brieven van specialisten en medicatievoorschriften. In een eerder onderzoek met 119 dossiers gingen we na of en wanneer ACP geregistreerd is.¹⁰ Onder ACP vielen registraties zoals proactieve zorggesprekken over voorkeuren voor toekomstige zorg en gesprekken over de prognose, persoonlijke doelen en hoop voor de toekomst.

De optimale ACP-timing stelden we in een volgend onderzoek vast door 83 onafhankelijke huisartsen 90 van de 119 patiëntendossiers (30 dossiers per patiëntengroep) voor te leggen. Deze onafhankelijke huisartsen hadden gemiddeld 15 jaar ervaring als huisarts en 24% van hen was kaderarts palliatieve zorg. Zij gaven in een online omgeving, waar ze alle documentatie van de

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Tros W, Van der Steen JT, Liefers J, Akkermans R, Schers H, Numans ME, et al. Actual timing versus GPs' perceptions of optimal timing of advance care planning: a mixed-methods health record-based study. *BMC Prim Care* 2022;23:321.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

laatste 2 jaar voor het overlijden konden inzien, aan wanneer volgens hen het beste moment zou zijn geweest om met ACP te beginnen. Daarnaast vulden ze de redenen voor deze keuze in. We vroegen elke huisarts 3 dossiers (1 uit elke patiëntengroep) te beoordelen. Vóór de beoordeling was alle informatie over daadwerkelijk uitgevoerde ACP uit de dossiers verwijderd.

Gegevensanalyse

We analyseerden patiëntendossiers die in beide eerdere onderzoeken geïnccludeerd waren en waarbij ACP daadwerkelijk was geregistreerd. In 36 van de 87 dossiers was ACP niet geregistreerd. Als de optimale ACP-timing per patiëntendossier namen we het gemiddelde van de beoordelingen van optimale ACP-timing in dat dossier (1 tot 3 beoordelingen). Per patiëntengroep vergeleken we vervolgens de mediaan en de interkwartielafstand (IQR) van de werkelijke timing van het aantal dagen voor het overlijden met die van de optimale timing. Het verschil toetsten we tweezijdig met de Wilcoxon Signed Rank-test.

Om de aanleidingen van de werkelijke en optimale ACP-timing te achterhalen voerden we een kwalitatieve inhoudsanalyse uit op de documentatie in het huisartsendossier. We gebruikten codes en categorieën uit het eerdere onderzoek over optimale timing en bij twijfel raadpleegden we een tweede onderzoeker (20% van de dossiers) en pasten we codes aan.¹¹ Hierna keken we naar de frequenties van het voorkomen van de codes en thema's, en vergeleken we de aanleidingen van de werkelijke met de optimale ACP-timing.

WAT IS BEKEND?

- Tijdige proactieve zorgplanning kan de patiëntgerichte zorg rond het levenseinde verbeteren.
- Huisartsen vinden het vaak lastig om te bepalen wanneer ze het beste met proactieve zorgplanning kunnen beginnen.

WAT IS NIEUW?

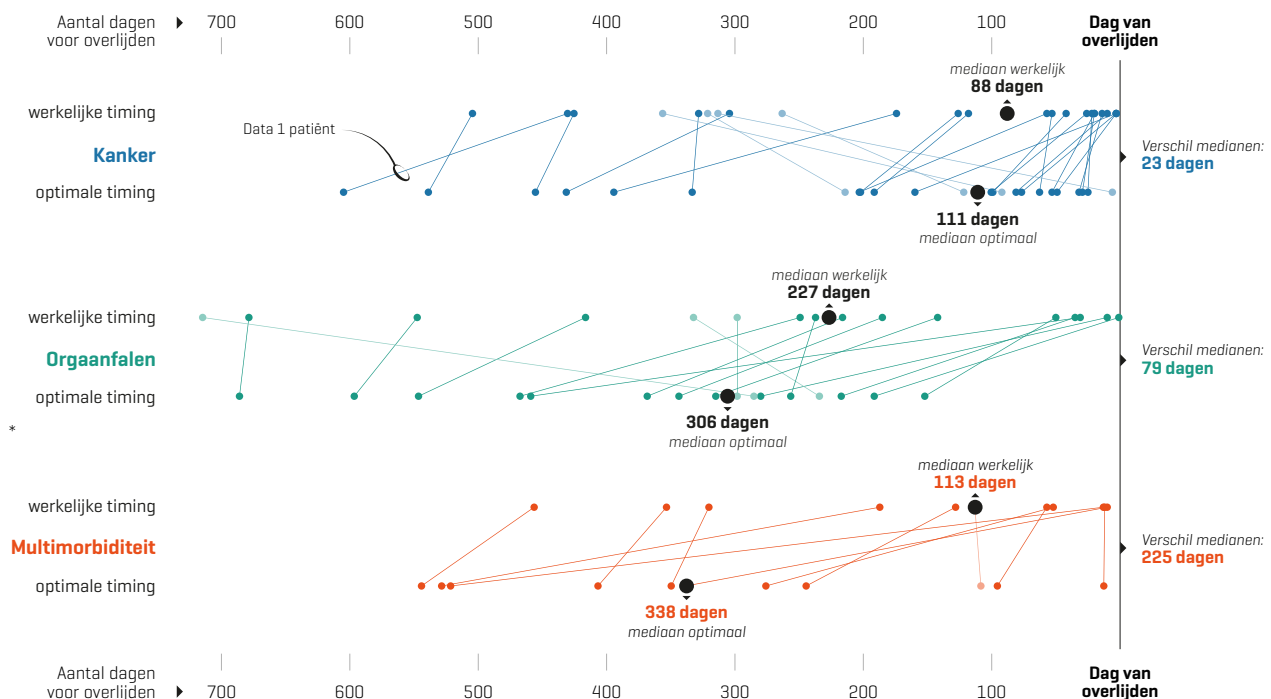
- Vooral bij patiënten met orgaanfalen of multimorbiditeit wordt proactieve zorgplanning in de praktijk later uitgevoerd dan onafhankelijke huisartsen als optimaal aangeven.
- Het is van belang om tijdig met proactieve zorgplanning te starten wanneer een eerste signaal zichtbaar wordt, in plaats van reactief te plannen in een vergevorderd stadium van ziekte of achteruitgang.
- Signalen voor het starten van proactieve zorgplanning zijn bijvoorbeeld bij patiënten met kanker het stellen van de diagnose, bij patiënten met orgaanfalen een exacerbatie of een ziekenhuisopname en bij patiënten met multimorbiditeit een hogere leeftijd en functionele en algemene achteruitgang.

RESULTATEN

We analyseerden in totaal 51 patiëntendossiers: 24 van patiënten met kanker, 16 van patiënten met orgaanfalen en 11 van patiënten met multimorbiditeit.

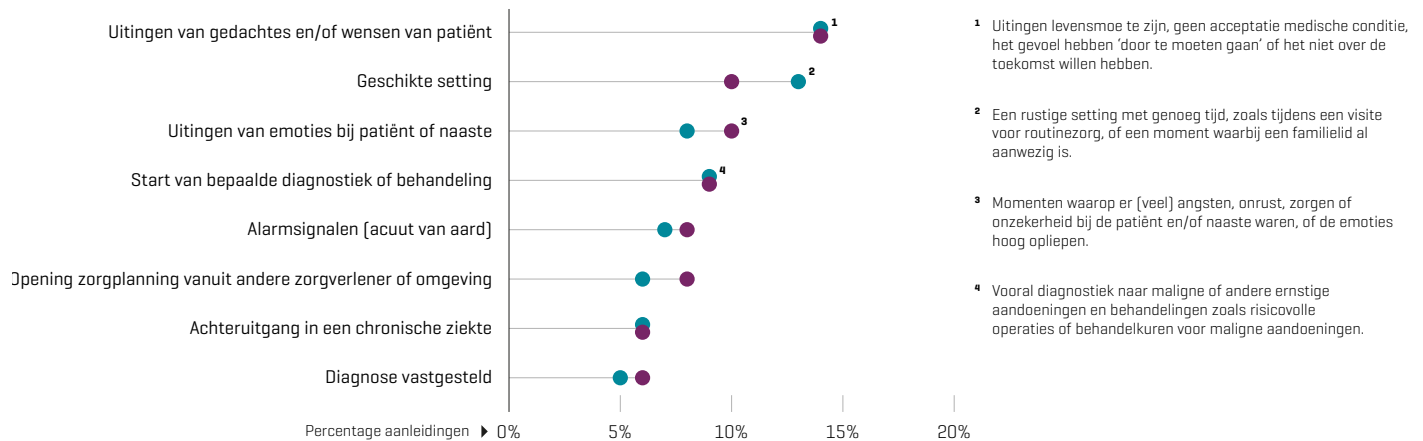
Figuur 1

Verdeling van de werkelijke versus de optimale ACP-timing bij patiënten met kanker (n = 16), orgaanfalen (n = 16) en multimorbiditeit (n = 11)



Figuur 2

Aanleidingen voor de werkelijke en de optimale ACP-timing



* Aanleidingen die meer dan 5% van het totaal aantal aanleidingen vormen.

Werkelijke versus optimale ACP-timing

In de totale groep van alle overleden patiënten lag de mediaan van de werkelijke ACP-timing 128 dagen voor het overlijden (IQR 299). De mediaan van de optimale ACP-timing lag 244 dagen voor het overlijden (IQR 307) (een verschil van 116 dagen, p -waarde $< 0,001$). In de dossiers van patiënten met kanker lag de mediaan van de werkelijke ACP-timing 23 dagen later dan de geschatte optimale ACP-timing (mediaan (IQR): 88 (299) versus 111 (248), p -waarde 0,049). In de dossiers van patiënten met orgaanfalen was dat 79 dagen later (mediaan (IQR): 227 (356) versus 306 (225), p -waarde 0,020). Bij de patiënten met multimorbiditeit ging het om 225 dagen later (mediaan (IQR): 113 (307) versus 338 (413), p -waarde 0,006) [figuur 1].

Aanleiding voor werkelijke versus optimale ACP-timing

Onze kwalitatieve analyse laat zien dat 'uitingen van gedachten en/of wensen van de patiënt' de meest voorkomende aanleiding waren voor de werkelijke ACP-timing (14%) en de optimale ACP-timing (14%) [figuur 2]. Hierna kwam 'geschikte setting' het meest voor als aanleiding voor de werkelijke (10%) en de optimale ACP-timing (13%). Met een 'geschikte setting' bedoelen we een rustige setting met genoeg tijd. Een aanleiding als 'uitingen van emoties bij de patiënt of naaste' (10% voor de werkelijke ACP-timing) zagen we ook veel. Voor de optimale ACP-timing kwam ook 'de start van bepaalde diagnostiek of de behandeling' geregeld voor als aanleiding (9%).¹⁴ Andere aanleidingen voor ACP waren onder meer het vaststellen van een diagnose van een ernstige ziekte of vermoeden daarvan, een ziekenhuisopname of functionele achteruitgang, zoals verminderde mobiliteit of grotere afhankelijkheid van hulpmiddelen of zorg.

BESCHOUWING

In de praktijk wordt ACP later gestart dan onafhankelijke huisartsen als optimaal aangeven, vooral bij patiënten met niet-maligne aandoeningen (orgaanfalen of multimorbiditeit).

De patiëntengroepen verschillen niet noemenswaardig wat betreft aanleidingen voor het daadwerkelijk starten van ACP in de praktijk en voor het optimale moment om ACP te starten. Wanneer zich een 'geschikte setting' voordoet, lijkt deze toch nog niet altijd benut te worden.

Het gegeven dat zorgverleners ACP in de praktijk vaak laat uitvoeren, is eerder beschreven.⁷ In een onderzoek waarin huisartsen werd gevraagd naar hun ervaring met ACP-gesprekken, geven ze aan dat het soms moeilijk is om met ACP te beginnen omdat ze bang zijn bij hun patiënten angst en onrust te veroorzaken en hen te overrompelen met iets waar ze mogelijk niet voor openstaan.⁶ Ook kan het voor patiënten moeilijk zijn om van tevoren te bedenken wat ze in een hypothetische situatie zouden willen.¹⁵ Uit ander onderzoek blijkt echter dat patiënten zelf graag tijdig praten over hun wensen met betrekking tot zorg in de toekomst. Deze gesprekken kunnen hen ook erg helpen, ook al roepen ze veel emoties op.^{16,17} Daarnaast kan de bereidheid om over bepaalde vormen van proactieve zorgplanning te praten na verloop van tijd en zelfs binnen een gesprek veranderen.¹⁸ Een mogelijkheid is om alleen over de onderwerpen te praten waarvoor de patiënt op dat moment al wel openstaat.¹⁸ Verder is het van belang in gesprek met elkaar te blijven en besproken voorkeuren wat betreft zorg geregeld opnieuw aan de orde te stellen.⁴

Implicaties voor de praktijk

Uit ons onderzoek blijkt dat er, in ieder geval 'terugkijkend', in veel gevallen mogelijk al eerder kansen zijn om met ACP-gesprekken te beginnen, vooral bij patiënten met orgaanfalen of multimorbiditeit. Het is dan ook belangrijk om vroeg in het verloop van een chronische ziekte of bij een stapeling van aandoeningen goed op signalen te letten en daar vervolgens ook naar te handelen door met de patiënt mogelijke wensen ten aanzien van toekomstige zorg te bespreken. Het is van belang om na te gaan of een patiënt laat blijken er (deels) klaar

voor te zijn, en te beginnen wanneer er tijd en ruimte zijn, en de patiënt qua gezondheid in 'rustig vaarwater' zit (net na een periode van ziekte of juist gedurende een periode voordat dat de gezondheid achteruitgaat). Bij patiënten met kanker kan bijvoorbeeld met ACP worden begonnen op het moment dat de diagnose wordt gesteld of soms zelfs al voor het inzetten van diagnostiek. In het geval van patiënten met orgaanfalen kan ACP na een exacerbatie of bij een ziekenhuisopname begonnen worden. Bij patiënten met multimorbiditeit kunnen de hogere leeftijd en functionele en algemene achteruitgang (denk aan symptomen als mobiliteitsverlies, groeiende afhankelijkheid, verergerende vermoeidheid en het verliezen van eetlust) een goede reden zijn om het gesprek over wensen voor toekomstige zorg te beginnen.

Sterke punten en beperkingen

De kwantitatieve analyse waarin we de werkelijke en de optimale ACP-timing vergelijken, gecombineerd met een kwalitatieve analyse van de aanleiding voor werkelijke en optimale ACP-timing maakt ons onderzoek origineel en waardevol. Een beperking is dat ACP in sommige gevallen mogelijk eerder is begonnen dan in het dossier geregistreerd is. De huisartsen die bij FaMe-Net zijn aangesloten registreren echter bovengemiddeld nauwkeurig. De optimale timing van ACP die elke onafhankelijke huisarts aangeeft is een subjectieve inschatting, maar doordat we meerdere huisartsen vroegen onafhankelijk van elkaar de optimale ACP-timing aan te geven en de prognostische onzekerheid weg te halen, hebben we dit zo veel mogelijk ondervangen. Omdat we dossiers gebruikten van niet-acuut overleden mensen bij wie ACP daadwerkelijk is vastgelegd, kunnen we niets zeggen over de eventuele timing van ACP en aanleidingen bij acuut overleden mensen, niet overleden mensen of mensen bij wie ACP niet is vastgelegd. Daarnaast maakten we voor het bepalen van de daadwerkelijke ACP-timing gebruik van dossiers uit de periode tussen 2003 en 2016. Omdat ACP de laatste jaren meer aandacht krijgt, kan de timing van ACP inmiddels verschoven zijn. Verder hebben we in de bepaling van de optimale ACP niet het standpunt van de patiënt meegenomen.

CONCLUSIE

Huisartsen starten ACP in de praktijk later dan onafhankelijke huisartsen op basis van dossiergegevens als optimaal inschat-



Foto: Margot Scheerder

ACP wordt in de praktijk later gestart dan onafhankelijke huisartsen als optimaal aangeven.

ten. Het is om allerlei redenen van belang om tijdig te overwegen om met ACP te starten, liefst al wanneer een eerste signaal zichtbaar wordt, vooral bij orgaanfalen en multimorbiditeit. De daarop volgende reflectie en eventuele aanpassing van de zorg krijgen in dat geval meer ruimte dan bij een reactief beleid, wanneer meerdere signalen zich opstapelen en de ziekte of achteruitgang al verder gevorderd is. ■

LITERATUUR

1. Mistry B, Bainbridge D, Bryant D, Tan Toyofuku S, Seow H. What matters most for end-of-life care? Perspectives from community-based palliative care providers and administrators. *BMJ Open* 2015;5:e007492.
2. Vedel I, Ghadi V, Lapointe L, Routelous C, Aegerter P, Guirmand F. Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: a qualitative study. *Palliat Med* 2014;28:1128-38.
3. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014;28:1000-25.

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

Tros W, Van Peet PG, Schers H, Numans ME, Van der Steen JT, Groenewoud AS. Is de timing van proactieve zorgplanning optimaal in de praktijk? *Huisarts Wet* 2023;66(9):10-3. DOI: 10.1007/s12445-023-2301-0.

Leids Universitair Medisch Centrum, Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: W. Tros, promovenda, w.tros@lumc.nl; dr. P.G. van Peet, huisarts, docent huisartsgeneeskunde; prof. dr. M. Numans, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. ir. J.T. van der Steen, hoofddocent. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, afdeling Radboud Institute for Health Sciences, Nijmegen: prof. dr. H. Schers, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof. dr. A.S. Groenewoud, bijzonder hoogleraar Ethiek van de zorg.

Nitrofurantoïne schiet vaak tekort bij mannen met cystitis

Tamara Platteel, Marijn Beets, Hendrik Teeuwissen, Thijs ten Doesschate, Roderick Venekamp, Alma van de Pol

Mannen met cystitis worden in Nederland bij voorkeur behandeld met nitrofurantoïne. Deze therapie faalt echter relatief vaak, mogelijk omdat de prostaat ongemerkt geïnfecteerd is of vanwege resistentieontwikkeling. In een retrospectief onderzoek had nitrofurantoïne in een kwart van de episodes onvoldoende effect en dit percentage steeg met de leeftijd. Het is daarom aan te bevelen om mannen met cystitis die behandeld worden met nitrofurantoïne een vangnetadvies mee te geven. Er zijn antibiotica met lagere faalpercentages, al hebben die ook hun nadelen.

De NHG-Standaard Urineweginfecties onderscheidt 2 typen urineweginfecties: met of zonder tekenen van weefselinvasie.¹ Cystitis is een infectie zonder tekenen van weefselinvasie en zonder koorts, algehele malaise, koude rillingen, flankpijn, perianale pijn, sepsis of delier. De behandeling van eerste keus is nitrofurantoïne met gereguleerde afgifte, 2 dd 100 mg gedurende 7 dagen. Tweede keus is trimethoprim 1 dd 300 mg gedurende 7 dagen. Internationaal beschouwt men urineweginfecties bij mannen meestal als infecties met weefselinvasie, in de veronderstelling dat de prostaat ook in meer of mindere mate geïnfecteerd is. Om deze reden krijgen mannen met cystitis in veel landen vaak een antibioticum dat goed in de weefsels doordringt, zoals ciprofloxacine.^{2,3} Ciprofloxacine heeft echter nadelen, waaronder het risico op ernstige bijwerkingen en resistentieontwikkeling.⁵ En trimethoprim dringt óók goed door in weefsels.⁴ Omdat gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van verschillende antibiotica bij mannen met cystitis ontbreekt, hebben wij in dit dossieronderzoek het klinische beloop na verschillende soorten antibiotica in kaart gebracht. We onderzochten ook hoe vaak huisartsen in de praktijk de aanbeveling opvolgen om nitrofurantoïne voor te schrijven.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Platteel TN, Beets MT, Teeuwissen HA, Doesschate T, Van de Wijgert HH, Venekamp RP, Van de Pol AC. Nitrofurantoin failure in males with an uncomplicated urinary tract infection: a primary care observational cohort study. *Br J Gen Pract* 2023;73:e204-10. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

We verrichtten een retrospectief cohortonderzoek met geanonimiseerde patiëntgegevens van het Julius Huisartsen Netwerk (JHN) van 2014 tot en met 2020. Bij het JHN zijn 84 huisartsenpraktijken in de regio Utrecht aangesloten met in totaal ongeveer 370.000 patiënten.⁶ Onze onderzoekspopulatie bestond uit volwassen mannen met cystitis die antibiotica kregen.

Na een selectie van dossiers op basis van ICPC-code screenen we alle SOEP-regels bij de betreffende episode op tekenen van weefselinvasie, door de patiënt gerapporteerd of door de huisarts geïdentificeerd. Episodes zonder tekenen van weefselinvasie beschouwden we als een cystitisepisode. Verder verzamelden we gegevens over leeftijd, comorbiditeiten, antibioticavoorschriften en verwijzingen naar de tweede lijn.

Therapiefalen definieerden we als een nieuw voorschrift voor een ander antibioticum dat bij een urineweginfectie past, of als een spoedverwijzing naar de tweede lijn binnen 24 uur. Voorschriften voor nitrofurantoïne of trimethoprim, zoals de NHG-Standaard adviseert, beschouwden we als richtlijnadherent. Voorschriften voor ciprofloxacine, amoxicilline/clavulaanzuur of trimethoprim/sulfamethoxazol beschouwden we in principe als niet-adherent, behalve wanneer er in het voorafgaande jaar sprake was geweest van therapiefalen. Voorschriften voor norfloxacine en fosfomycine beschouwden we nooit als richtlijnadherent, want deze middelen worden niet aanbevolen voor mannen. Dat wil overigens niet zeggen dat zulke behandelbeslissingen ‘fout’ waren, want er kunnen goede argumenten zijn om een niet-adherent middel voor te schrijven, zoals kwetsbaarheid of een allergie.

Analyses

De proporties van therapiefalen per antibioticum werden uitgedrukt in percentages met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). We gebruikten een random intercept logistisch regressiemodel om het effect van leeftijd en comorbiditeit op het falen van nitrofurantoïne te bepalen. Dit type model corrigeert voor het feit dat meerdere episodes van dezelfde patiënt konden worden meegenomen. De adherentie aan de richtlijn berekenden we door het aantal episodes met een adherent voorschrift te delen door het totaal aantal episodes van cystitis. Ook berekenden we bij hoeveel episodes een voorschrift van de juiste duur werd gegeven. Statistische analyses werden uitgevoerd met MedCalc en SPSS-versie 26.0.0.1.⁷

RESULTATEN

We vonden 10.055 episodes van een urineweginfectie, waarvan 6805 episodes van cystitis (68%). Het betrof 4876 individuele mannen met cystitis. Hun mediane leeftijd was 69 jaar (interkwartielafstand 55-79), 38% had een cardiovasculaire ziekte en 24% had diabetes.

Therapiefalen bij mannen met cystitis

Zoals de [figuur] laat zien, trad therapiefalen op in een kwart van de episodes van cystitis die met nitrofurantoïne werden behandeld (929/3788; 92% antibioticumwissel, 4,8% verwijzing, 3,6% beide). Het faalpercentage nam toe met de leeftijd, de OR per extra levensjaar was 1,01 (95%-BI 1,01 tot 1,02). Comorbiditeit speelde hierbij geen significante rol. Bij ciprofloxacine trad therapiefalen op in 10% van de episodes (198/1887; 79% antibioticumwissel, 19% acute verwijzing, 2% beide), bij amoxicilline/clavulaanzuur was dat 20% (92/470; 93% antibioticumwissel, 5% acute verwijzing, 1%

WAT IS BEKEND?

- Nitrofurantoïne is in Nederland de behandeling van eerste keus bij mannen met cystitis; trimethoprim is de tweede keus.
- In veel landen wordt geadviseerd om mannen met cystitis te behandelen met een antibioticum dat goed penetreert in de weefsels, zoals ciprofloxacine.

WAT IS NIEUW?

- Nederlandse huisartsen schreven in 38% van de episodes een ander antibioticum voor dan nitrofurantoïne of trimethoprim; meestal was dat ciprofloxacine.
- In 25% van de episodes faalde nitrofurantoïne en kreeg de man een ander antibioticum of werd verwezen naar het ziekenhuis. Dit percentage steeg met de leeftijd.
- Ciprofloxacine [10%], trimethoprim/sulfamethoxazol [14%] en amoxicilline/clavulaanzuur [20%] hebben lagere faalpercentages, maar ook nadelen, zoals bijwerkingen en resistentieontwikkeling.

beide), bij trimethoprim/sulfamethoxazol 14% (40/285; 85% antibioticumwissel, 13% acute verwijzing, 3% beide) en bij trimethoprim 25% (46/185; 87% antibioticumwissel, 7% acute verwijzing, 7% beide). Bij deze middelen nam de kans op therapiefalen niet toe met de leeftijd.

Adherentie

In 62% van de episodes was het voorschrift conform de aanbeveling uit de NHG-Standaard. In de niet-adherente groep was

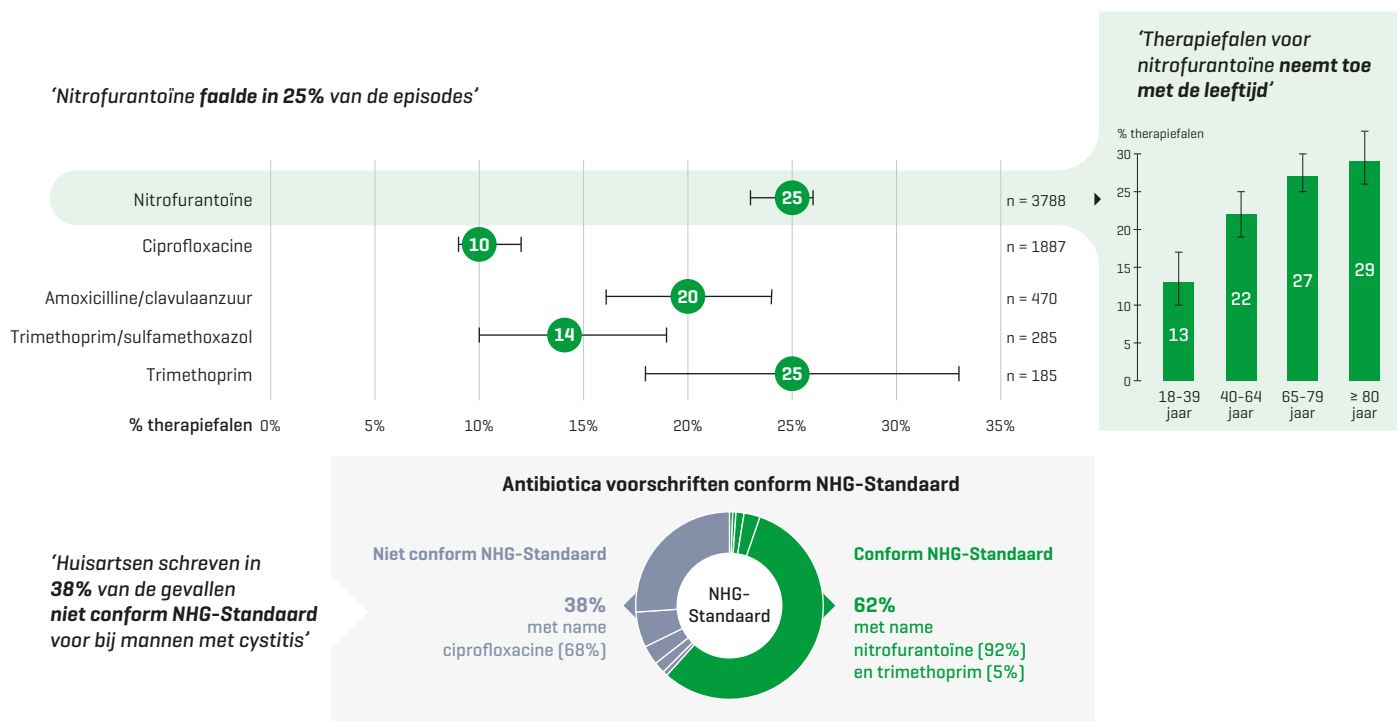


Mannen met cystitis worden in Nederland bij voorkeur behandeld met nitrofurantoïne, maar deze behandeling faalt relatief vaak.

Foto: Shutterstock

Figuur

Percentage therapiefalen voor verschillende antibiotische regimes



Figuur: Studio Wiegens

ciprofloxacin (68%) het meest voorgeschreven antibioticum. Leeftijd was niet significant geassocieerd met niet-adherent voorschrijven, maar een aantal comorbiditeiten (urologische of nefrologische aandoeningen en afweerstoornissen) waren dat wel.

Nitrofurantoïne werd voor het overgrote deel (91%) voorgeschreven voor de aanbevolen 7 dagen. We vonden geen aanwijzingen dat therapiefalen vaker optrad als nitrofurantoïne voor 5 in plaats van 7 dagen werd voorgeschreven (21 versus 25%; exploratieve analyse).

BESCHOUWING

Ons observationele onderzoek laat zien dat nitrofurantoïne in een kwart van de episodes van cystitis bij mannen niet het beoogde effect had. Het faalpercentage, dat toenam met de leeftijd, is over het geheel genomen hoger dan dat van ciprofloxacin (10%), trimethoprim/sulfamethoxazol (14%) en amoxicilline/clavulaanzuur (20%), en vergelijkbaar met dat van trimethoprim (25%). In 38% van de episodes week de huisarts af van het advies in de NHG-Standaard, meestal door ciprofloxacin voor te schrijven in plaats van nitrofurantoïne.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van ons onderzoek is dat wij gebruikmaakten van routinezorggegevens uit de eerste lijn. Hierdoor konden we een groot aantal episodes van cystitis bij mannen een beeld krijgen van het therapiefalen in verschillende leeftijdsgroepen. Op basis van de vrijetekstvelden in de dossiers konden we

onderscheid maken tussen cystitis en urineweginfecties met weefselinvasie en we konden therapiefalen vaststellen door te kijken of er een antibioticumwissel dan wel een acute verwijzing naar het ziekenhuis had plaatsgevonden.

Ons onderzoek had ook enkele tekortkomingen. Ten eerste is het vanwege het retrospectieve karakter onzeker of er daadwerkelijk geen weefselinvasie was. Het is mogelijk dat tekenen van weefselinvasie niet genoteerd zijn in het dossier of onopgemerkt zijn gebleven. Dit is echter in de dagelijkse praktijk niet anders. Ten tweede beschikten we niet over gegevens van huisartsenposten en over overlijdensgegevens. Dit kan mogelijk geleid hebben tot onderschatting van het therapiefalen. We achten het echter onwaarschijnlijk dat deze beperking verschillend zou hebben uitgewerkt voor ieder type antibioticum. Ten derde kunnen huisartsen goede redenen hebben gehad om af te wijken van de NHG-Standaard, bijvoorbeeld bij kwetsbare patiënten of vanwege allergieën. Een laatste beperking is dat het een observationeel onderzoek was, dus vatbaar voor *confounding by indication*. Het is mogelijk dat de groep die nitrofurantoïne kreeg niet helemaal vergelijkbaar is met de andere groepen, bijvoorbeeld wat betreft de ernst van de ziekte. Of andere antibiotica werkelijk effectiever zijn dan nitrofurantoïne bij mannen met cystitis, is alleen vast te stellen met gerandomiseerd onderzoek.

Vergelijking met bestaande literatuur

Omdat Nederland een van de weinige landen is waar nitrofurantoïne wordt aanbevolen bij mannen met cystitis, is het

meeste onderzoek van Nederlandse oorsprong. Een eerder, kleiner onderzoek van onze groep naar nitrofurantoïne bij oudere mannen met cystitis liet een vergelijkbaar faalpercentage (27%) zien.⁸ De NHG-Standaard haalt een ongepubliceerd onderzoek van het Nivel aan waarin het therapiefalen bij nitrofurantoïne bij mannen van alle leeftijden wordt geschat op 27%.¹ In dit laatste onderzoek omvatte therapiefalen echter ook antibiotica die waarschijnlijk niet werden voorgeschreven voor cystitis, en de follow-up was 60 dagen. Een derde Nederlands onderzoek bij mannelijke patiënten die poliklinisch behandeld werden met nitrofurantoïne liet zien dat 5,4% binnen 3 dagen een ander antibioticum kreeg voorgeschreven, ongeacht de leeftijd.⁹ Dit lagere risico op therapiefalen wordt waarschijnlijk verklaard door de korte follow-up.

Deze faalpercentages komen grotendeels overeen met de cijfers uit het Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem-Antibiotica Resistentie (ISIS-AR) van het RIVM. Blijkens deze cijfers zijn de resistentiecijfers voor alle pathogenen samen (dus niet alleen *E. coli*) in urinekweken van mannen uit de eerste lijn als volgt: nitrofurantoïne 26%, ciprofloxacine 19%, amoxicilline/clavulaanzuur 32%, trimethoprim/sulfamethoxazol 32%, trimethoprim 36%.¹ Dat de meeste resistentiepercentages iets hoger zijn dan de door ons gevonden faalpercentages strookt met de bevinding dat invitroresistentie niet altijd leidt tot therapiefalen.¹⁰

Voor zover ons bekend zijn buiten Nederland slechts 2 onderzoeken naar nitrofurantoïne bij mannen gepubliceerd. In een Amerikaans retrospectief onderzoek bleek nitrofurantoïne klinisch effectief bij 77%, maar 32% van deze mannen had een katheter, dus de resultaten zijn moeilijk te generaliseren. Een Zweeds retrospectief onderzoek bij 69 mannen vond in slechts 1 geval therapiefalen van nitrofurantoïne, maar de steekproef was zeer klein.¹²

In ons onderzoek volgde de huisarts de richtlijn in 62% van de episodes. Dat is vergelijkbaar met de 50% die gevonden werd in het enige andere ons bekende adherentieonderzoek. Deze onderzoekers vonden ook een vergelijkbaar laag percentage voorschriften voor trimethoprim (3 versus 4,4%).¹³

Implicaties voor de praktijk

Wij vonden een hoger percentage therapiefalen voor nitrofurantoïne dan voor ciprofloxacine, amoxicilline/clavulaanzuur en trimethoprim/sulfamethoxazol, vooral bij oudere mannen met cystitis. Ons onderzoek was echter observationeel, dus causaliteit is nog niet aangetoond en de praktische implicaties moeten verder worden uitgezocht. Daarom denken wij dat gerandomiseerd onderzoek naar de optimale behandelingsstrategie voor mannen met cystitis nodig is, evenals onderzoek naar de gevolgen van therapiefalen voor de individuele patiënt. Het percentage patiënten dat naar het ziekenhuis werd verwezen omdat nitrofurantoïne faalde, was in ons onderzoek niet erg hoog (9%), maar zulk falen kan ernstige gevolgen hebben. Daarom zou onderzocht moeten worden welke pa-

tiënten een verhoogd risico hebben op therapiefalen en of dit te voorkomen is, met kweekdata om aan te tonen of het falen vooral gekoppeld is aan resistentie of aan andere factoren, zoals slechte weefselpenetratie.

Ook als een ander antibioticum effectiever zou blijken dan nitrofurantoïne, zou dat middel niet vanzelfsprekend de eerste keuze worden. Men moet immers ook rekening houden met mogelijke bijwerkingen en met resistentieontwikkeling. Ciprofloxacine bijvoorbeeld is berucht vanwege ernstige bijwerkingen, zoals peesontsteking en peesrupturen, psychische en neurologische klachten, en aneurysmata en aortadissectie (zeldzaam).⁵ Amoxicilline/clavulaanzuur en trimethoprim zijn waarschijnlijk evenmin goede alternatieven vanwege hun hoge faalpercentages (waarschijnlijk door resistentieontwikkeling).¹ Het is onduidelijk of therapiefalen kan worden voorkomen door meer aandacht te besteden aan bepaalde onderdelen van de anamnese of het lichamelijk onderzoek, of door alerter te zijn op tekenen van wefselinvasie. Gezien de nadelen is het onzes inziens niet aangewezen om nitrofurantoïne als standaardbehandeling te vervangen door ciprofloxacine. In elk geval valt het te overwegen om met name oudere mannen die worden behandeld met nitrofurantoïne een goed vangnetadvies mee te geven.

CONCLUSIE

Nitrofurantoïne en trimethoprim zijn de middelen van eerste en tweede keuze bij mannen met cystitis, maar huisartsen schreven in 38% van de episodes een ander antibioticum voor, meestal ciprofloxacine. Nitrofurantoïne-falen kwam frequent voor en nam toe met de leeftijd. ■

LITERATUUR

1. Bouma M, Geerlings SE, Klinkhamer S, Knottnerus BJ, Platteel TN, Reuland EA, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties. Utrecht: NHG, 2020.
2. Wagenlehner FM, Wullt B, Perletti G. Antimicrobials in urogenital infections. *Int J Antimicrob Agents* 2011;38 Suppl:3-10.
3. EAU guideline Urological infections. <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections/chapter/the-guideline>, geraadpleegd 18 april 2023.

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

Platteel TN, Beets MT, Teeuwissen HA, Thijs ten Doesschate, Venekamp RP, Van de Pol AC. Nitrofurantoïne bij mannen met cystitis. *Huisarts Wet* 2023;66[9]:14-9. DOI:10.1007/s12445-023-2311-y. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Utrecht: dr. T.N. Platteel, huisarts, universitair docent: t.n.platteel-3@umcutrecht.nl; M.T. Beets, student geneeskunde; H.A. Teeuwissen, student geneeskunde; dr. R.P. Venekamp, huisarts, universitair docent; dr. A.C. van de Pol, huisarts, universitair docent. Jeroen Bosch ziekenhuis, Afdeling Interne Geneeskunde, Den Bosch: dr. T. ten Doesschate, internist-infectioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Man-vrouwverschillen in voorgeschreven medicatie bij DM2

Sieta de Vries, Martina Ambrož, Petra Denig

Behandelrichtlijnen voor patiënten met diabetes mellitus type 2 maken geen onderscheid tussen vrouwen en mannen wat betreft de streefwaarden voor en behandelingen van HbA1c, systolische bloeddruk en LDL-cholesterol. Eerder onderzoek suggereert echter dat vrouwen voor cardiometabole risico's minder goed behandeld worden dan mannen. Ons onderzoek bevestigt dit beeld. We vonden weliswaar geen verschillen in het starten of intensiveren van glucose- of bloeddrukverlagende medicatie, maar vrouwen bleken wel minder vaak te starten met een statine en minder vaak metformine als glucoseverlagende medicatie en RAAS-remmers bij albuminurie te krijgen. De behandeling van cardiometabole risicofactoren vraagt bij vrouwen om een aanpak op maat.

De richtlijnen voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 (DM2) en cardiovasculair risicomanagement zijn voor vrouwen en mannen hetzelfde. In de praktijk zijn echter wel man-vrouwverschillen geconstateerd in het behalen van behandeldoelen: vrouwen blijken minder vaak de doelen te behalen voor met name cholesterol.¹ In Nederland bleek dit ook het geval: een onderzoek met gegevens uit 2013 toonde aan dat het LDL-cholesterol bij vrouwen (na leeftijdscorrectie) gemiddeld 0,17 mmol/l hoger was dan bij mannen.² Ook zijn er verschillen geconstateerd in de voorgeschreven medicatie.¹ Uit het onderzoek bleek dat de kans op behandeling in de totale populatie niet significant verschilde, maar dat vrouwen met een historie van hart- en vaatziekten minder vaak een cholesterolverlager kregen dan mannen.² Onduidelijk is in hoeverre er tussen vrouwen en mannen met diabetes consistente verschillen zijn in de kwaliteit van de medicamenteuze behandeling.

Wij deden onderzoek met gegevens van patiënten die voor hun diabetes behandeld worden in Nederlandse huisartsenpraktijken. Daarbij wilden we met een set van kwaliteitsindicatoren meer inzicht krijgen in man-vrouwverschillen in het voorschrijfpatroon.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Ambrož M, Geelink M, Smits KPJ, De Vries ST, Denig P. Sex disparities in medication prescribing amongst patients with type 2 diabetes mellitus managed in primary care. *Diabet Med* 2023;40:e14987. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Voor ons cohortonderzoek gebruikten we gegevens uit de *Groningen Initiative to ANalyze Type 2 diabetes Treatment* (GIANTT; www.giantt.nl) database.³ Deze database bevat geanonimiseerde gegevens afkomstig uit de elektronische patiëntendossiers van een dynamisch cohort van meer dan 50.000 patiënten met DM2 in Noord-Nederland. We hebben de man-vrouwverschillen in voorschrijfpatronen eerst geëvalueerd voor het jaar 2019 en dat vervolgens herhaald voor 2012, 2017 en 2021. Inclusiecriteria van patiënten waren: 18 jaar of ouder, een valide datum voor de diagnose van DM2, behandeld voor diabetes door een huisarts, aanwezig in de database gedurende het hele kalenderjaar plus minimaal 1 jaar voorafgaande medische geschiedenis.

Kwaliteitsindicatoren

De kwaliteit van zorg – of de zorg geleverd wordt volgens behandelrichtlijnen – hebben we geëvalueerd met zogenoemde kwaliteitsindicatoren. Eerder is in een Delphi-onderzoek met 10 deskundigen een set van 20 kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor het voorschrijven van medicatie bij mensen met DM2.⁴ Deze indicatoren zijn gericht op het voorschrijven van glucose-, cholesterol-, bloeddruk- en albuminurieverlagende medicatie volgens de NHG-Standaarden en in verschillende eerstelijnspopulaties gevalideerd op meetbaarheid en klinische relevantie.^{4,5} Acht indicatoren evalueren of aanbevolen medicatie is voorgeschreven zonder rekening te houden met het al dan niet behalen van streefdoelen (prevalent gebruik en inzet van eerstekeusmedicatie). Acht indicatoren stellen vast of

bepaalde medicatie gestart dan wel geïntensiveerd is wanneer behandeldoelen niet worden behaald (klinische actie). Vier indicatoren richten zich op medicatieveiligheid door te kijken naar mogelijke overbehandeling en het voorschrijven van risicovolle medicatie. Deze set geeft daarmee een genuanceerder beeld van het voorschrijfpatroon dan wanneer we alleen naar het prevalentie medicatiegebruik kijken.

We analyseerden man-vrouwverschillen in de 20 kwaliteitsindicatoren met logistische regressieanalyses, waarbij we in aanvullende analyses corrigeerden voor verschillen in leeftijd, nierfunctie en aanwezigheid of historie van hart- en vaatziekten. We presenteren de oddsratio's (OR) met betrouwbaarheidsintervallen (BI). Het volledige onderzoek en een beschrijving van de gebruikte definities voor deze kwaliteitsindicatoren is te vinden in een eerdere publicatie.⁶ Voor de analyses gebruikten we Stata, versie 14 (Stata Corp., College Station, TX), waarbij we een p-waarde < 0,05 als statistisch significant beschouwden.

RESULTATEN

In totaal includeerden we 10.456 patiënten voor het jaar 2019. Van hen was 47% vrouw. Vrouwen waren gemiddeld 2 jaar ouder, hadden een iets slechtere nierfunctie en minder vaak hart- en vaatziekten. We vonden statistisch significante verschillen in 5 van de 20 kwaliteitsindicatoren, waarbij minder vrouwen dan mannen de aanbevolen medicamenteuze behandeling ontvingen [figuur].

Minder vaak voorgeschreven

Voor de indicatoren gericht op prevalentie medicatiegebruik zagen we dat vrouwen minder vaak metformine kregen voorgeschreven als glucoseverlagende medicatie (82% versus 87%, OR 0,70; 95%-BI 0,61 tot 0,80), terwijl er bij de start van de behandeling geen significant verschil was in de keuze voor metformine. Vrouwen kregen ook minder vaak statines voorgeschreven in de leeftijdscategorie van 55 tot 80 jaar, waarin statines doorgaans zijn aanbevolen (59% versus 64%, OR 0,80; 95%-BI 0,73 tot 0,89). Daarnaast kregen minder vrouwen een behandeling met een renine-angiotensine-aldosteronsysteemremmer (RAAS-remmer) bij albuminurie (75% versus 82%, OR 0,64, 95%-BI 0,49 tot 0,85) en bij meerdere voorgeschreven antihypertensiva (82% versus 89%, OR 0,55; 95%-BI 0,46 tot 0,64). Wat betreft het voorschrijven van andere middelen, zoals de combinatie van metformine en een sulfonyleuremderivaat, vonden we geen significante man-vrouwverschillen.

Minder vaak opgehoogd

Bij de indicatoren die klinische actie evalueren zagen we dat statines bij een blijvend verhoogde LDL-cholesterolwaarde (> 2,5 mmol/L) bij vrouwen minder vaak worden gestart dan bij mannen (20% versus 25%, OR 0,75; 95% BI 0,58 tot 0,96). Klinische actie voor het intensiveren van statines (een potentere statine) of het starten en intensiveren van glucose-, bloeddruk- en albumineverlagende medicatie was vergelijkbaar voor vrou-

WAT IS BEKEND?

- De behandelrichtlijnen voor patiënten met diabetes mellitus type 2 maken geen onderscheid tussen vrouwen en mannen.
- In de praktijk zijn inconsistente man-vrouwverschillen gevonden in de diabeteszorg.

WAT IS NIEUW?

- Bij 5 van de 20 onderzochte kwaliteitsindicatoren gericht op het voorschrijven van medicatie bij mensen met diabetes mellitus type 2 vonden we man-vrouwverschillen.
- Bij vrouwen worden statines minder vaak gestart en is het prevalentie gebruik van statines, van RAAS-remmers bij albuminurie en van metformine lager dan bij mannen.
- Voor het starten of intensiveren van glucose-, bloeddruk- en albumineverlagende medicatie, en voor indicatoren van medicatieveiligheid vonden we geen man-vrouwverschillen.

wen en mannen, met respectievelijk verhoogde LDL-cholesterol-, HbA1c-, systolische bloeddruk- of albuminuriewaarden. Verder vonden we ook geen man-vrouwverschillen in de kwaliteitsindicatoren gericht op medicatieveiligheid. De bevindingen zijn vergelijkbaar wanneer we corrigeren voor man-vrouwverschillen in leeftijd, nierfunctie en aanwezigheid of historie van hart- en vaatziekten. Met uitzondering van het verschil in voorschrijven van RAAS-remmers bij albuminurie waren alle man-vrouwverschillen over de jaren consistent.

BESCHOUWING

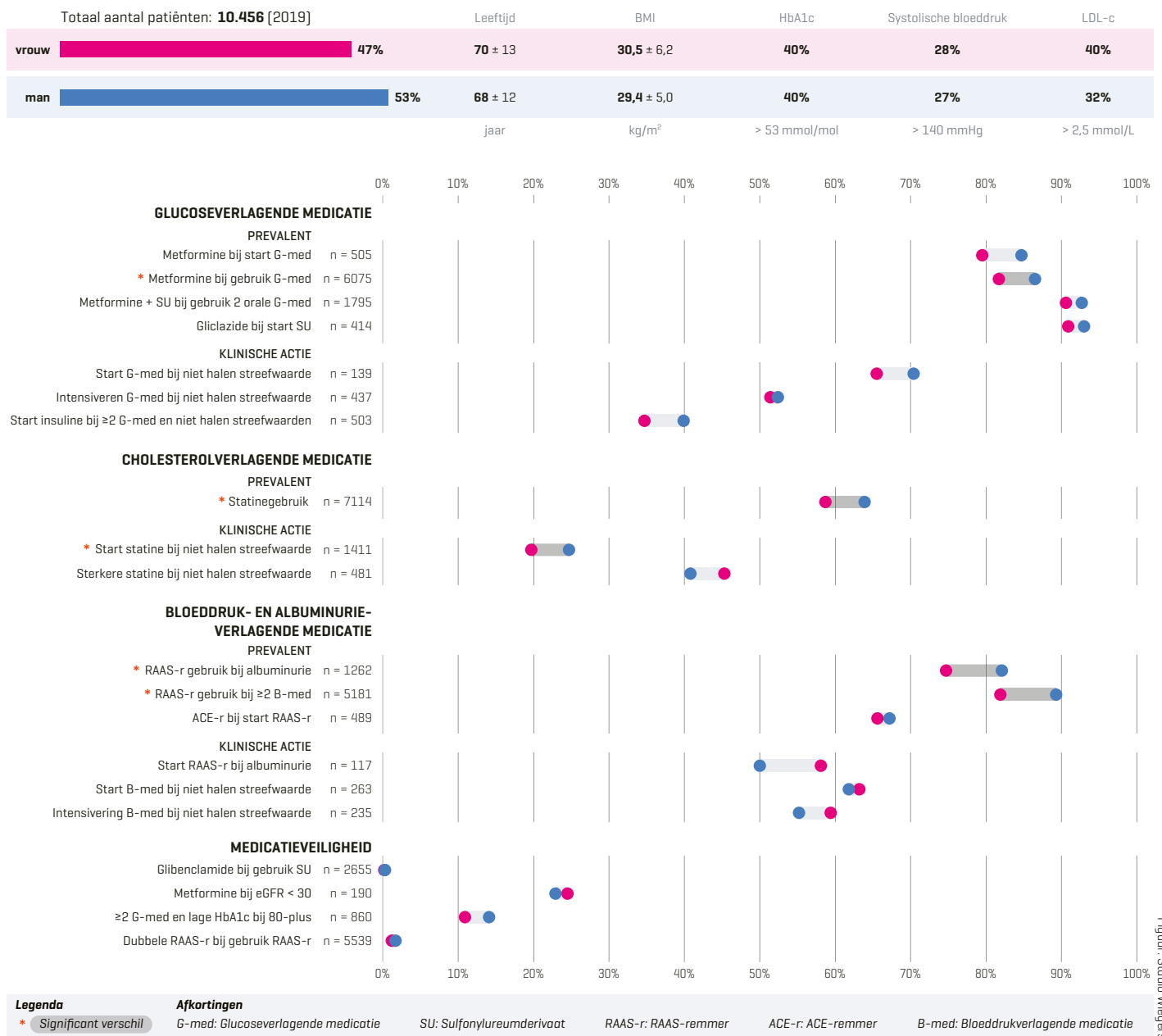
We hebben de man-vrouwverschillen in het voorschrijven van medicatie bij mensen met DM2 in kaart gebracht met een brede set van kwaliteitsindicatoren. Het prevalentie gebruik van bepaalde geneesmiddelen lag bij vrouwen zo'n 5-7% lager dan bij mannen, terwijl er met uitzondering van statines geen man-vrouwverschillen waren in het starten van deze medicatie. Bij beide groepen lag het starten met glucose- en bloeddrukverlagende medicatie hoger (60-70%), dan het intensiveren van deze medicatie (35-60%) of het starten met statines (20-25%).

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van dit onderzoek zijn het gebruik van een uitgebreide, gevalideerde set van kwaliteitsindicatoren en longitudinale gegevens over de voorgeschreven medicatie én de klinische bepalingen in een groot eerstelijnspatiëntencohort. Het aantal patiënten in de noemer van sommige indicatoren is klein, waardoor alleen grote verschillen statistisch significant zijn. Ook betreft het een populatie in Noord-Nederland, waardoor het onzeker is of alle bevindingen te generaliseren zijn naar patiënten in andere delen van het land. Verder kent het gebruik van eerstelijnspraktijkgegevens beperkingen, bijvoor-

Figuur

Populatiekenmerken en man-vrouwverschillen in voorgeschreven medicatie bij diabetes mellitus type 2



beeld omdat de medische historie onvolledig was, of omdat meetwaarden of voorschriften uit de tweede lijn ontbraken.

Vergelijking met eerder onderzoek

Eerder onderzoek heeft onvoldoende uitsluitsel gegeven over man-vrouwverschillen in de medicamenteuze behandeling van patiënten met DM2.¹ Deze onderzoeken hebben hun beperkingen doordat ze focussen op de mate van controle van risicofactoren of alleen op het prevalentiegebruik van medicatie. Ons onderzoek geeft een genuanceerder inzicht in man-vrouwverschillen in het voorschrijfpatroon omdat we kijken naar veranderingen in medicatie in relatie tot het behalen van streefdoelen. Onze bevinding dat er alleen verschillen zijn in het starten

en het prevalentiegebruik van statines, maar niet in het starten en intensiveren van glucose- en bloeddrukverlagende medicatie verklaart eerdere bevindingen over het behalen van streefwaarden.¹ Daarbij vonden de onderzoekers wel man-vrouwverschillen in het behalen van cholesterolstreefwaarden, maar niet in HbA1c- en systolische bloeddrukwaarden.¹

Bijwerkingen en tolerantieproblemen

De bevinding dat er geen man-vrouwverschillen zijn bij het starten met metformine of met een RAAS-remmer, maar dat het prevalentiegebruik met deze middelen wel lager ligt bij vrouwen, suggereert dat vrouwen meer tolerantieproblemen hebben met deze middelen. Eerder onderzoek bevestigt dat



Bij vrouwen met DM2 worden statines minder vaak gestart en is het gebruik van statines, van RAAS-remmers bij albuminurie en van metformine lager.

Foto: iStock

vrouwen vaker bijwerkingen ervaren en rapporteren dan mannen, ook voor metformine, RAAS-remmers en statines.⁷⁻¹¹ De vraag is of dit ertoe leidt dat zorgverleners bij vrouwen minder vaak starten met statines of dat andere factoren een rol spelen, zoals verwachtingen van patiënten over de effectiviteit en veiligheid van statines, die ook kunnen verschillen tussen mannen en vrouwen.¹²

Het voorschrijfpatroon is een reflectie van behandelkeuzen die – al dan niet in samenspraak met de patiënt – zijn genomen op basis van individuele patiëntkenmerken of -voorkeuren, waarmee we in onze analyses niet volledig rekening kunnen houden.

Klinische implicaties

Gezien het extra verhoogde risico op cardiovasculaire en renale complicaties bij met name vrouwen met DM2, is het wel zorgelijk dat vrouwen minder vaak statines en RAAS-remmers krijgen voorgeschreven dan mannen.¹³⁻¹⁵ Verder onderzoek is nodig om vast te stellen of dergelijke verschillen toe te schrijven zijn aan meer (angst voor) bijwerkingen bij vrouwen of aan andere factoren. Los van de oorzaken laat ons onderzoek zien dat er met name bij vrouwen voldoende aandacht moet zijn voor een op maat gemaakte behandeling, zeker waar het gaat om cholesterol- en albuminurieverlagende medicatie. Verlagen van de dosering of overstappen op een laagpotente statine of andere RAAS-remmer kan nodig zijn om voldoende effect met minder bijwerkingen te behalen.¹⁶

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat mannen en vrouwen met DM2 gelijk behandeld worden wat betreft het starten en intensiveren van medicatie, met uitzondering van statines. In beide groepen lijkt er sprake te zijn van enige klinische inertie, wat wil zeggen dat er mogelijk sprake is van het niet tijdig starten

of ophogen van de medicatie. Daarnaast bracht ons onderzoek belangrijke man-vrouwverschillen aan het licht in de voorgeschreven medicatie bij patiënten met DM2, die duiden op onderbehandeling van vrouwen en mogelijk het gevolg zijn van verschillen in tolerantie. Om het risico op cardiovasculaire en renale complicaties te verlagen is vooral aandacht gewenst voor het starten en continueren van statines en RAAS-remmers bij vrouwen met diabetes. ■

LITERATUUR

1. De Ritter R, De Jong M, Vos RC, Van der Kallen, Carla J H, Sep SJS, et al. Sex differences in the risk of vascular disease associated with diabetes. *Biol Sex Differ* 2020;11:1.
2. De Jong M, Vos RC, De Ritter R, Van der Kallen CJ, Sep SJ, Woodward M, et al. Sex differences in cardiovascular risk management for people with diabetes in primary care: a cross-sectional study. *BJGP Open* 2019;3:bjgpopen19X101645.
3. Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Van der Meer K, De Zeeuw D, Wolfenbutter BHR, Hoogenberg K, et al. Identifying targets to improve treatment in type 2 diabetes; the Groningen Initiative to aNalyse Type 2 diabetes Treatment (GIANTT) observational study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010;19:1078-86.

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

De Vries ST, Ambrož M, Denig P. Man-vrouwverschillen in voorgeschreven medicatie bij DM2. *Huisarts Wet* 2023;66(9):20-3. DOI: 10.1007/s12445-023-2312-x.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Klinische Farmacie en Farmacologie, Groningen: dr. S.T. de Vries, postdoctoraal onderzoeker; M. Ambrož, promovenda; prof. dr. P. Denig, hoogleraar kwaliteit van geneesmiddelgebruik, p.denig@umcg.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: M. Ambrož en S.T. de Vries ontvingen subsidie voor dit onderzoek van de European Union's Horizon 2020 research and innovation program under the Marie Skłodowska-Curie grant agreement No 754425.

Charlotte Bekker verrichtte promotieonderzoek, dat in 2018 leidde tot de publicatie *Sustainable use of medication: Medication waste and feasibility of redispensing*. Voor haar onderzoek naar het tegengaan van medicijnverspilling werd ze beloond met de Hermesdorf Talentprijs 2020. Ze werkt als senior onderzoeker op de afdeling farmacie van het Radboudumc.

‘Grofweg 30% van de patiënten houdt medicatie over’

Gezamenlijk medicatieverspilling voorkomen

Frank van Wijck, Linn Dobrowolski, Susanne Claessen



Medicatieverspilling is een wereldwijd probleem. Het kost de samenleving veel geld en is schadelijk voor het milieu. Senior onderzoeker Charlotte Bekker (Radboudumc) ziet concrete mogelijkheden om dit probleem aan te pakken. Dit vergt wat van de huisarts, de apotheker, het stelsel én de patiënt, zegt ze.

Interesse in gezondheid en zorg had Bekker altijd al. Tijdens haar studie biomedische wetenschappen werd ze gegrepen door onderzoek, met name op het terrein van maatschappelijke uitdagingen. ‘In Utrecht kwam ik in contact met een onderzoeksgroep die zich bezighield met medicatieverspilling’, vertelt ze. ‘Ik werd enthousiast van de problematiek die zij schetsten. Promotieonderzoek naar de mogelijkheden van heruitgifte van ongebruikte medicatie was dus een logisch gevolg.’

Ze toonde in haar onderzoek aan dat heruitgifte van deze middelen mogelijk is en tot aanzienlijke kostenbesparingen kan leiden. Het leidde tot een aanstelling als senior onderzoeker bij de afdeling farmacie van het Radboudumc, waarin ze zich richt op duurzaam medicatiegebruik.

Kosten en milieu

De 2 voornaamste problemen van medicatieverspilling zijn de kosten en de milieu-impact, stelt Bekker. ‘Geneesmiddelen staan in de top 3 van vervuilers in de zorg’, zegt ze. ‘Het produceren van geneesmiddelen is erg resource/materiaal-intensief. Het probleem is meerledig: er wordt te veel voorgeschreven, patiënten zijn therapieontrouw, verpakkingsgroottes sluiten niet aan op de individuele patiënt. Wat overblijft wordt verbrand, wat CO₂-uitstoot

geeft. Of patiënten gooien het weg of spoelen het door de wc, wat directe milieuvervuiling is.’

Om een zo concreet mogelijk beeld te krijgen van de mate van medicatieverspilling heeft de onderzoeksgroep van Bekker gedurende een week in 40 openbare apotheken gemeten hoeveel geneesmiddelen patiënten terugbrengen. ‘We zagen vanzelfsprekend een diversiteit aan geneesmiddelen,’ vertelt ze. ‘Grofweg houdt 30% van de patiënten medicatie over, variërend van een enkele pil tot meer. Dat is gebaseerd op wat patiënten terugbrengen naar de apotheek; we weten natuurlijk niet wat ze niet terugbrengen.’

Laaghangend fruit

Alle geneesmiddelen die worden teruggebracht naar de apotheek, worden vernietigd. ‘Terwijl het merendeel van goede kwaliteit is,’ zegt Bekker. ‘Op jaarbasis wordt voor minimaal 100 miljoen euro aan geneesmiddelen weggegooid. Waarschijnlijk is dit nog een onderschatting. Hier iets tegen doen is echt laaghangend fruit om de zorgkosten betaalbaar te houden. Het grootste gedeelte van de financiële verspilling heeft weliswaar betrekking op dure geneesmiddelen, maar het grootste volume heeft betrekking op de middelen die in de eerste lijn worden verstrekt. Daarvan is ook de milieu-impact het grootst. Het probleem is echter dat deze middelen dermate goedkoop zijn dat interventies om verspilling tegen te gaan al snel duurder zijn dan wat ze financieel opleveren. Maar als we een kostenbesparing in de tweede lijn kunnen realiseren, kunnen we daarmee interventies in de eerste lijn uitrollen die wellicht niet erg kostenbesparend zijn, maar waarmee wel een reductie in milieu-impact kan worden gerealiseerd. Bedenk hierbij dat reductie van milieuvervuiling uiteindelijk ook gezonder is voor de patiënt. Als dit zich vertaalt in minder geneesmiddelengebruik, heeft dat ook invloed op het zorgbudget.’

Minder voorschrijven

Een van de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek van Bekker is dat 40% van de medicatieverspilling kan worden voorkomen door minder voor te schrijven. ‘Inzetten op preventie is in het kader van circulariteit echt de allereerste stap. Kleinere hoeveelheden voorschrijven dus. Niet meteen voor 3 maanden voorschrijven, want we hebben gezien dat dan vaker onnodige verspilling optreedt. Sommige zorgverzekeraars pleiten voor langere voorschrijftermijnen, omdat het medicijn zo goedkoop is dat de receptregel uitschrijven duurder is. Uit het oogpunt van medicijnverspilling is dit erg onwenselijk, bovendien verlies je de patiënt dan uit het oog.’

Bekker zegt er heel blij van te worden als huisartsen proberen om wat minder medicatie voor te schrijven. ‘Het mooiste zou zijn om samen met de apotheker te kijken wat de beste hoeveelheid is,’ zegt ze. ‘De apotheker heeft zicht op wat er terugkomt. Dus als dat regelmatig voorkomt, is dat een reden om het gesprek met de huisarts aan te gaan.’

Maar ook de patiënt heeft een rol, vindt ze. ‘Die moet zich bewust zijn van medicatieverspilling en begrijpen dat het soms geoorloofd is om minder voor te schrijven. Patiënten moeten het normaal gaan vinden om restanten terug te brengen naar de apotheek. Aan de dagdosering van de patiënt zou ik niet te veel sleutelen natuurlijk, maar neem de patiënt wel mee in het voorstel om niet voor 3 maanden medicijnen te verstrekken. Enerzijds is goede voorlichting aan de patiënt dus belangrijk. Anderzijds moet de patiënt bereid zijn om mee te gaan met een voorstel, en eerlijk durven zijn over therapieontrouw of het niet willen afmaken van een cyclus. Ook moet hij weten dat je overgebleven medicatie inlevert bij de apotheek, en dit ook doen.’

Er is wel eens geopperd dat de patiënt een soort statiegeld zou moeten betalen, maar dat vindt ze geen goed idee. Ze zegt: ‘Het zou medicatieontrouw in de hand kunnen werken.’

‘Geneesmiddelen staan in de top 3 van vervuilers in de zorg’

Heruitgifte goed uitvoerbaar

Vooral voor dure geneesmiddelen die ongebruikt blijven zou heruitgifte een optie kunnen zijn. ‘Een discussie waarin nadrukkelijk niet het woord hergebruik mag vallen,’ waarschuwt Bekker. ‘Patiënten moeten niet het idee krijgen dat ze tweedehands geneesmiddelen krijgen. We hebben heruitgifte geëvalueerd in 4 ziekenhuizen, waarbij kwaliteitscontrole van het niet-gebruikte middel uiteraard het uitgangspunt is. Het bleek goed uitvoerbaar. Patiënten bleken ook bereid eraan mee te werken, er is breed maatschappelijk draagvlak voor. Het probleem is alleen de Europese wetgeving *Falsified Medicine Directive*. Daarin staat beschreven dat geneesmiddelen die terugkomen niet aan een volgende patiënt mogen worden verstrekt, om vervalsing tegen te gaan. Om dit te garanderen, is de code op de verpakking maar 1 keer te scannen. Bij de tweede keer scannen komt er een foutmelding. Voor ons onderzoek in die 4 ziekenhuizen kregen we vrijstelling van het ministerie van VWS en de Inspectie. Ik ben nu samen met de beroepsvereniging hard aan het lobbyen voor uitbreiding, waarbij het systeem van heruitgifte op termijn hopelijk ook voor goedkopere middelen in de eerste lijn kan worden ingevoerd. Maar daarvoor is Europese lobby nodig. Ook daaraan werken we dus.’

Ondertussen blijft ook in Nederland nog werk te doen. ‘Er zitten verkeerde incentives in het systeem,’ zegt Bekker. ‘Nu is het model: hoe meer je voorschrijft, hoe meer je verdient. Dat systeem moet op de schop.’ ■



Wanneer en hoe behandel je chronische slapeloosheid?

Annemieke van Straten, Ingrid Verbeek, Jaap Lancee

Chronische slapeloosheid komt veel voor, zeker bij mensen die ook andere lichamelijke of psychosociale problemen hebben. Patiënten melden hun slaapproblemen vaak niet bij hun huisarts, omdat ze denken dat er geen oplossing is. Het is echter goed mogelijk om chronische slapeloosheid in de eerste lijn te behandelen. Beter slapen geeft mensen meer veerkracht en kan daarom ook helpen bij het verminderen van andere problematiek.

CASUS: EEN SOMBERE VROUW DIE SLECHT SLAAPT

Mevrouw Bakker (38 jaar) is 2 jaar geleden bij haar man weggegaan en heeft het zwaar als alleenstaande moeder van 2 dochters van 10 en 12 jaar oud. Ze is voortdurend moe en maakt zich grote zorgen over de vraag of haar kinderen niets tekortkomen. Ook is de scheiding nog steeds niet helemaal rond en weet ze niet of ze voldoende geld zal hebben om in haar huis te blijven wonen. Ze komt op uw spreekuur vanwege moeheid. Bij navraag blijkt ze ook al langere tijd vrij somber te zijn en slecht te slapen.



Slaapproblemen zijn goed te behandelen, bijvoorbeeld met slaaprestrictie.

Foto: iStock

NORMALE SLAAP, SLAAPPROBLEMEN EN SLAAPSTOORNISSEN

Bij patiënten die met slaapproblemen op uw spreekuur komen, moet u eerst vaststellen of er een slaapprobleem is. Wat is nog normaal en wat niet meer?

- Normale slaap: er bestaat geen objectieve definitie van 'normale' slaap. De slaapbehoefte bij een volwassene is doorgaans zo'n 7 à 8 uur, maar die behoefte varieert van persoon tot persoon. Bij een gezonde slaap duurt het inslapen niet langer dan ongeveer een half uur, word je een paar keer kortdurend wakker en ervaar je de slaapkwaliteit als voldoende. Bij het ouder worden nemen de slaapduur en slaapkwaliteit vaak af. Dit is normaal en hoort bij veroudering.
- Acute slapeloosheid: vanwege een acute stressor kun je slapeloze nachten krijgen. Als dit van korte duur is, is geen verdere behandeling nodig. Wel zijn psycho-educatie en slaaphygiëne nuttig om te voorkomen dat het probleem chronisch wordt.
- Er zijn 6 hoofdgroepen slaapstoornissen.¹
 - Chronische slapeloosheid (officiële benaming: insomniestoorning): mensen zijn 's nachts meer dan 30 minuten wakker, gedurende ten minste 3 dagen per week. De klachten moeten ten minste 3 maanden aanwezig zijn (DSM-5) of 3 weken (NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen).^{2,3} De betrokkene moet hiervan hinder ondervinden bij activiteiten tijdens de dag.
 - Slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen: de bekendste is slaapapneu (snurken met ademstops). Bij klinisch relevante slaapapneu is er sprake van ongewild in slaap vallen overdag.
 - Centrale stoornissen van hypersomnolentie: het gaat hier om een teveel aan slaap (narcolepsie, uitgesproken langslapers (zeker > 9 uur per dag), mensen die moeite hebben om overdag wakker te blijven).
 - Circadiane ritme-slaap/waakstoornissen: deze mensen slapen goed, maar niet in een 'normaal' ritme, zoals dat bijvoorbeeld nodig is voor werk.
 - Parasomnie: patiënten vertonen ongewenst (of 'vreemd') gedrag tijdens de nacht, bijvoorbeeld slaapwandelen of nachtmerries.
 - Slaapgerelateerde bewegingsstoornissen: hieronder vallen bewegingsonrust en het rusteloze benensyndroom.

DE KERN

- Patiënten vinden het prettig wanneer hun huisarts aandacht schenkt aan slaapproblemen.
- Slaapproblemen zijn goed te behandelen door de huisarts of POH-ggz met psycho-educatie, stimuluscontrole [het versterken van de associatie tussen bed en slaap] en slaaprestrictie [het beperken van de tijd in bed].
- Het bijhouden van een slaapdagboek geeft veel inzicht.
- Het verminderen van slaapproblemen geeft meer veerkracht, waardoor patiënten ook vaak minder last hebben van andere fysieke en psychosociale problemen.

Van deze 6 hoofdgroepen komt chronische slapeloosheid verreweg het meest voor. Ongeveer een derde van de mensen in de algemene bevolking heeft problemen met slaap, maar kan wel functioneren tijdens de dag en ongeveer 8% heeft chronische slaapproblemen die het functioneren belemmeren.^{4,5} Bij patiënten die op consult komen in de huisartsenpraktijk ligt de prevalentie hoger, deze is volgens schattingen zelfs 50%.⁶

DIAGNOSE: ANAMNESE EN SLAAPDAGBOEK

Andere slaapstoornissen dan chronische slapeloosheid kunt u uitsluiten op basis van de anamnese. Wanneer deze geen duidelijk beeld geeft, kan de Holland Sleep Disorder Questionnaire uitkomst bieden.⁷ Verwijzing naar een slaapcentrum voor een polysomnografie (PSG) is alleen nodig als er duidelijke aanwijzingen zijn voor een slaapgerelateerde ademhalingsstoornis of bewegingsonrust in de nacht, of wanneer de patiënt overdag ongewild in slaap valt. In alle andere gevallen kan de patiënt starten met de behandeling voor chronische slapeloosheid.

Slaapdagboek

Bij een vermoeden van chronische slapeloosheid is een slaapdagboek het belangrijkste diagnostische instrument. Patiënten houden een week lang hun slaap bij, waardoor ze snel inzicht krijgen in het slaap-waakritme. In 1 oogopslag is te zien in hoeverre ze op dezelfde tijd opstaan en naar bed gaan, hoe vaak ze wakker worden en in welk deel van de nacht ze dat doen, en hoeveel uren ze slapen. Van belang is dat patiënten 's nachts niet op de klok kijken. Dat vergroot namelijk de spanning (nog maar 6 uur voor ik moet opstaan, nog maar 5 uur, enzovoort) en heeft geen toegevoegde waarde voor de slaap. Het dagboek wordt de volgende ochtend ingevuld op basis van schattingen. De praktijkassistente kan worden getraind om dit uit te leggen. Patiënten vinden het vaak fijn om een dagboek bij te houden: ze krijgen het gevoel dat hun klachten serieus worden genomen en het geeft inzicht. De ernst van de insomnie kunt u desgewenst ook meten met de Insomnia Severity Index (ISI, 6 vragen).⁸

Andere psychische klachten

Patiënten die last hebben van chronische slapeloosheid hebben vaak ook andere psychische klachten, zoals somberheid. Het is dan niet voldoende om alleen die andere psychische klachten te behandelen. Ook als de andere psychische klachten verdwijnen, blijft de chronische slapeloosheid vaak bestaan. Als dat het geval is, is de kans groot dat patiënten opnieuw psychische klachten ontwikkelen. Wij pleiten er daarom voor om de verschillende problemen apart te behandelen.⁹ In overleg met de patiënt stelt u vast aan welk probleem het eerst aandacht wordt geschonken.

CASUS (VERVOLG)

Bij mevrouw Bakker lijkt er geen sprake te zijn van een fysiek probleem. Ze vult een week lang het slaapdagboek in. Ze blijkt een vrij regelmatig ritme te hebben: ze gaat om 22:00 uur naar bed, maar slaapt meestal pas om 2:00 uur in. Op sommige nachten slaapt ze door, maar ze wordt ook geregeld wakker in de nacht, waarbij ze opnieuw moeite heeft om in te slapen. Doorgaans staat ze om 7:30 uur op om haar dochters te helpen, maar dat kost haar veel moeite. Overdag doet ze vaak een dutje.

GEVOLGEN VAN CHRONISCHE SLAPELOOSHEID

Tijdens de slaap vindt er lichamelijk en psychisch herstel plaats. Mensen die lange tijd aan slapeloosheid lijden zijn vaak moe, hebben concentratieproblemen en zijn vergeetachtig. Slaap zorgt ook voor een goede emotieregulatie. Bij gebrek aan slaap kunnen er stemmingswisselingen optreden en is er een grotere kans dat patiënten psychische stoornissen ontwikkelen, zoals een depressie.¹⁰

Chronische slapeloosheid hangt ook samen met fysieke problemen. Zo is er een samenhang met pijn, hart- en vaatandoeningen en kanker.¹¹⁻¹³ Chronische slapeloosheid kan het gevolg zijn van de lichamelijke ziekte, maar er zijn ook onderzoeken die laten zien dat chronische slapeloosheid er een van de oorzaken van kan zijn.¹⁴

OORZAKEN VAN CHRONISCHE SLAPELOOSHEID

Slaap wordt gereguleerd door 2 processen: het circadiane ritme en de slaapdruk (de biologische behoefte aan slaap). Drie factoren zijn belangrijk in de ontwikkeling van een chronische slapeloosheid.¹⁵ Ten eerste kunnen mensen al dan niet een kwetsbaarheid hebben voor chronische slapeloosheid (genetisch of persoonlijkheid). Ten tweede is er een stressor nodig: slecht gaan slapen is een normale reactie na een stressvolle levensgebeurtenis. We spreken dan van 'acute slapeloosheid'. De derde factor is het contraproductieve gedrag dat sommige mensen gaan vertonen in een poging hun acute slapeloosheid onder controle te krijgen. Zo gaan patiënten vroeger naar bed, staan ze later op of doen ze dutjes overdag. Dit alles verstoort het 24-uursslaap-waakritme, vermindert de slaapdruk en houdt de chronische slaapproblemen in stand.

BEHANDELING VAN DE CHRONISCHE SLAPELOOSHEID

Slaapmedicatie tegen chronische slapeloosheid wordt ontraden vanwege afnemende effectiviteit door tolerantie-ontwikkeling en bijwerkingen.¹⁶ Dit betekent dat mensen overdag duf kunnen zijn van de slaapmedicatie. Ouderen lopen daardoor een verhoogd risico op (val)incidenten. Bij regelmatig gebruik neemt de effectiviteit bovendien snel af. De NHG-Standaard en de Europese richtlijn voor slaapstoornissen adviseren dan ook cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGTi) als eerstekeusbehandeling.¹⁷ De meest effectieve elementen hiervan zijn stimuluscontrole en slaaprestrictie.¹⁸ Uit ons observationele onderzoek onder 41 huisartsenpraktijken in 5 regio's bleek dat bijna niemand (10%) deze behandeling aangeboden krijgt.¹⁹

CGTi

Volledige CGTi bestaat uit de volgende componenten.²⁰

- Psycho-educatie: het gaat hier vooral om de uitleg over slaap en (de oorzaken van) insomnie. Dit is de informatie die hiervoor is beschreven.
- Slaaphygiëne: alles wat slaap kan bevorderen of belemmeren, bijvoorbeeld meer ontspanning tijdens de dag, afbouwen van de dag, geen alcohol, vanaf een uur voor het slapen geen beeldschermen meer.
- Stimuluscontrole: patiënten leren het bed (en de slaapkamer) weer te koppelen aan slapen en niet aan wakker zijn. Dit betekent dat ze in de slaapkamer niet mogen werken of schermen mogen gebruiken. Wanneer ze ongeveer 30 minuten wakker liggen, dienen ze op te staan en iets rustgeevends te gaan doen in gedimd licht (bijvoorbeeld puzzelen, lezen).
- Slaaprestrictie: mensen mogen minder lang in bed liggen dan normaal.²¹ Het idee hierachter is dat de slaapdruk hoger wordt. Doorgaans zijn er eerst een paar slechte nachten, maar daarna vallen mensen direct in slaap als ze naar bed gaan en slapen ze door tot de wekker gaat. Doordat mensen aaneengesloten gaan slapen, voelen ze zich veel beter. Als mensen eenmaal voldoende doorslapen, mogen ze in kleine stapjes de slaaptijd weer gaan uitbreiden. In eerste instantie wordt de tijd in bed gelijkgesteld aan het gemiddelde aantal uren dat mensen de week daarvoor per nacht hebben geslapen plus 30 tot 60 minuten (met een minimum van 5 uur). Na de start met slaaprestrictie moeten patiënten de slaapefficiëntie bijhouden. Dit is het percentage van de tijd dat ze slapen op het totaal aantal uren dat in bed wordt doorgebracht (bijvoorbeeld 6 uur slaap op 8 uur in bed = slaapefficiëntie van 75%). Als de slaapefficiëntie 85% is, mag de bedtijd met 15 minuten worden uitgebreid. De allerbelangrijkste regel is echter dat mensen minder uren in bed liggen. Hierdoor neemt de slaapdruk toe en slapen ze meer en dieper gedurende de tijd dat ze in bed liggen.
- Ontspanningsoefeningen: vaak kunnen mensen niet slapen vanwege de spanning die zij in hun lichaam vasthouden. Leren ontspannen door oefening kost tijd en moeite.
- Cognitieve therapie: het veranderen van gedachten die spanning oproepen en niet waar zijn. Een voorbeeld is 'Ik heb 8 uur slaap nodig om te kunnen functioneren'.

U voert de diagnostiek van chronische slapeloosheid uit. Ook biedt u psycho-educatie aan en geeft u tips om beter te slapen (zoals steeds op dezelfde tijd naar bed en opstaan, niet te lang in bed liggen). Het uitvoeren van een CGTi-behandeling met alle elementen vergt echter meer tijd. Dit is daarom volgens ons bij uitstek een taak voor de POH-ggz.

CASUS (VERVOLG)

Mevrouw Bakker gaat overdag geen dutjes meer doen. Ze neemt wel tijd voor ontspanning door wat te lezen. Normaal ligt ze 9,5 uur in bed, waarvan ze zo'n 6 uur slaapt. Tijdens haar behandeling beperkt ze haar tijd in bed tot 7 uur (van 24:00 tot 7:00 uur). In het begin kost het haar veel moeite, maar al snel merkt ze dat ze de hele nacht zonder te woelen en te piekeren doorslaapt. Dit voelt goed en stimuleert haar om het vol te houden. Langzamerhand breidt ze haar tijd in bed uit. Ze slaapt nu een stuk beter en heeft meer energie gekregen om haar problemen het hoofd te bieden. Soms valt ze wel eens terug en ligt ze weer een nacht te piekeren. Ze weet nu echter wat ze kan doen om dit aan te pakken.

DE EFFECTEN VAN DE BEHANDELING

Er zijn veel gerandomiseerde trials uitgevoerd die laten zien dat CGTi effectief is, ook op de langere termijn.^{22,23} De reductie van slaapklachten is zeer groot: Cohen's d ligt tussen 1,0 en 2,0, ofwel een behandelrespons bij 60 tot 80% van de patiënten.²⁴ Dit is ook aangetoond voor mensen met fysieke comorbiditeit en mensen met andere psychische problemen.^{25,26} Onderzoek in de huisartspopulatie laat dezelfde grote effecten zien.^{27,28} Bovendien blijkt uit een (nog niet gepubliceerd) pilot-onderzoek dat het in de praktijk goed haalbaar is om de POH-ggz te trainen en effectieve behandelingen te laten uitvoeren. Naast de effectiviteit op slaapklachten laat onderzoek ook effecten zien op andere klachten, zoals angst en depressie, en op het dagelijks functioneren.²⁹⁻³¹ Er is inmiddels ook bewijs dat alleen slaaprestrictie (zonder alle andere elementen) in de huisartsenpraktijk effectief is.³²

WAT TE DOEN BIJ ONVOLDENDE EFFECT?

Mocht de CGTi-behandeling onvoldoende effect hebben, dan kunt u de patiënt doorsturen naar een slaappoli of een gespecialiseerd slaapcentrum. Zie voor een overzicht van instellingen die zijn aangesloten bij de Slaapgeneeskundige Vereniging Nederland de website www.slaapgeneeskundevereniging.nl.

MEER WETEN?

Slaapstraat is een zorgprogramma dat is gericht op patiënten met chronische slapeloosheid in de huisartsenpraktijk. U kunt hierin getraind worden. Meer informatie staat op www.slaapstraat.nl. Hier kunt u ook slaapdagboeken, vragenlijsten en ander nuttig materiaal downloaden. De Slaapstraatraining richt zich vooral op diagnostiek. Mocht u behoefte hebben aan scholing op het gebied van CGTi, dan kunt u terecht bij www.leerslapen.nl voor een online scholing. U kunt ook gratis een CGTi-zelfhulpboek downloaden.

CONCLUSIE

Patiënten rapporteren slaapkachten lang niet altijd spontaan, maar stellen het zeer op prijs wanneer u hieraan aandacht besteedt. Uit onderzoek blijkt dat het behandelen van chronische slapeloosheid goed mogelijk is in de huisartsenpraktijk en zeer effectief is, ook bij patiënten die daarnaast andere lichamelijke of psychische klachten hebben. Zo mogelijk stelt u de diagnose mede op basis van een slaapdagboek en voert de POH-ggz de behandeling uit. De voorkeursbehandeling is cognitieve gedragstherapie – iedereen die aan insomnie leidt kan baat hebben bij goede CGTi. Wij hopen dat het percentage patiënten dat slaaprestrictie krijgt aangeboden over enige tijd veel hoger is dan de huidige 10%. ■

LITERATUUR

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.



Blader naar pagina 39 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

2. Becker ES, Rinck M, Türke V, Kause P, Goodwin R, Neumer S. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom, 2013.
3. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht, NHG, 2014. Geraadpleegd op 3 mei 2023.

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

Van Straten A, Verbeek I, Lancee J. Wanneer en hoe behandel je chronische slapeloosheid? Huisarts Wet 2023;66(9):28-31. DOI:10.1007/s12445-023-2318-4.

Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische neuro- en ontwikkelingspsychologie, Amsterdam: prof. dr. A. van Straten, hoogleraar Klinische psychologie, a.van.straten@vu.nl. Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, Heeze: dr. I. Verbeek, somnoloog-slaaptherapeut. Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie, Amsterdam: dr. J. Lancee, universitair docent.

Mogelijke belangenverstrengeling: Van Straten and Lancee hebben de online interventie 'i-Sleep' ontwikkeld. Het IP berust bij Van Straten. De interventie is beschikbaar via Minddistrict.com, waarvoor geen inkomsten worden ontvangen. De interventie is verder beschikbaar via leerslapen.nl dat eigendom is van het Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, waar Verbeek werkzaam is. Op deze site wordt ook een online CGTi-training aangeboden voor professionals. De organisaties waar de auteurs werkzaam zijn, ontvangen een bescheiden Return of Investment [ROI] zodat het platform onderhouden kan worden.

Uw diagnose

'Witte plekken op het schouderblad'

Willem Huisman, André Moyakine

Een 74-jarige man bezoekt de dermatoloog in verband met 2 maanden geleden ontstane witte plekken op het linkerschouderblad. Deze plekken groeien niet, maar jeuken wel wat. Behandeling met miconazolcrème 2 dd via de huisarts had geen effect op de klachten. De medische voorgeschiedenis vermeldt geen bijzonderheden. Bij lichamelijk onderzoek zijn er op de linkerscapula en mediaal van de linkerscapula 2 nummulaire en enkele lenticulaire ivoorkleurige plaques met een licht erythemateuze randzone zichtbaar.

Wat is uw diagnose?

1. Lichen planus
2. Vitiligo
3. Extragenitale lichen sclerosus et atrophicus
4. *Candida*-infectie

➤ Het antwoord leest u op pagina 42 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' >> 'Witte plekken op het schouderblad'.

Figuur

Witte plekken op het schouderblad



Foto: Willem Huisman



Sarcoïdose, een vaak miskende aandoening

Nellie Jans, Marjolein Drent

Sarcoïdose is een grillige aandoening die overal in het lichaam kan opduiken. De klachten variëren van orgaan-gerelateerd tot minder specifiek, zoals moeheid en concentratieproblemen. Sarcoïdose is een tamelijk zeldzame ziekte, dus voor de huisarts is het lastig inschatten wanneer je aan deze aandoening moet denken. Dit artikel beschrijft hoe sarcoïdose te herkennen is en wat de diagnostiek, behandeling en begeleiding ervan inhouden.

Sarcoïdose is een tamelijk zeldzame auto-immuunaandoening, waarbij afweercellen zich ophopen tot granulomen.¹ Aanleg, bepaalde triggers zoals silica (een mineraal met kristallijne structuur, zit onder andere in zand, kwarts en kattenbakvuiling) en pesticiden, maar ook stressvolle gebeurtenissen spelen een rol bij het ontstaan. Sarcoïdose is een multisysteem-aandoening, de orgaanbetrokkenheid verschilt per ras.² Sarcoïdose kan optreden bij mensen van alle leeftijden, maar de piekprevalentie ligt bij 30-50 jaar met een tweede piek bij vrouwen na de menopauze. Bij jongvolwassenen is het na astma de tweede meest voorkomende longaandoening. Bij mensen met een donkere huid is het beloop vaak ernstiger. In Nederland heeft 10% van de sarcoïdosepatiënten een familielid met sarcoïdose.³ De incidentie in Nederland is naar schatting 20 per 100.000 inwoners per jaar, de prevalentie is 7000-8000 per 100.000 inwoners. Gemiddeld zal een huisarts in de hele loopbaan ≤ 5 sarcoïdosepatiënten zien.

KLINISCHE PRESENTATIE

Sarcoïdose heeft een zeer gevarieerde klinische presentatie, die meestal verband houdt met de lokalisatie van de granulomen.^{1,4,5} Bij 90% van de patiënten zijn de longen en/of lymfeklieren bij het ziekteproces betrokken, wat overigens niet altijd tot klachten leidt. Betrokkenheid van hart, lever of nieren kan leiden tot ritmestoornissen, hepatitis of nierfalen. Granulomen in het centraal zenuwstelsel kunnen leiden tot allerlei klachten, zoals aangezichtsklachten of epilepsie en zelfs een dwarslesie.⁶ Aantasting van spieren kan leiden tot spierkrachtverlies in de extremiteiten. Sarcoïdose in de huid heeft allerlei uitingsvormen; bijvoorbeeld erythema nodosum [figuur 1] of bobbeltjes in littekens en tatoeages.^{7,8} Andere mogelijke gevolgen zijn hypercalciëmie, hypercalciurie en urinewegstenen, maar bijvoorbeeld ook oogbetrokkenheid,

wat kan leiden tot uveïtis, staar, glaucoom of blindheid. Ook is er een verhoogd risico op osteoporose, door de sarcoïdose zelf of door de behandeling (steroiden).

Regelmatig heeft sarcoïdose een aspecifieke klinische presentatie, met bijvoorbeeld cognitieve stoornissen, gewichtsverlies en pijn. Moeheid is de meest gerapporteerde aspecifieke klacht.^{1,4} Een deel van de pijnklachten en autonome disfuncties kan verklaard worden door dunnevezelneuropathie [figuur 2].^{4,9} Al met al is de impact op de kwaliteit van leven van zowel patiënten als hun partners groot.^{10,11}

DIAGNOSTIEK

Sarcoïdose is een diagnose per exclusionem.^{1,12} Meestal meldt de patiënt zich met aspecifieke klachten, waaronder moeheid, en is een goede anamnese nodig om de samenhang van het klachtenpatroon te herkennen. Vooral als de patiënt langdu-

DRIE CASUSSEN

Patiënt A is een 36-jarige vrouw met sinds 2 weken toenemende klachten van extreme moeheid, pijnlijke enkelgewrichten en koorts. Ze heeft pijnlijke, harde, rode verdikkingen op beide onderbenen en pijnlijke, rode, gezwollen enkelgewrichten. Bloedonderzoek toont een verhoogd CRP [30 mg/L] met op de thoraxfoto bilaterale lymfadenopathie.

Patiënt B is een 40-jarige man met toenemend moeheid, concentratiestoornissen en geheugenproblemen. Hij heeft een jong gezin en een drukke, verantwoordelijke baan. De huisarts vindt bij oriënterend onderzoek niets specifiek en denkt aan een burn-out. Tijdens een fietsongeval breekt de patiënt zijn sleutelbeen. Een röntgenfoto toont naast een sleutelbeenbreuk ook diffuse afwijkingen in beide longen. De man wordt naar de longarts verwezen.

Patiënt C is een eveneens 40-jarige man met pulmonale sarcoïdose. Aangezien er geen behandelindicatie bestaat, heeft de longarts patiënt terugverwezen naar de huisarts. Hij meldt zich met moeheid en somberheid, en de huisarts besluit te starten met venlafaxine. Na een paar maanden komt patiënt terug op het spreekuur met toenemende vermoeidheid. De huisarts denkt aan toename van de sarcoïdoseactiviteit en overlegt met de longarts.

Figuur 1

Erythema nodosum



rig meerdere klachten heeft, is het belangrijk bedacht te zijn op een onderliggende systeemstoornis. Daarbij kan het klachtenpatroon van bijvoorbeeld post-COVID-19-syndroom sterk op dat van sarcoïdose lijken. Het lichamelijk onderzoek bij een vermoeden van sarcoïdose is voornamelijk gericht op de huid; vermoeidheid kan gemeten worden met een korte online vragenlijst, de Fatigue Assessment Scale.^{13,14}

Afhankelijk van de anamnese en de klinische presentatie kan laboratoriumonderzoek worden aangevraagd om andere oorzaken van vermoeidheid uit te sluiten, zoals schildklierproblemen en anemie. Normale bloedwaarden sluiten sarcoïdose echter niet uit en andersom kan geen enkele laboratoriumbepaling de diagnose sarcoïdose met zekerheid bevestigen.^{1,12,15} Laboratoriumbepalingen van angiotensineconverteerend enzym (ACE) en serumoplosbare interleukine-2-receptor (sIL2R) worden vooral in de tweede lijn uitgevoerd.

Ook röntgenonderzoek zal niet altijd uitsluitend bieden bij een vermoeden van sarcoïdose, want een thoraxfoto zonder afwijkingen sluit sarcoïdose niet uit. Acute manifestaties kunnen op de thoraxfoto wel zichtbaar zijn: vergrote mediastinale lymfeklieren in combinatie met artritis, erythema nodosum en koorts zijn min of meer klassieke manifestaties van het syndroom van Löfgren. Verder histologisch of cytologisch onderzoek is dan niet nodig. In andere gevallen wordt gestreefd naar histologische bevestiging. Granulomen komen niet alleen bij sarcoïdose voor. Ook bij vergrote lymfeklieren of een knobbelte in de borst moet men bedacht zijn op de mogelijkheid van sarcoïdose; zeker als er dan ook sprake is van vermindering van de longfunctie en/of de inspanningstolerantie. Bij hartklachten, zoals hartritmestoornissen, is een ecg aan te raden. In de tweede lijn kunnen op een PET-scan de inflammatoire activiteit en de uitgebreidheid van orgaanaantasting, inclusief cardiale aantasting, worden vastgesteld, en eventuele cardiale en neurologische manifestaties met een MRI.¹

In de praktijk worden patiënten met onbegrepen vermoeidheid en een vermoeden van sarcoïdose in Nederland meestal verwezen naar de longarts. Bij dreigende orgaanschade kan dat, afhankelijk van de presentatie, een andere orgaanspecialist zijn, zoals een cardioloog of een oogarts. Het diagnostische traject dat daarop volgt, vanaf het vaststellen van de diagnose tot het bepalen van de uitgebreidheid van de aandoening, is vaak langdurig. Dat niet meteen vaststaat wat de patiënt heeft, kan tot problemen leiden bij een eventuele ziekmelding.

BEHANDELING

Sarcoïdose hoeft niet altijd medicamenteus te worden behandeld, ook niet wanneer er ziekteactiviteit is. Leefstijlinterventies zoals beweegprogramma's, goede voeding en mindfulness, zijn vaak voldoende.^{1,16-19} Bij het syndroom van Löfgren kan volstaan worden met symptoombestrijding zolang er geen functionele stoornissen zijn.^{1,20}

Medicamenteuze behandeling in de tweede lijn is geïndiceerd bij orgaanschade, om ernstige of zelfs levensbedreigende complicaties te voorkomen. Absolute indicaties voor systemische

DE KERN

- Sarcoïdose is een auto-immuunaandoening, waarbij ieder orgaan betrokken kan zijn.
- Sarcoïdose gaat veelal gepaard met specifieke, soms invaliderende symptomen; moeheid is het grootste probleem.
- De behandeling is gericht op zowel somatische als psychosociale aspecten, inclusief het stimuleren van een gezonde levensstijl. Medicatie is lang niet altijd nodig.
- Sarcoïdose komt zeer weinig voor in de huisartsenpraktijk; de huisarts is vooral faciliterend en ondersteunend. Het belangrijkste is eraan te denken bij een eerste presentatie en het grillige karakter te onderkennen.

therapie zijn schade aan de ogen, het centrale zenuwstelsel en het hart, en ook een sterk verminderde longfunctie.^{1,20} Relatieve indicaties zijn bijvoorbeeld inspanningsgebonden kortademigheid, extreme moeheid of pijn als deze klachten de kwaliteit van leven onacceptabel aantasten. Het middel van eerste keus is nog steeds prednison, als immunomodulerend middel. Als corticosteroiden onvoldoende resultaat hebben, als langdurige behandeling noodzakelijk is of bij een contra-indicatie voor corticosteroiden, zoals overgewicht, stapt men meestal over op methotrexaat in combinatie met foliumzuur. In Nederland loopt momenteel een onderzoek naar het vervangen van prednison als eerste keus door methotrexaat vanwege het gunstigere bijwerkingenprofiel.²² Als derde optie, wanneer methotrexaat onvoldoende resultaat heeft, kunnen TNF-alfaremmers zoals infliximab en adalimumab of biosimilars worden ingezet.^{1,20}

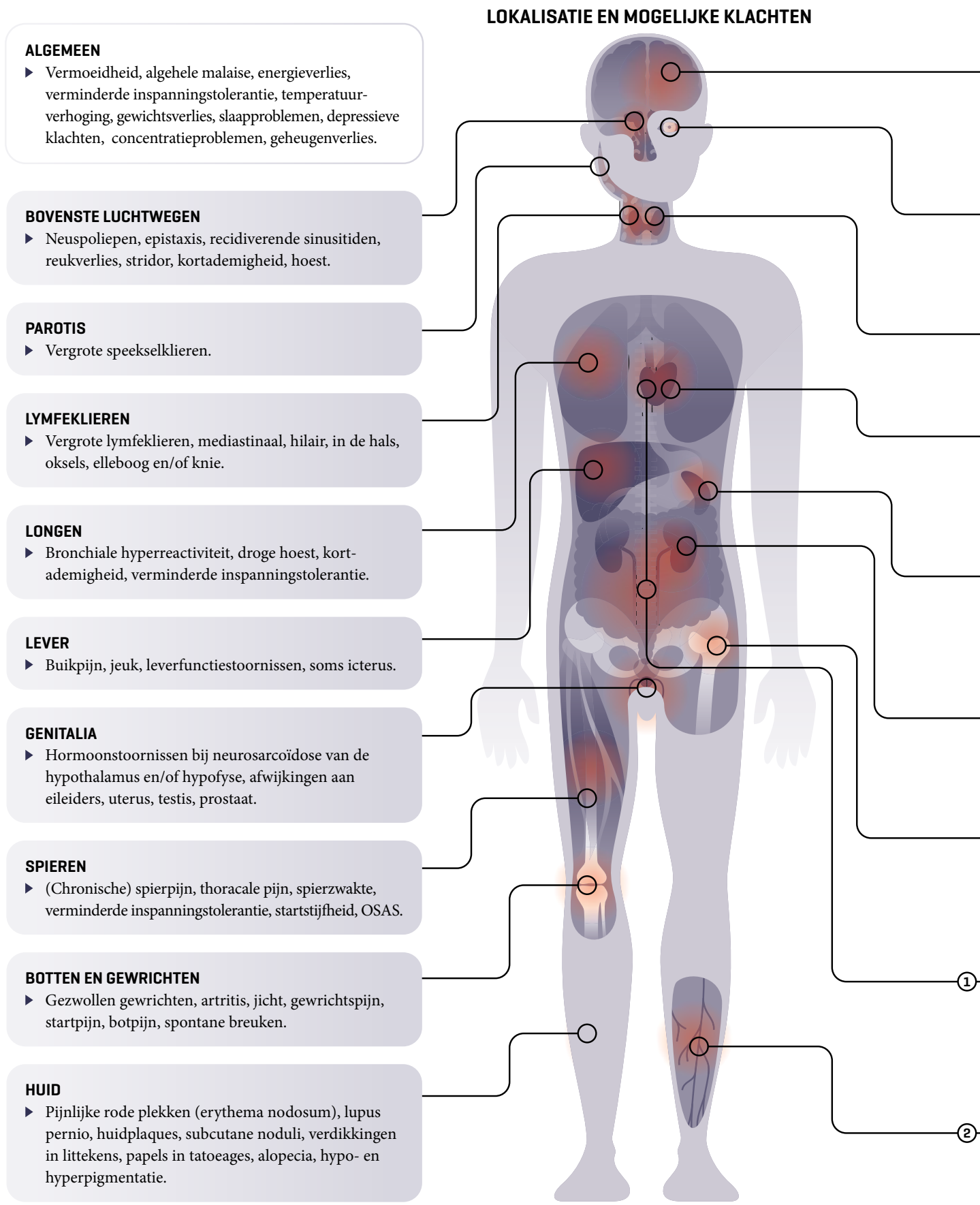
BELOOP

Het ziekteverloop is moeilijk te voorspellen. Periodes waarin de patiënt zich relatief goed voelt, worden afgewisseld met periodes waarin de klachten toenemen.²³ Sarcoïdose met een acuut begin heeft over het algemeen een gunstig beloop: 70% van de patiënten is na 2-3 jaar hersteld, al dan niet met behulp van medicatie, bij 25% wordt de ziekte chronisch en de mortaliteit is 5%. Algemene klachten, in het bijzonder de moeheid, kunnen langdurig aanhouden, ook als alle meetbare afwijkingen zijn verdwenen. Dit heeft enorme invloed op de kwaliteit van leven. Ook bijwerkingen van de gebruikte geneesmiddelen leiden nogal eens tot comorbiditeit.²³

Aangezien sarcoïdose vooral voorkomt bij jonge mensen, zorgt de ziekte nogal eens voor problemen met het werk of de werkgever. Zo'n 30% van de patiënten moet noodgedwongen minder gaan werken door vermoeidheid.^{24,25} Aangezien de longfunctie vaak normaal blijft, beschouwen bedrijfs- en verzekeringsartsen sarcoïdosepatiënten regelmatig ten onrechte als arbeidsgeschikt. Bij het beoordelen van de arbeidsgeschiktheid moeten niet alleen de longfunctie, maar ook moeheid, verminderde inspanningstolerantie en concentratieproblemen meegewogen worden.^{1,25}

Figuur 2

Orgaangerelateerde en algemene symptomen van sarcoïdose



CENTRAAL ZENUWSTELSEL

- ▶ Hoofdpijn, duizeligheid, epilepsie, dreigende dwarslaesie, bewustzijnsverlies, aangezichtsverlamming, gezichtsverlies, blindheid, psychiatrische verschijnselen, zoals psychose, slaapproblemen.

OGEN

- ▶ Droge ogen, rode pijnlijke en/of tranende ogen, wazig zien, vlekken zien, fotofobie.

SCHILDKLIER

- ▶ Hypo- of hyperthyreoïdie.

HART

- ▶ Hartkloppingen, duizeligheid met of zonder flauwvallen, (levensbedreigende) ritmestoornissen, plotselinge hartdood.

MILT

- ▶ Buikpijn door kapselprikkeling door miltvergroting, klachten passend bij anemie, trombopenie en/of leucopenie.

NIEREN

- ▶ Hypercalciëmie/calciurie, nierfalen, nierstenen, rugpijn, hematurie, oligurie.

BEENMERG

- ▶ Pijn, klachten passend bij anemie, trombopenie en/of leucopenie.

DUNNEVEZELNEUROPATHIE

▶ Autonome neuropathie

Duizeligheid, orthostatische klachten, hartritme- stoornissen, blozen, (nacht)zweeten, paresthesieën, droge mond, seksuele problemen, erectieproblemen, blaasretentie, incontinentie, maagledigingsproblemen, darmklachten, diarree, obstipatie.

▶ Sensibele neuropathie

Pijn, gestoorde temperatuurszin, paresthesieën, allodynie, restless legs.

Figuur: Studio Wiegers

BESCHOUWING

Onze casussen illustreren de verschillen in klinische presentatie en aangedane organen bij sarcoidose.

VERVOLG CASUSSEN

Bij **patiënt A** wezen het acute karakter en de kenmerkende klinische presentatie op het syndroom van Löfgren. Bij deze kenmerkende klinische presentatie is volgens de huidige richtlijnen geen histologische bevestiging noodzakelijk. Omdat er geen functionele stoornissen waren, kreeg patiënt NSAID's ter symptoombestrijding. Ze was na een half jaar klachtenvrij.

Patiënt B had last van vermoeidheid, concentratieproblemen en geheugenproblemen. Een thoraxfoto vanwege een sleutelbeenbreuk gaf uiteindelijk de aanzet tot verwijzing naar de longarts, die de juiste diagnose stelde. In verband met ernstige longfunctiestoornissen kreeg patiënt prednison, 20 mg per dag oraal. Hij bleef onder controle van de longarts. Bij **patiënt C** sloot de longarts toename van sarcoidoseactiviteit uit als oorzaak van de gemelde klachten, die waren toegenomen na het starten van nieuwe medicatie. Aanvullend farmacogenetisch onderzoek toonde een sterk verminderde omzetting van venlafaxine. De daardoor ontstane toxische spiegel was verantwoordelijk voor de toegenomen vermoeidheid en somberheid, niet het onderliggend lijden.²³

De weinig specifieke presentatie en de relatieve onbekendheid in de huisartsenpraktijk maken sarcoidose tot een aandoe- ning waar je als huisarts niet direct aan zult denken.²⁶ Meestal levert een eerste oriënterend onderzoek niets specifiek op en verdwaalt de diagnostiek daarna snel naar alternatieve verkla- ringen zoals 'stressgerelateerde problematiek' of 'overgang'. In een Nederlands onderzoek varieerde de *doctor's delay* van 3 maanden tot meer dan 10 jaar.³

Nederland beschikt over een aantal tertiaire expertisecentra voor sarcoidosepatiënten met complexe problematiek. Deze tertiaire centra hebben regionale satellieten in het land, zodat huisartsen in eerste instantie kunnen verwijzen naar het lokale ziekenhuis, waar beoordeeld kan worden of een expertisecen- trum ingeschakeld moet worden.²⁷

Het herstelproces begint voor patiënten met het leren accep- teren dat ze bepaalde dingen (voorlopig) niet kunnen. Dan maakt het een groot verschil als ze kunnen rekenen op begrip en steun uit hun directe omgeving, inclusief de werkgever. Sarcoidosepatiënten worstelen regelmatig met die erkenning. Het goed informeren van patiënten, naasten, werkgevers en keuringsartsen kan sterk bijdragen aan het herstel, aangepast aan de beperkte mogelijkheden.

CONCLUSIE

Sarcoidose is een multisysteemaandoening. Voor de huisarts begint de diagnose bij eraan denken: goed luisteren, een uit- voerige anamnese en bij een niet-pluisgevoel verwijzen naar de longarts. Wanneer de ziekte een chronisch beloop krijgt, is het goed op de hoogte te zijn van het grillige karakter van de klinische presentatie. In Nederland voert de longarts de regie over diagnostiek en behandeling. ■

LITERATUUR

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

Onbewerkte plantaardige voeding belangrijk voor mensen met DM2

Bas Houweling, Suzanne Bakker, Mariska Brinkers, Bertien Hart

De laatste Voedingsrichtlijn Diabetes bevat adviezen over 6 voedingspatronen voor mensen met diabetes. Met kennis van deze voedingspatronen kunnen huisartsen of praktijkondersteuners het voedingsonderdeel in het leefstijlplan meer laten aansluiten op de wensen van hun patiënt. De voedingspatronen blijken veel onderlinge overeenkomsten te hebben. We laten zien wat de gezondheidseffecten zijn van de overeenkomende onderdelen en dat de gemiddelde inname van deze onderdelen in Nederland nog lang niet gehaald wordt. Onbewerkte, plantaardige voeding speelt een belangrijke rol bij de behandeling van diabetes.

Het koolhydraatbeperkte voedingspatroon staat in de belangstelling. Uit onderzoek blijkt dat bepaalde groepen mensen met diabetes mellitus type 2 (DM2) de eerste 2 jaar indrukwekkende resultaten boeken wanneer ze overschakelen op dit voedingspatroon, waarbij ze minder en zelfs soms geen bloedglucoseverlagende medicatie meer nodig hebben.¹ Er zijn echter meer gunstige voedingspatronen die deze veran-

deringen kunnen bewerkstelligen. Dat kwam in 2020 al in H&W aan de orde in een artikel dat de voor- en nadelen van koolhydraatbeperking vergeleek met die van andere voedingspatronen.²

Inmiddels zijn er ook aanwijzingen dat een te strenge koolhydraatbeperking ongezond kan zijn. In mei 2022 publiceerde de American College of Lifestyle Medicine het consensusstatement *Dietary interventions to treat type 2 diabetes in adults with a goal of remission*, waarin een zeer streng koolhydraatdieet wordt afgeraden vanwege de zorgen rond het toegenomen cardiovasculaire risico bij dit voedingspatroon.³ Dit risico kan stijgen wanneer patiënten minder koolhydraten innemen, maar ter vervanging meer ongezondere dierlijke producten gaan eten.⁴ Daarnaast worden de gezondheidsvoordelen van koolhydraathoudende groenten, fruit, peulvruchten en noten met een zeer streng koolhydraatbeperkt voedingspatroon mogelijk niet voldoende benut.

Leefstijlverbetering in het algemeen vormt de hoeksteen van de behandeling en begeleiding van mensen met DM2 en omvat natuurlijk meer dan alleen verbetering van het voe-



Onbewerkte plantaardige voeding speelt een belangrijke rol bij de behandeling van DM2 vanwege de gunstige effecten op het gewicht, de bloedglucosewaarden en insulineresistentie.

Foto: Shutterstock

Tabel

De 6 voedingspatronen voor mensen met DM2 uit de NDF-voedingsrichtlijn uit 2020

Koolhydraatbeperkt	<ul style="list-style-type: none">• 14-40% van energie uit koolhydraten• de beperking zit in geraffineerde koolhydraten, zoals suiker, suikerhoudende dranken/vruchtendranken, vezelarme granen [niet-volkoren pasta, rijst, brood]• geen beperking in ongeraffineerde koolhydraten, zoals peulvruchten, groenten, fruit en volkorenproducten
Vetbeperkt	<ul style="list-style-type: none">• 20-30% van energie uit vet• de beperking zit in eerste instantie in het verminderen van trans- en verzadigde vetzuren• er mag eventueel meer plantaardig eiwit genuttigd worden en/of ongeraffineerde koolhydraten, zoals peulvruchten, groenten, fruit en volkorenproducten
Mediterraan	<ul style="list-style-type: none">• veel onbewerkte plantaardige voeding• weinig bewerkte voedingsmiddelen, zoetigheid, rood vlees en eieren• onverzadigde vetzuren• redelijk veel vis [1-2 portie[s], waarvan 1 vette vis per week]• een geringe hoeveelheid zuivel• kruiden in plaats van zout• wijn en geraffineerde producten, zoals pizza's en pasta's, moeten beperkt worden
Vegetarisch	<ul style="list-style-type: none">• veel onbewerkte plantaardige voeding• weinig dierlijke producten• let bij een veganistisch patroon op voldoende inname van calcium, ijzer, vitamine B1, B2 en B12• ook hierbij beperking van geraffineerde koolhydraten, zoals suiker, suikerhoudende dranken/vruchtendranken, vezelarme granen [niet-volkoren pasta, rijst, brood]• geen beperking in ongeraffineerde koolhydraten, zoals peulvruchten, groenten, fruit en volkorenproducten
Schijf van Vijf	<ul style="list-style-type: none">• veel groenten en fruit• ruim volkorenproducten, zoals volkorenbrood, volkorenpasta, volkorencouscous en zilvervriesrijst• minder vlees en meer plantaardig• magere en halfvolle zuivelproducten• een handje ongezoeten noten• zachte of vloeibare smeer- en bereidingsvetten• voldoende vocht, zoals water, koffie of thee
DASH [Dietary Approaches to Stop Hypertension]	<ul style="list-style-type: none">• Komt in grote lijnen overeen met de Schijf van Vijf

dingspatroon. Ook voldoende bewegen en stoppen met roken behoren ertoe. Leefstijlverbetering heeft als doel zowel het risico op hart- en vaatziekten als de bloedglucosewaarden en daarmee het risico op microvasculaire complicaties aan nieren, ogen en voeten te verlagen. Ook kan leefstijlverbetering bij sommigen patiënten leiden tot remissie van DM2. Om deze doelen te bereiken moet de leefstijlverandering op de korte en lange termijn vol te houden zijn.

WELKE VOEDINGSPATRONEN VOOR MENSEN MET DM2?

Gelukkig zijn er meerdere evidencebased voedingspatronen die goede effecten hebben bij mensen met DM2. In juni 2021 is de leefstijlparagraaf van de NHG-Standaard DM2 herzien.⁵ De voedingsadviezen voor mensen met DM2 sluiten hiermee aan op die van de Voedingsrichtlijn Diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).⁶ In de [tabel] staan de 6 voedingspatronen die deze richtlijn adviseert voor mensen met DM2.

DE OVEREENKOMSTEN TUSSEN DE VOEDINGSPATRONEN

De namen van voedingspatronen (zoals het koolhydraatbeperkte, vetbeperkte en vegetarische voedingspatroon) benadrukken vooral dingen die niet genuttigd mogen worden. Dit kan in de praktijk tot verwarring leiden over wat juist wel gezond is. Voeding bestaande uit chips en bier kan misschien doorgaan als vegetarisch, maar is verre van gezond. Dit geldt

ook voor een koolhydraatbeperkt voedingspatroon dat bestaat uit eieren met spek en hamburgers. Het gaat er vooral om wat er *wel* genuttigd wordt. Onderzoeken laten zien dat energiebeperking bij overgewicht belangrijk is, maar dat het ook van belang is om de gezonde voedingsmiddelen voldoende binnen te krijgen.

De voedingspatronen die de NDF adviseert hebben een paar belangrijke overeenkomsten:

- het advies om onbewerkte voeding te eten;
- de aanbeveling om vooral groente, fruit en peulvruchten te nuttigen;
- een voorkeur voor volkoren graanproducten;
- het advies om minder vlees te eten.

Die overeenkomsten in de voedingspatronen, onbewerkte plantaardige voeding met minder vlees, zijn waarschijnlijk verantwoordelijk voor de gezondheidswinst van de voedingsadviezen van de NDF. En dit komt dan ook weer overeen met de consensus voor mensen met diabetes van het American College of Lifestyle Medicine: *a whole-food, plant-based dietary intervention to achieve disease remission*.³

Het is niet duidelijk welke stoffen uit plantaardige voeding precies beschermen tegen ziekten als diabetes, hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker. Waarschijnlijk gaat het om de verschillende (combinaties van) vitaminen, mineralen, vezels en andere stoffen in plantaardig eten.⁷

DE KERN

- Leefstijlverbetering, waaronder voeding, vormt de hoeksteen van de behandeling van DM2.
- Onbewerkte plantaardige voeding is het belangrijkste onderdeel van gezonde voedingspatronen voor mensen met DM2.

Bij mensen met DM2 en overgewicht speelt insulineresistentie een grote rol. Het verminderen van het lichaamsgewicht kan leiden tot sterke verbeteringen in de insulineresistentie. Dus iedere leefstijlinterventie waarmee een gewichtsreductie bereikt wordt, is gunstig. Het voordeel van onbewerkte plantaardige voeding is dat het relatief veel water en vezels bevat, terwijl er weinig vet in zit, waardoor er een lage caloriedichtheid is. Mensen met DM2 of overgewicht die meer onbewerkt plantaardig gaan eten, en zelfs geen caloriebeperking krijgen, vallen in onderzoeken in 16-22 weken 6-6,5 kilogram af.^{8,9}

Dat het kiezen van zo veel mogelijk gezonde en onbewerkte voedingsmiddelen erg belangrijk is, ongeacht het voedingspatroon, wordt bevestigd in een aantal reviewonderzoeken. Als je veel ultrabewerkte voeding eet (pizza, worst, gezoete ontbijtgranen, enzovoort) stijgt niet alleen je kans om DM2 te krijgen, maar neemt ook de kans op hart- en vaatziekten en overlijden toe.¹⁰⁻¹² Ook het gebruik van zoetstoffen blijkt de kans op hart- en vaatziekten te verhogen.¹³ Bij alles geldt een dosis-responsrelatie: hoe meer bewerkt voedsel en hoe meer zoetstoffen, hoe hoger het risico.

HOE GEZOND EET DE GEMIDDELDE NEDERLANDER?

Uit de Voedselconsumptiepeiling 2019-2021 blijkt dat mensen in Nederland de afgelopen jaren steeds gezonder zijn gaan eten en drinken.¹⁴ Nederlanders eten meer plantaardige producten, zoals groente en fruit, ongezoeten noten en peulvruchten, en minder rood en bewerkt vlees. Ook drinken we minder suikerhoudende dranken. In de [online figuur] staan de overeenkomsten uit de gezonde voedingspatronen en hun effecten op gezondheid volgens het Voedingscentrum. Hierin zijn de gezondheidsvoordelen te zien van onbewerkte plantaardige voedingsstoffen en de nadelen van vlees wat betreft DM2, hart- en vaatziekten (HVZ) en kanker. Deze figuur laat ook zien dat de gemiddelde inname per persoon in Nederland van de meeste gezonde voedingsonderdelen nog steeds te laag is. De gemiddelde inname bewerkt vlees is echter veel te hoog. Wel worden er genoeg volkoren graanproducten gegeten, maar ook 90 gram overige niet-volkoren graanproducten per dag die niet worden aanbevolen.

BENADRUK HET NUT VAN ONBEWERKTE PLANTAARDIGE VOEDING

Leg mensen met DM2 uit dat onbewerkte plantaardige voeding een belangrijke rol speelt bij de behandeling van DM2 vanwege de gunstige effecten op het gewicht, de bloedglucosewaarden en insulineresistentie, en op het ontwikkelen van het risico op hart- en vaatziekten en kanker. Probeer uw patiënt daarom te motiveren om zijn leefstijl te verbeteren. Vertel het volgende:

- Bij overgewicht is een beperking in de calorische inname belangrijk. Een eerste caloriebeperking kan bereikt worden door minder rood vlees te eten (tot maximaal 300 gram per week), te stoppen met het eten van bewerkt vlees en het nuttigen van niet-volkoren graanproducten, en bewerkt voedsel te minimaliseren.
- Er zijn 6 voedingspatronen die gezond zijn voor mensen met DM2. Daarin ligt het accent op meer onbewerkt plantaardig eten, dus minimaal 250 gram groente per dag, 200 gram fruit per dag, minimaal 1 keer per week peulvruchten en dagelijks een klein beetje nootjes eten.
- Deze gezonde voedingspatronen gelden ook voor mensen zonder DM2.

Verwijs de patiënt naar een diëtist voor begeleiding bij het kiezen van een volwaardig voedingspatroon dat levenslang vol te houden is. De pagina's over voeding van Thuisarts.nl, het diabetesfonds en de NDF zijn voor mensen geschreven die gezonder willen gaan eten en leven en kunnen ondersteuning bieden na het leefstijlgesprek in de praktijk.¹⁵⁻¹⁸

CONCLUSIE

De meeste mensen met DM2 zullen net als de gemiddelde Nederlander niet voldoende onbewerkte plantaardige voedingsmiddelen en te veel (bewerkt) vlees nuttigen. Juist onbewerkte plantaardige voedingsmiddelen hebben grote gezondheidsvoordelen en zijn de belangrijkste onderdelen van de 6 bewezen gezonde voedingspatronen voor mensen met DM2. ■

LITERATUUR

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

Houweling ST, Bakker SM, Brinkers JM, Hart HE. VOnbewerkte plantaardige voeding belangrijk voor mensen met DM2. Huisarts Wet 2023;66[9]:36-8. DOI:10.1007/s12445-023-2313-9. Stichting Langerhans. Huisartspraktijk Sleeuwijk, Sleeuwijk: dr. S.T. Houweling, kaderhuisarts diabetes, houweling@langerhans.com, Gezondheidscentrum Stevenshof, Leiden: S.M. Bakker, kaderhuisarts diabetes. Huisartsenpraktijk Loosdrecht, Loosdrecht: J.M. Brinkers, kaderhuisarts diabetes. Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Leidsche Rijn: dr. H.E. Hart, kaderhuisarts diabetes. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Slapeloosheid



Foto: iStock

- Volgens de DSM-5 is er bij insomnie sprake van moeite met inslapen, doorslapen of te vroeg wakker worden, met gevolgen voor het dagelijks functioneren. Hoe vaak moet dit voorkomen en hoelang moet dit duren om aan de criteria voor insomnie te voldoen?¹
 - Minimaal 3 x per week gedurende 3 maanden
 - Minimaal 5 x per week gedurende 3 maanden
 - Minimaal 3 x per week gedurende 6 maanden
 - Minimaal 5 x per week gedurende 6 maanden
- Bij chronische slapeloosheid pleiten Van Straten et al. voor een gecombineerde gedragsmatige interventie. Dit is conform het advies van de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen en de Europese richtlijnen. De effectiefste onderdelen hiervan zijn stimuluscontrole en slaaprestrictie. In het kader van stimuluscontrole is het belangrijk om het juiste moment te kiezen om te gaan slapen, en om te weten wat je moet doen als inslapen niet goed lukt. Welk advies geldt voor het moment om te gaan slapen?^{1,2}
 - Ga elke dag op een vaste tijd naar bed.
 - Ga pas naar bed als je slaperig wordt.
- Soms lukt inslapen niet goed. Wat is dan het juiste advies?^{1,2}
 - Ga na 15-30 minuten een rustige activiteit doen, zoals lezen of puzzelen, en doe dit in een andere kamer.
 - Ga na 15-30 minuten een rustige activiteit doen, bijvoorbeeld lezen of puzzelen, maar blijf in bed liggen.
- Bij slaaprestrictie wordt het aantal uren in bed beperkt, om te zorgen voor een diepere en meer aaneengesloten slaap. Voor het berekenen van het aantal uren dat de patiënt in eerste instantie in bed mag doorbrengen, kijkt de huisarts naar de gemiddelde slaapduur van de week ervoor (dus niet de doorgebrachte tijd in bed). Welk advies over het bepalen van de bedtijd en de tijd van opstaan is juist?^{1,2}
 - Ga op de vertrouwde tijd naar bed, tel hierbij de toegestane tijd in bed op en sta dus eerder op dan normaal.
 - Trek de toegestane tijd in bed af van de vertrouwde tijd van opstaan, en ga dus later naar bed dan normaal.
- Op welke manier wordt de tijd in bed vervolgens uitgebreid?^{1,2}
 - Bij een slaapefficiëntie van 85-90% (tijd in slaap gedeeld door tijd in bed) wordt de bedtijd met 15 minuten uitgebreid.
 - Per week wordt de bedtijd met 15 minuten uitgebreid, ongeacht de slaapefficiëntie.
 - Als de patiënt zich overdag voldoende uitgerust voelt, wordt de bedtijd met 15 minuten uitgebreid, ongeacht de slaapefficiëntie.
- Het voorschrijven van melatonine bij chronische slapeloosheid wordt niet aangeraden, omdat de effectiviteit van dit middel onvoldoende is. Is de effectiviteit van melatonine wel aangetoond bij verstoring van het dag-nachtritme door jetlag of ploegdiensten?²
 - Alleen bij jetlag
 - Alleen bij ploegdiensten
 - Zowel bij jetlag als ploegdiensten
- De 59-jarige mevrouw Brandsema komt bij de huisarts. Ze gebruikt al jaren dagelijks 20 mg temazepam voor het slapengaan. Na het ontvangen van een 'stopbrief' van de huisarts heeft ze geprobeerd om met dit middel te stoppen, maar dat is haar niet gelukt. Ze vraagt de huisarts om hulp. De huisarts stelt voor om geregleerde dosisreductie toe te passen. Hiervoor wordt temazepam omgezet in een andere benzodiazepine. Welke is dit?²
 - Alprazolam
 - Diazepam
 - Oxazepam
 - Zolpidem
- Hoelang wordt de andere benzodiazepine in de equivalente dosering gebruikt, en met welke snelheid wordt het vervolgens afgebouwd?²
 - Gedurende 2 weken, daarna afbouwen met 12,5% per week.
 - Gedurende 2 weken, daarna afbouwen met 25% per week.
 - Gedurende 4 weken, daarna afbouwen met 12,5% per week.
 - Gedurende 4 weken, daarna afbouwen met 25% per week.

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

LITERATUUR

- Van Straten A, Verbeek I, Lancee J. Wanneer en hoe behandel je chronische slapeloosheid? Huisarts Wet 2023;66(9):28-31. DOI:10.1007/s12445-023-2318-4.
- NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. richtlijnen. nhg.org. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014.

ANTWOORDEN

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

Infantiel hemangioom

Annemarije Kruis, Marije Hoornweg, Just Eekhof

Infantiele hemangiomen (aardbeivlekken) zijn de meest voorkomende vaattumoren bij kinderen. Ze ontstaan in de eerste weken na de geboorte (maar niet later dan week 12) en verdwijnen na enige maanden vanzelf. De meeste hemangiomen zijn onschuldig, maar bij 5-10% kunnen problemen ontstaan.

Infantiele hemangiomen zijn abnormale proliferaties van endotheelcellen met een afwijkende vaatstructuur.¹ Ze vertonen vaak een snelle groei in de eerste 4-6 maanden, waarna een plateaufase optreedt gevolgd door spontane regressie.^{1,2} De meeste hemangiomen zijn onschuldig, maar bij 5-10% kunnen problemen ontstaan door de locatie of door complicaties.¹

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

De pathogenese van infantiele hemangiomen is nog niet duidelijk. Volgens een theorie ontstaan ze door een ontwikkelingsstoornis in het eerste trimester van de zwangerschap, andere theorieën zoeken het in de mutatie van een gen dat de vasculaire ontwikkeling controleert en reguleert.² Er zijn aanwijzingen dat erfelijkheid een rol speelt.³ Belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van infantiele hemangiomen zijn vrouwelijk geslacht, laag geboortegewicht en vroeggeboorte. De hemangiomen manifesteren zich meestal tijdens de eerste of tweede levensweek. Bij de geboorte kunnen soms precursorlaesies worden waargenomen: bleke, erythematuze of teleangiëctatische vlekken.^{1,2} Bij 20% zijn de hemangiomen al bij de geboorte zichtbaar, bij de overige 80% ontstaan ze in week 2-3.³ Bij 50% zijn de hemangiomen verdwenen op 5-jarige leeftijd, bij 90% op 9-jarige leeftijd.⁴

Sommige infantiele hemangiomen verdwijnen zonder restafwijkingen, maar een aantal laat huidveranderingen achter, waaronder atrofie, teleangiëctastieën, pigmentatieveranderingen en littekens.¹

Bij het lichamenlijk onderzoek kunnen verschillende subtypen van elkaar onderscheiden worden. Dit onderscheid is nuttig vanwege mogelijke complicaties en daarmee verschil in behandelingen:

- het oppervlakkige hemangioom is verheven, gelobd en felrood;
- het diepe hemangioom is een zachte massa, vaak blauwig van kleur, de overliggende epidermis is niet afwijkend;
- het gecombineerde type heeft zowel oppervlakkige als diepe kenmerken;
- het focale hemangioom is duidelijk afgebakend; dit type komt het meest voor;
- het segmentale hemangioom lijkt op een landkaart en bedekt meestal een goed afgegrensd deel van het lichaam; dit type komt minder vaak voor, maar heeft vaker complicaties zoals ulceraties.³

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

In de differentiaaldiagnose staan ooievaarsbeet, wijnvlek en veneuze malformatie.

Vasculaire malformaties moeten duidelijk onderscheiden worden van infantiel hemangioom, want er is een belangrijk verschil in beloop en behandeling. Het onderscheid wordt gemaakt op basis van de klinische presentatie, het beloop en microscopisch onderzoek. Infantiele hemangiomen zijn vaak afwezig of klein bij de geboorte, ze groeien de eerste levensmaanden snel en onder de microscoop ziet men een proliferatie van plompe endotheelcellen. Vasculaire malformaties daarentegen zijn al bij de geboorte aanwezig, groeien in proportie met het kind mee en onder de microscoop zijn vlakke endotheelcellen te zien.¹ Een kind met een vasculaire malformatie moet altijd verwezen worden.

Ook de aanwezigheid van meerdere hemangiomen kan een indicatie voor verwijzing zijn. Kinderen met ≥ 5 cutane infantiele hemangiomen hebben een verhoogd risico op hemangiomen in lever of ingewanden; de aanwezigheid van ≥ 10 infantiele hemangiomen is een indicatie voor echografie van het abdomen.

EPIDEMIOLOGIE

In een Nederlands case-controleonderzoek werden op 13 consultatiebureaus alle pasgeborenen gevolgd. De prevalentie van infantiele hemangiomen was 9,9%, de vrouw-manverhouding was 2:1 en 6% van de betreffende kinderen bezocht de huisarts.⁵

In de huisartsenregistratie is in de groep kinderen van 0-1 jaar de incidentie van ICDPC-code S81 (hemangioom/lymfangioom) 20,7 per 1000 kinderen per jaar (27,5 bij meisjes en 14,2 bij jongens).⁶

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2022. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Anamnese

De volgende vragen zijn van belang om een andere benigne afwijking of een mogelijk maligne vasculaire tumor uit te sluiten.¹

- Wat waren de zwangerschapsduur en het geboortegewicht?
- Was de plek al aanwezig tijdens de geboorte?
- Zo nee, wanneer is de plek ontstaan?
- Is de plek gegroeid sinds het ontstaan?
- Vertoont de plek tekenen van ulceratie of spontaan bloeden?
- Komen infantiele hemangiomen vaker voor in de familie?

Lichamelijk onderzoek

Besteed aandacht aan de locatie, de grootte en eventueel (indien men zichzelf capabel genoeg acht) het subtype van het hemangioom. Kijk daarnaast of er sprake is van obstructie van vitale functies, of dat zoiets te verwachten is. Controleer ook de rest van huid en slijmvliezen op infantiele hemangiomen.

BELEID

Afwachtend beleid

De meeste hemangiomen zijn onschuldig en verdwijnen in de loop van de kindertijd, ook zonder behandeling. Afwachtend beleid is dan op zijn plaats. In de groeifase kan een hemangi-

DE KERN

- Infantiele hemangiomen (aardbeivlekken) zijn vasculaire gezwellen.
- De meeste infantiele hemangiomen zijn onschuldig, en vertonen eerst een fase van snelle groei, maar involueren wanneer het kind ouder wordt.
- Verwijzing is aangewezen bij onduidelijkheid over de diagnose, kans op complicaties of bij cosmetische problemen.
- Specialistische behandeling bestaat uit oraal propranolol of topicaal timolol. In slechts een enkel geval is chirurgische correctie noodzakelijk.

oom ouders echter erg ongerust maken.¹ Een oplossing is dan het beloop tijdens controles te monitoren door het hemangioom te meten en foto's te nemen.

Een infantiel hemangioom dat erg snel groeit (waarvan binnen 1 week het volume verdubbelt) is een indicatie voor verwijzing. Het kan dan mogelijk gaan om een andere snelgroeïende, mogelijk maligne (vasculaire) tumor die in eerste instantie lijkt op een infantiel hemangioom. Het is cruciaal deze mogelijkheid zo snel mogelijk uit te sluiten.⁷

Wanneer twijfelen aan de diagnose infantiel hemangioom?

- Aanwezig bij de geboorte
- Ontstaan op leeftijd > 12 weken
- Uitblijven van disproportionele groei of van spontane involutie
- Snelle involutie (< 1 jaar)
- Fors (recidiverend) bloeden
- Pulsaties voelbaar bij lichamelijk onderzoek
- Vast aanvoelende tumor, leeg te drukken tumor
- Bleke halo rondom de tumor
- Doorgroei in onderliggend spierweefsel

WANNEER VERWIJZEN?

Verwijs de patiënt laagdrempelig voor verdere diagnostiek in de volgende gevallen:⁷

- twijfel over de diagnose
- dreigende obstructie van vitale functies
- ulceratie of secundaire infecties
- ontsierende locatie, bijvoorbeeld centraal in het gelaat of in een doorgaans zichtbaar gebied
- hemangioom > 4 cm buiten het hoofd-halsgebied
- locatie in de mamma regio bij meisjes
- genitale en/of lumbosacrale locatie
- snel groeiend hemangioom
- ≥ 10 infantiele hemangiomen op het lichaam

Tweedelijns behandel mogelijkheden

Academische centra beschikken over specialistenteams voor hemangiomen. Eerste keus bij de behandeling is een bèta-blokker (propranolol). De medicatie wordt in de tweede lijn

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Ouders komen voornamelijk bij de huisarts als ze zorgen hebben over de aard en prognose van de afwijking. Redenen om de huisarts te consulteren zijn de aanwezigheid van ≥ 2 hemangiomen, een hemangioom bij geboorte, een hemangioom in het hoofd-halsgebied of een subcutaan hemangioom.⁶

Figuur

Infantiel hemangioom [aardbeivlek]



WAT IS AANGETOOND?

Volgens een cochrane review uit 2017 gaf propranolol na 24 weken een beter resultaat dan placebo zonder verschil in bijwerkingen. De beschikbare onderzoeken waren echter van middelmatige kwaliteit. Ook timolol leek verbetering te geven ten opzichte van placebo zonder extra kans op bijwerkingen, maar ook dit bewijs was van matige kwaliteit. In vergelijkende onderzoeken leken propranolol en timolol beide even goed te werken, zonder verschil in bijwerkingen.⁶

In een meta-analyse van RCT's bleek dat de combinatie van topicaal timolol met oraal propranolol een hogere response rate gaf dan propranolol monotherapie [RR 1,14; 95%-BI 1,02 tot 1,29; p = 0,03] zonder extra kans op bijwerkingen.⁸

gestart, maar de huisarts kan erbij betrokken zijn of geconsulteerd worden over bijwerkingen.

Propranololdrank is geregistreerd voor de behandeling van infantiele hemangiomen, startend in de leeftijd van 5 weken tot 5 maanden. Vanwege mogelijke bijwerkingen (hypoglykemie, bronchiale hyperreactiviteit, hypotensie, koude extremiteiten, onrustig slapen) moet de drank tijdens of na de voeding worden toegediend. De behandelduur verschilt per patiënt; vaak stopt men met de drank op de leeftijd van 12-18 maanden.

Behalve propranolol kan ook de topicale bètablokker timolol worden voorgeschreven, in de vorm van oogdruppels die op het infantiele hemangioom worden aangebracht.

Chirurgie wordt enkel nog ingezet bij hemangiomen die niet reageren op de medicatie of bij restafwijkingen die hersteld moeten worden.¹

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Preventie van infantiele hemangiomen is niet mogelijk. In het algemeen kan men de ouders geruststellen over het goedaardige karakter van de aandoening en de spontane involutie. Wel moeten de ouders uitleg krijgen over wat te doen wanneer er alarmsymptomen optreden zoals bloeden of ulceratie. ■

LITERATUUR

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

Kruis AL, Hoornweg M, Eekhof JA. Infantiel hemangioom. Huisarts Wet 2023;66[9]:40-2. DOI:10.1007/s12445-2315-7.

Waarnemend huisarts te Utrecht: dr. A.L. Kruis, huisarts. NKI/Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam; Marije Hoornweg, plastisch chirurg. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden: j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Oplossing 'Witte plekken op het schouderblad'

Het juiste antwoord is extragenitale lichen sclerosus et atrophicus (LSEA).

Dit is mede door het typische ivoorkeurige aspect veelal een klinische diagnose. Lichen planus kan soms erg op LSEA lijken, maar geeft over het algemeen veel meer jeukklachten en kent geen ivoorwitte, maar een livide (paars-blauwachtig) polygonaal aspect. Bij vitiligo zien we uitsluitend gedepigmenteerde maculae (nooit papels of plaques) en is er ook geen sprake van een erythemateuze rand. *Candida*-infecties of dermatomycose hebben in de regel een actieve schilferende rand met zogenaamde eilandjes voor de kust (satellietlaesies). Bij twijfel kunnen we met een huidbiopt goed onderscheid maken tussen de genoemde differentiële diagnoses.¹

LSEA is een chronische, inflammatoire, niet-infectieuze huidziekte die meestal de anogenitale regio aandoet, maar zich ook extragenitaal kan manifesteren.² De etiologie is niet opgehelderd. De exacte prevalentie is niet bekend en wordt waarschijnlijk onderschat, omdat de meeste mensen met extragenitale LSEA weinig of geen klachten ervaren. Naar schatting heeft 15-20% van de patiënten met genitale LSEA

ook een extragenitale LSEA. Andersom geldt dat patiënten met een extragenitale LSEA ongeveer 95% kans hebben op een genitale LSEA (soms nog asymptomatisch).

Maligne ontaarding in de vorm van plaveiselcelcarcinoom komt alleen bij de anogenitale vorm voor (betrokkenheid van het slijmvlies).

Extragenitale LSEA kunnen we veelal topicaal behandelen. Het middel van eerste keuze is (net als bij de anogenitale variant) een sterk tot zeer sterk (klasse 3 tot 4) corticosteroid, in de vorm van een zalf. De aanbeveling luidt: start met eenmaal daags gebruik gedurende 4 weken en bouw vervolgens af tot een pulse-schema op geleide van de klachten en klinische verschijnselen van de patiënt. Veelal resteren er asymptomatische gehypopigmenteerde restafwijkingen (maculae). ■

LITERATUUR

1. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatology. Amsterdam: Elsevier, 2017.
2. NVDV. Richtlijn Lichen sclerosus. 2021. Beschikbaar via: richtlijnen-databank.nl. Geraadpleegd op 21 februari 2023.

Groetbeleid

U bent een lokale bekendheid. Tegen wil en dank. Wereldberoemd in uw eigen dorp of in de buurt van uw stadspraktijk. Ze kennen u allemaal, maar u kent ze niet allemaal. U komt patiënten tegen in de supermarkt, van wie u werkelijk niet meer weet wie het zijn of wat ze mankeerden, en die vragen: 'Is de uitslag al binnen?'

Dan dient het volgende dilemma zich aan: wie ga je groeten? Binnen de praktijk is het redelijk duidelijk. U groet waarschijnlijk iedereen, het zijn immers uw eigen patiënten. Als daar mensen zijn die u wel groet, maar die u onverhoopt toch niet blijkt te kennen, dan kan groeten geen kwaad. Gewoon een vriendelijke dokter.

Buiten de praktijk ligt groeten veel complexer. Misschien herkent u het probleem: moeite hebben om mensen op straat thuis te brengen. Waar heb ik ze eerder ontmoet? Is het iemand die ik uit mijn privéleven zou moeten kennen, is het een patiënt uit de praktijk of misschien wel van de huisartsenpost? En de hamvraag is natuurlijk: ga ik groeten of niet? Een besluit dat u in een split second moet nemen. Op vakantie in Normandië houdt een man vriendelijk de deur voor mij open. Ik meen in hem zeker een patiënt te herkennen, maar door ervaring wijzer en vooral voorzichtiger geworden besluit ik hem niet als zodanig te begroeten. Ik zeg: 'Bekend gezicht, waar ken ik u ook alweer van?' 'Thom de Graaff, D'66', zegt hij, nog steeds vriendelijk. Ach ja, natuurlijk, stom...

Staat uw praktijk in een grote stad, dan is de kans om patiënten 'in het wild' tegen te komen minder groot. In een klein dorp wordt het lastiger. Grote kans dat als u over het dorpsplein loopt of de lokale supermarkt binnenstapt, het daar wemelt van patiënten uit uw eigen praktijk. En dan? Niemand groeten, blik op oneindig en stoïcijns doorstappen? Met de uitstraling: ik ben niet aan het werk, ik ben hier privé. Of kiest u voor de variant: verdiept in het boodschappenbriefje of de telefoon, een enkele keer verstrooid opkijkend en groeten waar nodig? Met het risico op een reactie als 'Zag u mij laatst niet?'

Wie je gaat groeten blijft hoe dan ook een intuïtieve handeling. Af en toe zul je ernaast zitten. Beter iemand groeten die je achteraf helemaal niet blijkt te kennen dan een patiënt niet groeten die je eigenlijk wel zou moeten herkennen. Met als bijkomend voordeel dat je in de loop van de jaren heel wat bekende Nederlanders de hand schudt. Erger wordt het niet. ■

David Bentz van den Berg, huisarts-docent



Foto: Margot Scherder

'Wie je gaat groeten blijft hoe dan ook een intuïtieve handeling'

25 JAAR AIOTO-TRAJECT

Sinds 1998 kan de huisartsopleiding gecombineerd worden met promotieonderzoek als arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker (aioto) bij 1 van de academische instituten. Om stil te staan bij dit 25-jarig jubileum vertellen 4 betrokkenen wat het aioto-traject tot dusver heeft opgeleverd. Komen de verwachtingen uit?

Tekst en foto's: Margot Scheerder

Snel tot de kern van een probleem komen

In 2005 begon Bart Knottnerus met onderzoek naar urine-weginfecties en een jaar later met de huisartsopleiding in Amsterdam (AMC-UvA). Hij is programmaleider huisartsenzorg bij het Nivel en waarnemend huisarts.



‘Ik studeerde geneeskunde om dokter te worden, maar wilde daar graag iets bij doen. Om via een aioto-traject als onderzoeker en als huisarts te werken, was een mooie combinatie. Ik verwachtte veel te leren op verschillende gebieden. Ik vond het doktersgedeelte van mensen helpen in de praktijk interessant, maar ook het ‘waarom doen we het eigenlijk zo’. Het aioto-traject was toen nog vrij nieuw.

Het was een geweldige tijd, waarin ik naast het onderzoek ook veel andere leuke dingen heb gedaan. Zo ging ik naar congressen, zat ik in de Werkgroep Europese Samenwerking van de LOVAH en richtte ik samen met een enthousiast clubje aioto's het aioto-netwerk op en integreerde dat in de Werkgroep Wetenschap van de LOVAH. Ik ontwikkelde vaardigheden die nog steeds van pas komen, zoals vergaderen, plannen, organiseren en prioriteren. Zonder dit traject had ik nooit mijn huidige baan bij het Nivel gehad. Ik merk dat ik als huisarts én onderzoeker iets kan toevoegen.

MINDER SNEL AANVULLEND ONDERZOEK

Tijdens mijn aioto-traject werkte ik mee aan een aantal richtlijnen. Doordat je weet hoe een richtlijn tot stand komt en welke overwegingen er zijn gemaakt, begrijp je richtlijnen beter en is het makkelijker om ervan af te wijken als dat nodig is. Als onderzoeker kom ik snel tot de kern van een probleem

en kan ik literatuur beoordelen en wegen, waardoor ik een weloverwogen keuze kan maken. Door mijn wetenschappelijke ervaring vraag ik ook minder snel aanvullend onderzoek aan als dat geen toegevoegde waarde heeft. Ik stel mijzelf eerst de vraag of het echt is wat de patiënt nodig heeft.

Na mijn opleiding lag de focus op het werk als huisarts en deed ik 1 dag per week onderwijs of onderzoek. Later wilde ik meer onderzoek gaan doen en kreeg ik kinderen. Toen is de focus verlegd. Nu werk ik 4 dagen per week bij het Nivel als leider van het onderzoeksprogramma huisartsenzorg, werk ik af en toe als waarnemer en zorg ik voor mijn jonge kinderen.’

Vorming tot een vollediger

De Apeldoornse huisarts Caroline van Wayenburg volgde van 2003 tot 2010 het aioto-traject. Daarin combineerde zij huisartsgeneeskunde met biomedische gezondheidswetenschappen. ‘Ik deed onderzoek naar voeding in de huisartsenpraktijk.’

‘Het aioto-traject heeft me als huisarts gevormd. Ik denk dat ik kritischer ben dan de gemiddelde huisarts. Dat doe ik onder meer door te praten met anderen over een onderwerp. Het helpt om je conclusie te toetsen en er goed over na te denken wat die conclusie nou eigenlijk betekent. Vervolgens breng je die in de praktijk. In onze praktijk prikken we bijvoorbeeld eerder het HbA1c en grijpen al in als deze iets verhoogd is om mensen te motiveren tot leefstijlverandering. Daar zien we heel mooie preventieve effecten van.’

TE WEINIG WERKERVARING

‘Na mijn promotieonderzoek ben ik niet verder gegaan als onderzoeker. Ik vond dat ik nog te weinig werkervaring als huisarts had om onderzoek goed te kunnen implementeren in de praktijk. Daarnaast wilde ik graag een eigen nulpraktijk opstarten. Dat kostte ook erg veel tijd. Aan het aioto-traject heb ik mooie vriendschappen overgehouden; ik ga nog steeds met iemand uit die periode op fietsvakanties. Inmiddels draait mijn praktijk volop en heb ik weer ruimte voor andere dingen. De ambitie om iets op te pakken heb ik

Nog leuker werk

Floris van de Laar was in 2000 in Nijmegen de tweede aioto die startte met dit traject. In 2008 promoveerde hij op onderzoek naar diabetes en voeding. Hij is huisarts in Lent, opleider, en onderzoeker bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde aan het Radboudumc.

‘Vijfentwintig jaar geleden was het aioto-traject nog onontgonnen gebied. Je moest zelf uitvogelen wat er mogelijk was en hoe het mogelijk was. Er was geen vastomlijnd traject. Ook hoe de onderzoeksopleiding eruitzag, moesten we zelf uitvinden. Nu wordt er meer planmatig gewerkt. Er moet een onderzoeksopleidingstraject zijn en het is meestal veel duidelijker wat je gaat doen en wat je gaat afleveren. Dat geeft meer houvast, maar minder ruimte voor het nemen van afslagen. Tijdens mijn aioto-traject kwam ik veel tegen wat ik interessant vond en zo ontstonden er telkens nieuwe projectjes binnen mijn onderzoek. De vrijheid was heel groot en ik kreeg spelenderwijs ervaring met allerlei verschillende onderzoeks-



huisarts

wel, maar of het nu het onderwijs wordt of de wetenschap weet ik nog niet. De combinatie met de praktijk en daar de balans in vinden, dat is nog een beetje waar de schoen wringt. Mijn advies aan toekomstige aioto's: je bijdrage aan de wetenschap is misschien klein, maar jouw vorming tot een vollediger huisarts is des te groter. Begin er aan voor je algemene wetenschappelijke vorming, maar vooral ter verrijking van het huisartsenvak?



technieken. Het hangt nu van de persoon af hoeveel je eruit haalt. Met de juiste mindset is dat nog steeds heel veel, maar het is wel strakker georganiseerd door de opleiding.’

OVERSTIJGEND KIJKEN

‘Door het aioto-traject heb ik nu nog leuker werk. Ik heb geen talent om te kiezen. Ik ben bezig met patiëntenzorg, maar heb ook de vaardigheid om overstijgend te kunnen kijken. Heb je eenmaal onderzoek gedaan, dan weet je beter hoe iets tot stand komt en kun je onderzoeken makkelijker interpreteren en gebruiken in je dagelijks werk. Als huisarts-onderzoeker heb ik binnen het Radboudumc regelmatig contact met specialisten over transmurale vraagstukken. Zo kun je meedenken en worden allerlei projecten geboren.’

ANDERE KIJK OP DE MATERIE

‘Als je afstand wilt nemen van je werk, kun je gaan vissen, maar je kan ook onderzoek gaan doen. Het geeft echt het gevoel van een werkvakantie, want je kijkt op een heel andere manier naar de materie. Interesse in hoe je onderzoek doet en wat er in de gereedschapskist van de onderzoeker zit is voor mij belangrijker dan inhoudspecifieke kennis. Zo houd je de rest van je carrière afwisselend werk.’

Het aioto-traject duurt 6 jaar: 3 jaar voor de huisartsopleiding en 3 jaar voor het promotietraject. De SBOH en Zon-Mw lanceerden in 2012 een subsidieprogramma om het aioto-traject te financieren. Voor de aioto biedt het traject een kans om het leren in de praktijk en het doen van onderzoek met elkaar te verbinden.

Op 21 september 2023 organiseren de LOVAH, de afdeling huisartsgeneeskunde van het UMC Groningen en het NHG het symposium '25 jaar AIOTO-traject'.

Kritisch leren kijken

Hà Ngo is sinds april 2022 bezig met een promotietraject over de implementatie van een online zelfhulpmethode bij chronische duizeligheid. Zij doet dit in Amsterdam, waar ze vanaf september begint met het eerste jaar van de huisartsopleiding.

'De combinatie van onderzoek doen en in de praktijk werken trekt mij erg aan, omdat ik de resultaten van mijn onderzoek direct kan toepassen. Je ziet meteen of het werkt, leert daarvan en past het toe op je onderzoek. Mijn implementatieonderzoek leent zich daar ook uitstekend voor.

Ik hoop dat dit aioto-traject veel brengt op wetenschappelijk niveau, maar ook op het gebied van de huisartsgeneeskunde;

mensen leren kennen en ontdekken of er nog andere vlakken zijn waarop je je kunt ontwikkelen als huisarts. Het aioto-traject heeft me nu al veel gebracht, ook al ben ik net begonnen. Ik heb kritisch leren kijken naar mijn eigen onderzoek en dat van anderen. Ik heb geleerd heel veel geduld te hebben. Onderzoek doen kan traag gaan, het is een langdurig proces. Je ziet niet heel snel resultaat en werkt naar een groter doel toe.

GOEDE COMMUNICATIE

Het is belangrijk dat je je fijn voelt in een onderzoeksgroep. Je moet het onderwerp leuk vinden en een goede communicatie tussen jou en je onderzoeksgroep, maar ook tussen jou en je opleiders van de huisartsopleiding is essentieel.'

AIOSSEN MOTIVEREN

'Het aioto-traject kan bij de huisartsen en de huisartsopleiding meer onder de aandacht gebracht worden. Een huisarts(opleider) kan dan huidige en toekomstige aiossen motiveren om ook zo'n traject te volgen of onderzoek te doen. Niet iedere opleider weet van het bestaan af. Of ik na dit traject verder wil in het onderzoek? Dat weet ik nog niet. Er zijn veel verschillende manieren waarop je je als huisarts verder kunt ontwikkelen.' ■



Spelenderwijs leren triageren

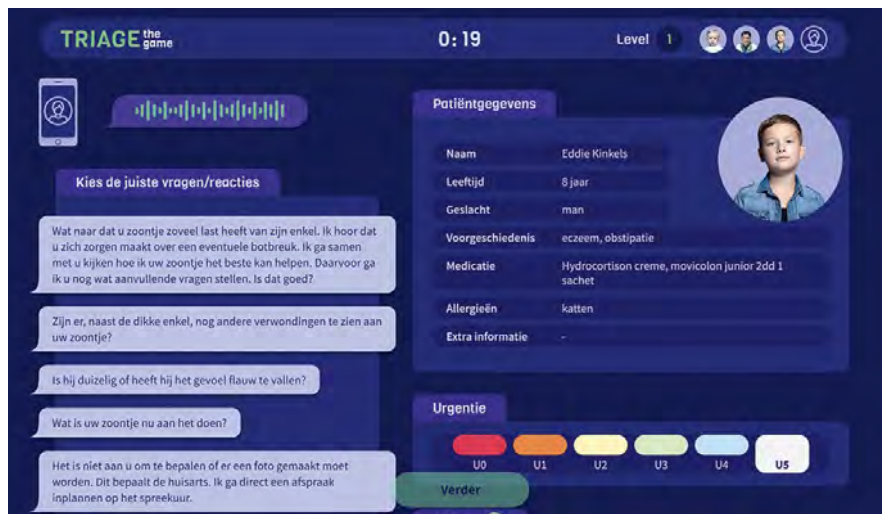
Vincent van Vugt

Triageren bij spoed blijft een uitdaging. Een verkeerde beslissing kan ernstige gevolgen hebben, terwijl snel keuzes maken noodzakelijk is. De Triagegame is ontwikkeld om je triagevaardigheden spelenderwijs en in een veilige setting te vergroten. Dit sympathieke initiatief van huisartsen van het Radboudumc en spoedzorgonderwijsinstituut Schola Medica wordt een vast onderdeel van de huisartsopleiding en is nu ook gratis toegankelijk voor elke geïnteresseerde huisarts.

Je stapt in de triagistenrol op de huisartsenpost. Het valt meteen op dat het spel mooi is vormgegeven. Door schermen met heldere, strakke kleuren doorloop je intuïtief het triageproces. Het spel bestaat uit 3 levels met elk 4 patiënten die naar de huisartsenpost bellen. Bij elke patiënt krijg je de keuze uit verschillende vragen die je kunt stellen om te komen tot de juiste urgentie (U0-U5). De opdracht is om 'de patiënten zo goed mogelijk te helpen in zo kort mogelijke tijd én de zorg alleen te belasten wanneer dat ook echt nodig is'.

Bezorgde ouders, bagatelliserende patiënten en zwangere vrouwen hangen allemaal aan de telefoon. Doordat het spel gebaseerd is op de Nederlandse Triage Standaard (NTS) leer je zo bij verschillende ingangsklachten geleidelijk de NTS-vragen kennen. Bij elke casus tikt de tijd door. Wanneer je een domme vraag stelt (bijvoorbeeld of de zwangere vrouw een jongetje of meisje krijgt), krijg je strafseconden. Door goed te luisteren, de juiste vragen te stellen en de correcte NTS-waarden aan te vinken krijgt elke patiënt de juiste urgentie.

Na elke casus zie je of je de patiënt hebt geholpen, je tijd en je zorgbelasting. Dat is fijn, maar het is helaas niet duidelijk



waarom je de zorg te zwaar hebt belast of waarom je op de verkeerde urgentie bent uitgekomen. Ik had het leerzamer gevonden om te zien waar en waarom ik een betere keuze had kunnen maken. Toch voelde ik mijn vaardigheden groeien en ging ik steeds soepeler door de casussen. De heerlijk herkenbare patiënten, zoals de gefrustreerde antibioticawenser en de breedspakige oudere, bewijzen dat de game is gemaakt door huisartsen met liefde voor spoedzorg. ■

Naam	Triagegame
Makers	Radboud UMC, projectleider Boukje van Dijk [kaderhuisarts spoedzorg]
Doel	Zorgverleners in de eerste lijn meer inzicht geven in triage
Platform	Online
Prijs	Gratis
Oordeel	●●●●

Perceptie van geneeskundestudenten over huisartsgeneeskunde

ONDERZOEK

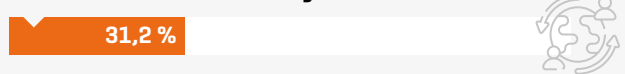
Deze infographic is een samenvatting van een cross-sectioneel onderzoek uit 2020-2021 op de Erasmus Universiteit Rotterdam onder geneeskundestudenten om hun perceptie van de huisartsgeneeskunde in 3 verschillende stadia van hun studie te evalueren.

Pols DH, Kamps A, Runhaar J, Elshout G, Van Halewijn KF, Bindels P, et al. Medical students' perception of general practice: a cross-sectional survey. BMC Medical Education 2023;23:103. DOI: 10.1186/s12909-023-04064-z.

Gemiddeld responspercentage

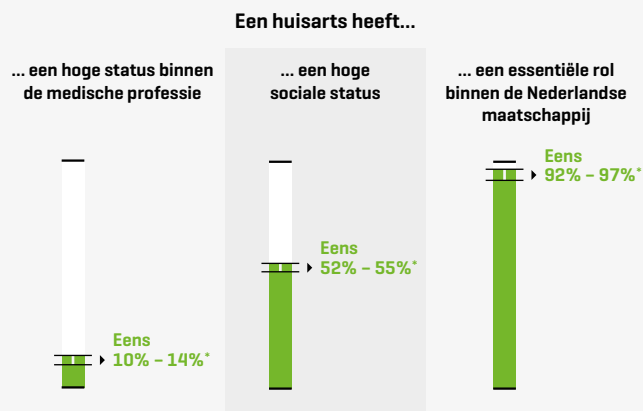


Het aantal studenten met een migratieachtergrond in dit onderzoek was **relatief hoog**



OPVATTINGEN

Weinig studenten vinden dat een huisarts een hoge status heeft binnen de medische professie



Deze opvattingen verschillen niet significant tussen de studie jaren

* Range van percentages van de 3 onderzochte studie jaren (bachelor jaar 1, bachelor jaar 3 en master jaar 3)

INTERESSE TIJDENS OPLEIDING

De studie bestaat uit:



De interesse in huisartsgeneeskunde neemt toe naarmate de studie vordert

Van bachelor naar master zie je een **stijgende lijn**

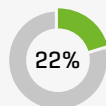


Eerstejaars bachelorstudenten
n = 340

mediane leeftijd
18 jaar

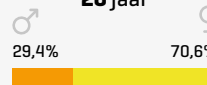


Overweegt huisarts te worden:

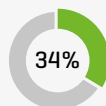


Derdejaars bachelorstudenten
n = 231

mediane leeftijd
20 jaar



Overweegt huisarts te worden:

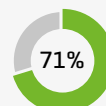


Derdejaars masterstudenten
n = 210

mediane leeftijd
25 jaar



Overweegt huisarts te worden:



IMPACT OP MENING

Belangrijkste reden voor de toegenomen interesse:



Volgens studenten voorziet de huisartsenpraktijk in een prettige werkomgeving



Informatie van sociale media had weinig impact op de mening van studenten

3,8%



De ervaring van studenten in de huisartsenpraktijk tijdens de opleiding had een positieve impact op hun mening over huisartsen

Eerstejaars bachelors positiever na ervaring in de huisartsenpraktijk

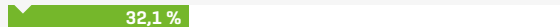


Derdejaars masters positiever na ervaring in de huisartsenpraktijk

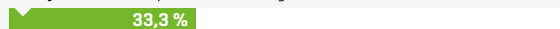


Ook de colleges van huisartsen over huisartsgeneeskunde hadden een grotere impact op de masterstudenten dan op de bachelorstudenten

Eerstejaars bachelors positiever na colleges van huisartsen



Derdejaars bachelors positiever na colleges van huisartsen



Derdejaars masters positiever na colleges van huisartsen





Meer aandacht voor coeliakie in nieuwe versie NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid

Miesje Nijs, Annemiek Schep-Akkerman, Tjerk Wiersma

Coeliakie is voortaan een integraal onderdeel van de herziene NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid, inclusief de titel. De herziene richtlijn gaat uitgebreider in op de klinische presentatie, de diagnostiek en het controlebeleid van coeliakie. Een andere belangrijke verandering is dat de standaard de eliminatie-provocatietest bij een vermoeden van koemelkallergie bij zuigelingen niet meer aanbeveelt. Het huidige advies is een diagnostisch eliminatiedieet. Alleen bij een sterke afname van klachten is verwijzing voor een provocatietest geïndiceerd.

De NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid en coeliakie biedt de huisarts handvatten voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met (een vermoeden van) voedselovergevoeligheid en coeliakie, en is inhoudelijk grotendeels herzien. Onder voedselovergevoeligheid vallen allergische voedselovergevoeligheid, bijvoorbeeld koemelkallergie of pinda-allergie, en niet-allergische voedselovergevoeligheid, zoals lactose-intolerantie. Coeliakie is geen voedselovergevoeligheid, maar een auto-immuunziekte.

COELIAKIE IN DE STANDAARD

De richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij coeliakie stonden voorheen in een klein kader in de standaard, maar werden vaak niet gevonden. Coeliakie heeft in deze herziene standaard een duidelijker plaats gekregen. Uit onderzoek blijkt dat het aantal gediagnosticeerde patiënten met coeliakie lager ligt dan de geschatte prevalentie. Het is daarom van belang dat huisartsen zich realiseren dat patiënten een scala aan symptomen kunnen hebben die het gevolg zijn van chronische ontsteking van de darm en malabsorptie. Coeliakie kan leiden tot gastro-intestinale klachten, bijvoorbeeld buikpijn en diarree, maar ook tot extra-intestinale gevolgen, zoals anemie en groeiachterstand.

FAMILIESCREENING NAAR COELIAKIE

De herziene standaard beschrijft nu ook wat de huisarts kan doen bij een patiënt met een eerstegraadsfamilielid met coeliakie, die vraagt om screening naar coeliakie maar geen klachten heeft. De standaard zet uiteen welke voor- en nadelen van bloedonderzoek de huisarts met de patiënt kan bespreken. Een voordeel is de mogelijke gezondheidswinst: bij het diagnosticeren van coeliakie zal een glutenvrij dieet verbetering geven van de darmafwijkingen, met mogelijk minder kans op deficiënties en andere complicaties. Een nadeel is de belasting van een levenslang strikt glutenvrij dieet. Een negatieve

tTG-IgA-bepaling geeft bovendien geen uitsluitel over het eventueel ontwikkelen van coeliakie in de toekomst.

CONTROLEBELEID VAN COELIAKIE

Patiënten met coeliakie worden elke dag met hun aandoening geconfronteerd omdat ze een strikt glutenvrij dieet moeten naleven. Kinderen met coeliakie worden gediagnosticeerd en regelmatig gecontroleerd door de kinderarts(-mdl). De mdl-arts stelt de diagnose bij volwassenen en start de behandeling. Deze behandelt deficiënties en controleert deze tot herstel is vastgesteld. Na onderlinge afstemming kan de huisarts optioneel de controles van volwassen patiënten die in remissie zijn overnemen. De standaard beschrijft de inhoud van de controles.

ELIMINATIEDIEET BIJ VOEDSELALLERGIE

Veel huisartsen gaven aan dat het verrichten van de open eliminatie-provocatietest bij zuigelingen met een vermoeden van koemelkallergie een knelpunt vormt. Ze voeren deze test weinig uit en voelen zich er vaak niet bekwaam in, en bovendien is de tijdsinvestering groot. In de herziene versie adviseren we om bij vermoeden van een voedselallergie zowel bij koemelk als bij een ander verdacht voedselallergeen een diagnostisch eliminatiedieet te overwegen, dat de patiënt gedurende 4 weken moet volgen. Bij een sterke afname van de klachten is een voedselallergie waarschijnlijker, in het andere geval is een voedselallergie voor het specifieke allergeen uitgesloten. De open eliminatie-provocatietest wordt in de huisartsenpraktijk niet meer aanbevolen. Het adviseren van een eliminatiedieet vraagt veel minder expertise en tijd van de huisarts, en het dieet kan voor een deel van de patiënten uitsluiten dat ze een voedselallergie voor een specifiek allergeen hebben.

GEEN BLOEDONDERZOEK NAAR VOEDSELALLERGIE

Bloedonderzoek naar voedselallergie wordt niet aanbevolen in de huisartsenpraktijk. De positief voorspellende waarde van de sIgE-bepaling naar voedselallergenen is te laag om de diagnose voedselallergie op betrouwbare wijze te stellen. Een positieve uitslag duidt op sensibilisatie voor het betreffende allergeen, maar niet op een voedselallergie: asymptomatische sensibilisatie komt veel voor. Bloedonderzoek om een allergie voor een specifiek voedselallergeen uit te sluiten is in de huisartsenpraktijk onvoldoende toepasbaar.

DIAGNOSE VOEDSELALLERGIE

Voor het stellen van de diagnose voedselallergie (afgezien van

koemelkallergie bij zuigelingen) biedt de standaard 2 opties: de (vermoedelijke) diagnose stellen op basis van de anamnese en eventueel een diagnostisch eliminatiedieet, of voor verdere diagnostiek verwijzen naar de tweede lijn. Bij deze beslissing speelt mee hoe sterk het vermoeden is op basis van de anamnese en hoe belangrijk het is om een zekere diagnose te hebben. Een zekere diagnose is vooral van belang bij ernstige klachten en wanneer eliminatie van het voedselallergeen een grote impact heeft op het dieet.

PRAKTISCHE ADVIEZEN BIJ LACTOSE-INTOLERANTIE

De meeste mensen die afkomstig zijn uit Noordwest-Europa blijven tolerant voor lactose. Het overgrote deel van de wereldbevolking verliest de tolerantie voor lactose echter op kinderleeftijd. Lactose-intolerantie komt daardoor veel voor bij oudere kinderen en volwassenen die niet van Noordwest-

Europese origine zijn. Aan de herziene standaard is meer informatie toegevoegd over lactose-intolerantie. ■

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

Nijs MM, Schep-Akkerman AE, Wiersma Tj. Meer aandacht voor coeliakie in nieuwe versie NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid. Huisarts Wet 2023;66(9):51-2. DOI:10.1007/s12445-023-2304-x.

NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: M.M. Nijs, wetenschappelijk medewerker, contactcentrum@nhg.org; dr. A.E. Schep-Akkerman, epidemioloog, wetenschappelijk medewerker; dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

HUISARTS EN WETENSCHAP ZOEKT

een redactielid

Werk jij graag mee aan de inhoud van H&W, dé wetenschappelijke titel voor huisartsen? Solliciteer dan op onze vacature.

Wat ga je doen?

Als lid van de redactiecommissie beslis je mee over de inhoud van H&W.

- Je leest en beoordeelt wetenschappelijke, op de huisartsen-praktijk gerichte kopij.
- Je werft en begeleidt auteurs.
- Je schrijft nieuwsberichten en recensies.
- Je levert ideeën over de inhoud, samenstelling en verdere ontwikkeling van de verschillende kanalen van H&W.
- Je neemt 2 x per maand deel aan de redactievergadering, waarvan 1 x fysiek in Utrecht en 1 x digitaal.
- Je bent gemiddeld 5 à 6 uur per week met deze taken bezig, grotendeels zelfstandig.

Wat neem je mee?

Je bent een gepromoveerde huisarts/aioto met een creatieve en kritische geest, die affiniteit heeft met het duiden van wetenschap voor de praktiserende huisarts.

- Je bent analytisch en kritisch en werkt proactief.
- Je bent in staat om auteurs te begeleiden en motiveren.
- Je hebt ervaring met het publiceren van wetenschappelijke literatuur. Affiniteit met implementatie en nascholing is een pre.
- Je hebt een relevant netwerk.
- Bij voorkeur heb je interesse in digitale zorg.

Wat krijg je?

- Een overeenkomst als redactielid in de redactiecommissie (maximaal 5 jaar); de beoogde startdatum is 1 december 2023.
- Een marktconforme vergoeding.
- Enthousiaste professionals met veel vakinhoudelijke kennis om mee samen te werken.
- De mogelijkheid om je werk flexibel af te stemmen met je andere werkzaamheden.

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een lid van de redactiecommissie en de voorzitter van de Raad van Advies van H&W. De benoeming geschiedt op 14 december 2023 door de Algemene Ledenvergadering van het NHG.

Enthousiast geworden? Solliciteer!

Mail voor 8 oktober 2023 je motivatiebrief voorzien van een curriculum vitae naar redactie@nhg.org. De sollicitatiegesprekken vinden plaats op 10 en 31 oktober 2023.

Meer weten? Stuur een mail naar hoofdredacteur dr. Gijs Baaten: g.baaten@nhg.org.

Acquisitie naar aanleiding van deze vacatures wordt niet op prijs gesteld.



H&W vertaalt actuele huisartsgeneeskundige wetenschap naar de dagelijkse praktijk in korte en prettig leesbare artikelen. H&W publiceert doorlopend en crossmediaal middels een website (www.henw.org), wekelijkse nieuwsbrief, podcasts (<https://www.henw.org/podcast-overzicht>) en een maandelijkse printeditie. H&W wordt uitgegeven door het NHG.

De professionele bureauredactie bestaat uit 8 vaste medewerkers en vele freelancers. Daarnaast is er een redactiecommissie van huisartsen en onderzoekers, die de inhoud bepaalt. De hoofdredacteur stuurt de bureauredactie en redactiecommissie aan.

Herziening van de MDR CVRM na een reproductieve aandoening

Hedwig Vos

Vrouwen die tijdens hun zwangerschap een hoge bloeddruk of pre-eclampsie hadden, blijken later in hun leven vaker cardiovasculaire aandoeningen te krijgen dan vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap. De multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement beveelt aan om periodieke screening van deze groep vrouwen te 'overwegen'. Die vrijblijvendheid is er bij de herziening van de richtlijn CVRM na een reproductieve aandoening uit: 'Stel voor alle vrouwen met een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap een cardiovasculair risicoprofiel op en bied deze vrouwen een systematische follow-up om premature hypertensie op te sporen.' Het is tijd voor een proactieve aanpak.

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement na een reproductieve aandoening herzien.¹ Deze richtlijn is opgesteld en goedgekeurd door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de NVOG, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de Nederlandse Internisten Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Radiologie en de HELLP Stichting. Daarmee geldt de richtlijn ook voor de huisarts.

Aanleiding voor de herziening is dat de huidige algemene richtlijn CVRM aanbeveelt om 'periodieke screening op hypertensie en diabetes te overwegen bij vrouwen met in de voorgeschiedenis pre-eclampsie en/of zwangerschapshypertensie'.² Dit is een vrijblijvende en niet erg concrete aanbeveling. Bovendien is het 10-jaarsrisico op cardiovasculaire sterfte (of ziekte en sterfte) volgens de SCORE-tabel per definitie laag bij vrouwen jonger dan 50 jaar, en kan deze tabel pas worden gebruikt vanaf 40 jaar. Daarbij luidt het advies ook om een schatting van het risico op hart- en vaatziekten pas te overwegen bij postmenopauzale vrouwen of vrouwen ≥ 50 jaar.

RISICO OP HYPERTENSIE EN HART- EN VAATZIEKTEN

Vrouwen die een zwangerschap doormaken die wordt gecompliceerd door een hypertensieve aandoening hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (HVZ) later in het leven. Zo ontwikkelen vrouwen die zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie hadden vaker klassieke cardiovasculaire risicofactoren en aandoeningen (hypertensie, dyslipidemie, overgewicht, gestoorde glucosetolerantie, diabetes mellitus) dan vrouwen die een ongecompliceerde zwangerschap hebben doorgemaakt.³ Een deel van deze nog relatief jonge vrouwen heeft een verhoogd 10-jaars- en/of 'life-time'-risico op het



Vrouwen die tijdens hun zwangerschap een hoge bloeddruk of pre-eclampsie hadden, hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten later in het leven.

Foto: Shutterstock

krijgen van een HVZ of op het overlijden aan een HVZ.^{4,5} Vooral het risico op het ontwikkelen van premature chronische hypertensie is sterk verhoogd. In het eerste jaar na de bevalling hebben vrouwen na een hypertensieve aandoening in de zwangerschap (HAZ) tussen 1 en 10 jaar postpartum een 3 tot 10 keer zo hoog risico op hypertensie dan vrouwen met een normale bloeddruk tijdens de zwangerschap. Dit risico blijft 2 keer zo hoog tot ≥ 20 jaar postpartum.⁶

FOLLOW-UP

Vanwege het hoge risico op het ontwikkelen van HVZ op latere leeftijd adviseert de herziene richtlijn systematische follow-up bij vrouwen die een HAZ hebben doorgemaakt om premature hypertensie en andere risicofactoren voor HVZ op te sporen. Het advies betreft een follow-up gedurende een periode van 20-30 jaar na de laatste zwangerschap met een HAZ. Het interval waarin deze follow-up moet plaatsvinden is voor de eerste 5 jaar jaarlijks en daarna eens per 3 jaar. Dat is vergelijkbaar met de controlefrequentie die in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is afgesproken voor vrouwen met diabetes gravidarum.⁷

De herziene richtlijn beveelt gynaecologen en huisartsen aan om het cardiovasculair risico in kaart te brengen en goed transmuuraal samen te werken. In de praktijk betekent dit het volgende:

- Bij het obstetrisch ontslaggesprek moet de patiënt voor CVRM een expliciete doorverwijzing krijgen naar de huisarts. Dit moet duidelijk in de ontslagbrief vermeld staan.
- Secundaire preventie van CVRM: controle vindt plaats bij de huisarts/praktijkondersteuner, de eerste 5 jaar jaarlijks en daarna eens per 3 jaar tot het vijftigste levensjaar, tot de menopauze als deze eerder valt, of totdat er een indicatie is voor frequentere controles.
- Zorg indien aangewezen voor leefstijlbegeleiding via de praktijkondersteuner of een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bijvoorbeeld bij een BMI > 30 of een BMI > 25 met aanvullende risicofactoren.⁸ Wanneer de leefstijlaanpassing alleen onvoldoende verbetering geeft, krijgt de patiënt naast de leefstijlbegeleiding op indicatie medicamenteuze behandeling.⁸
- Enkele klinieken beschikken over een gestructureerd nazorgprogramma. Wanneer de patiënt daarvoor in aanmerking komt, moet ze daarover bij ontslag duidelijke informatie krijgen.
- Adviseer de patiënt om eens per kwartaal met een eigen bloeddrukmeter de bloeddruk te meten en de uitslagen te bespreken tijdens het jaarlijkse bezoek aan de huisarts/praktijkondersteuner.

IMPACT

De commissie realiseert zich dat een systematische follow-up een behoorlijke impact heeft op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van patiënten. Zo zullen ze moeten (leren) aanvaarden dat ze een hoger cardiovasculair risico hebben, en dat er af en toe laboratoriumonderzoek dient te worden gedaan en hun bloeddruk gemeten zal moeten worden. Ook zullen deze vrouwen gedurende een lange tijd worden vervolgd, wat betekent dat ze geregeld naar een zorgprofessional toe moeten voor evaluatie. Het voorkomen van eindorgaanschade is echter essentieel – daar draait de hypertensiebehandeling om.

Hoewel er bij jonge mensen geen trials zijn gedaan naar hypertensiebehandeling weten we uit observationele onderzoeken wel dat er een relatie bestaat tussen hoge bloeddruk op jonge leeftijd en eindorgaanschade.^{9,10} Omdat trials bij oudere mensen laten zien dat hypertensiebehandeling eindorgaanschade kan voorkomen, adviseert de laatste ESH-richtlijn om jonge mensen met graad 1 hypertensie te behandelen.¹¹

Onderzoek toont aan dat vrouwen na een HAZ een sterke behoefte hebben aan langdurige nazorg, met regelmatige controles en inclusief leefstijladviezen.¹² Vanuit het patiënt-

perspectief kan monitoring op afstand een uitkomst bieden. Daarbij geeft de zorgprofessional de patiënt instructies om de bloeddruk zelf te meten.

HAALBAARHEID

De richtlijn adviseert om de vrouwen na een HAZ met de eerdergenoemde frequentie te screenen. Ze doet echter geen uitspraak over de vraag of huisartsen deze vrouwen actief dienen op te roepen of dat de vrouwen zelf een afspraak moeten maken. Alle vrouwen zou nazorg moeten worden aangeboden. Omdat vrouwen met veel gezondheidsachterstand een hoger risico hebben op HVZ, is het van belang om ze goed in beeld te hebben en houden.¹³ Daarom is een proactieve benadering vanuit de praktijk gewenst. Deze zorg is in principe standaard verzekerde zorg. Deze vrouwen vallen in de meeste gevallen echter niet in de doelgroep die in het kader van de programmatische ketenzorg al een oproep krijgt voor CVRM-controles. Buiten de ketenzorg om is er momenteel geen vergoeding voor het selecteren en proactief benaderen van de vrouwen. In veel gevallen kan deze groep niet eens in het keteninformatiesysteem (KIS) worden opgenomen. Omdat patiënten zelf aangeven dat ze behoefte hebben aan nazorg, zullen ze deze maatregelen waarschijnlijk makkelijk accepteren. Hooguit zal een groep vrouwen vanwege financiële problemen onderdelen afwijzen die onder het verplichte eigen risico vallen, zoals het eventuele laboratoriumonderzoek. ■

LITERATUUR

1. NVOG. CVRM na een reproductieve aandoening. 2014. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cvrn_na_een_reproductieve_aandoening/cvrn_na_reproductieve_aandoening_-_startpagina.html. Geraadpleegd op 7 juli 2023.
2. NHG, NIV, NVvC. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomangement. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2018. Geraadpleegd op 7 juli 2023.
3. Heida KY, Bots ML, De Groot CJ, Van Dunné FM, Hamoud NM, Hoek A, et al. Cardiovascular risk management after reproductive and pregnancy-related disorders: a Dutch multidisciplinary evidence-based guideline. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23:1863-79.

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

Raadpleeg de volledige versie van deze multidisciplinaire richtlijn op de richtlijndatabase. Zie: <https://richtlijndatabase.nl> en zoek op 'CVRM na een reproductieve aandoening'.

Vos HMM. Herziening MDR CVRM na een hypertensieve aandoening in de zwangerschap. *Huisarts Wet* 2023;66(9):55-6. DOI:10.1007/s12445-023-2334-4.
LUMC, afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden:
H.M.M. Vos, huisarts, hoofd huisartsopleiding, universitair hoofddocent,
h.m.m.vos@lumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Lees ook: 'Veel vrouwen kennen de risico's na zwangerschapshypertensie niet' van Loes Wouters op pagina 6.

Nieuwe multidisciplinaire richtlijn Astma en zwangerschap

Cathelijn van Hoolwerff, Lia Boelman

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) is een nieuwe multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld. De richtlijn Astma en zwangerschap is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen met astma en een kinderwens, zwangere vrouwen met astma of vrouwen met astma tijdens de lactatieperiode. De richtlijn bevat ook aanbevelingen voor huisartsen als aanvulling op de informatie in de NHG-Standaard Astma bij volwassenen.

Ongeveer 10.000 zwangere vrouwen krijgen tijdens de zwangerschap te maken met astma, op de gemiddeld 175.000 zwangerschappen per jaar in Nederland. Een goede astmacontrole draagt bij aan betere zwangerschapscitkomsten voor zowel moeder als kind.¹ Bij ruim een derde van de patiënten treedt tijdens de zwangerschap echter verslechtering van de astmacontrole op.^{2,3} Met een goede (preconceptionele) counseling,

eenduidige adviezen over de veiligheid van medicatie en adequate monitoring zijn de uitkomsten voor zwangere vrouwen met astma over het algemeen goed.

GEBRUIKELIJKE ASTMAMEDICATIE IS VEILIG

Kortwerkende luchtwegverwijders (SABA), langwerkende luchtwegverwijders (LABA) en inhalatiecorticosteroiden (ICS) kunnen tijdens de zwangerschap veilig gebruikt worden. Dat moet dan wel gebeuren volgens de doseringen zoals de NHG-Standaard Astma bij volwassenen die aanbeveelt.⁴ Kies voor middelen waarmee veel ervaring is opgedaan (LABA: formoterol en salmeterol; ICS: budesonide, beclomethason en fluticason) en combineer een LABA altijd met een ICS. Continueer de huidige medicatie bij de behandeling van een zwangere met astma wanneer hier goede astmacontrole mee is bereikt.



Benadruk het belang van een goede astmacontrole tijdens de zwangerschap en de daarbij voorkomende longaanvallen.

Foto: Shutterstock

GOEDE ASTMACONTROLE IS BELANGRIJK

De controles van zwangeren met astma vinden zo veel mogelijk plaats bij de eigen behandelaar (huis- of longarts). Zwangeren met goede astmacontrole kunnen worden begeleid door de huisarts en de verloskundig zorgverlener. De laatste verwijst elke zwangere met persisterende of terugkerende astmablaas tijdens de zwangerschap naar de behandelaar voor astma (huis- of longarts). Monitor astma bij zwangeren op zijn minst op basis van de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Astma bij volwassenen (ga onder andere met een korte vragenlijst na of er een goede of onvoldoende astmacontrole is). Bepaal samen met de patiënt wat de ideale frequentie van astmamonitoring is. De multidisciplinaire richtlijn en het bijbehorende stroomdiagram beschrijven de risicofactoren voor het optreden van complicaties. Benadruk het belang van een goede astmacontrole tijdens de zwangerschap en de daarbij voorkomende longaanvallen. Dit leidt tot betere uitkomsten voor zowel moeder als kind, zoals een verminderde kans op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en het ontstaan van astma bij het kind.⁵ Wees tijdens de zwangerschap terughoudend met het afbouwen van onderhoudsinhalatiemedicatie.

ASTMA EN KINDERWENS

Vraag bij het voorschrijven van nieuwe astmamedicatie, of bijvoorbeeld tijdens de jaarcontrole, aan vrouwen met astma in de fertiele leeftijd of er sprake is van een actieve kinderwens om te beoordelen of een preconceptioneel advies gewenst is. Bij vrouwen met een kinderwens is het van belang de astmacontrole voorafgaand aan het staken van de anticonceptie te

optimaliseren. Een preconceptioneel consult draagt hieraan bij. Bij een goede astmacontrole kan dit via de huisarts of verloskundige; bij onvoldoende astmacontrole of gebruik van biologicals kan dit via de gynaecoloog. ■

LITERATUUR

1. Murphy VE, Namazy JA, Powell H, Schatz M, Chambers C, Attia J, et al. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *BJOG* 2011;118:1314-23.
2. Grosso A, Locatelli F, Gini E, Albicini F, Tirelli C, Cerveri I, et al. The course of asthma during pregnancy in a recent, multi-case-control study on respiratory health. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2018;14:1-5.
3. Stevens DR, Rohn MC, Hinkle SN, Williams AD, Kumar R, Lipsky LM, et al. Maternal body composition and gestational weight gain in relation to asthma control during pregnancy. *PLoS One* 2022;17:e0267122.

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

Raadpleeg de volledige versie van de MDR Astma en zwangerschap op richtlijnen.nhg.org [Multidisciplinaire richtlijnen].

Van Hoolwerff C, Boelman L. Nieuwe multidisciplinaire richtlijn Astma en zwangerschap. *Huisarts Wet* 2023;66(9):57-8. DOI:10.1007/s12445-023-2294-8.

NHG, Cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: C. van Hoolwerff, huisarts, lid werkgroep multidisciplinaire richtlijn Astma en zwangerschap, L. Boelman, huisarts, wetenschappelijk medewerker, L.Boelman@nhg.org. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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. Kim van Wijck [huisarts].

Redactie bureau

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

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met dank aan: Ratio Design, Team E-learning en Lisette Verlee. Beeld en beeldredactie: Shutterstock, Unsplash, Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

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

Voorwaarden

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

Nieuw NHG meerjarenbeleidsplan aangenomen

Verskil maken onder druk

Meerjarenbeleidsplan
NHG 2023-2027

De pijlers van het NHG
Met 4 pijlers als fundament zet
het NHG lijnen uit voor kwalitatief
hoogstaande huisartsgeneeskunde.

Huisartsen aan het woord
7 huisartsen vertellen wat zij
van het NHG verwachten in de
periode 2023-2027.

nhg Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Op de ALV van 22 juni 2023 is het nieuwe NHG meerjarenbeleidsplan unaniem aangenomen. Onder de titel 'Verskil maken onder druk' verankert het NHG zijn sterke positie binnen de eerstelijnszorg. Zo dragen we eraan bij dat huisartsen samen met hun team de best mogelijke zorg kunnen bieden aan hun patiënten in alle levensfasen.

Eric Scheppink, Raad van Bestuur:

'In de afgelopen maanden is een uitgebreid proces gelopen dat heeft geresulteerd in het nieuwe NHG-meerjarenbeleidsplan. Het is met veel zorg samengesteld voor en door huisartsen. Ik ben enorm blij dat het gelukt is om de functie van het NHG naar de toekomst toe te borgen. De uitdaging ligt erin om focus te houden op dat wat we met elkaar beogen. In de jaarplannen wordt dat nader uitgewerkt. Ik ben trots op het resultaat van een uitvoerig traject waaraan zoveel NHG-leden, medewerkers en andere belangrijke stakeholders een bijdrage hebben geleverd.'

'Al 66 jaar is het onze missie om een wetenschappelijk gefundeerde en kwalitatief hoogstaande uitoefening van de huisartsgeneeskunde te bevorderen. De toegevoegde waarde hiervan is ook vandaag de dag onverminderd groot.'



Visuele samenvatting

Op deze pagina's leest u de visuele samenvatting van het nieuwe NHG meerjarenbeleidsplan 2023-2027.

Waar staat het NHG voor?

KERN
MEERJAREN-
BELEIDSPLAN

Maatschappelijke rol huisartsenzorg

De best mogelijke huisartsenzorg leveren in alle fasen van het leven, vanuit de kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk.

Missie van het NHG

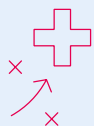
Het Nederlands Huisartsen Genootschap bevordert een wetenschappelijk gefundeerde en kwalitatief hoogstaande uitoefening van de huisartsgeneeskunde.

Onafhankelijk

Inhoudskundig

Impactvol

Onze pijlers



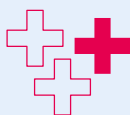
Toegevoegde waarde voor huisartsen



We meten succes



We onderzoeken de beste werkwijze



We werken samen

Wetenschappelijk fundament

Wetenschappelijke kennis toegankelijk en toepasbaar maken voor de huisartsenzorg

Stimuleren van wetenschappelijk onderzoek ter verbetering van de huisartsenzorg

Kwalitatief hoogstaande vakuitoefening

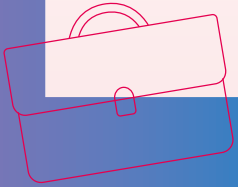
Vaststellen van kwaliteitsnormen en de professionele standaard voor de vakuitoefening

Ontwikkelen en aanbieden van producten en diensten die de vakuitoefening ondersteunen

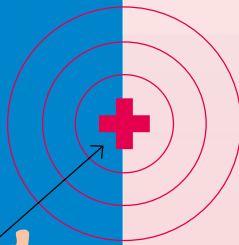
Stimuleren en faciliteren van een leven lang leren



Samen leveren we kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde



'Voor het bereiken van de doelstellingen kan de huidige koers grotendeels worden aangehouden, maar is het wel noodzakelijk om aan te scherpen.'



Speerpunten 2023-2027

- Verschil maken onder druk
- Digitaal ondersteunde huisartsenzorg
- Duurzaamheid



Toekomstbestendigheid

Monitoren en duiden van ontwikkelingen met impact op de huisartsenzorg, en inzichten vertalen naar benodigde acties om de toekomstbestendigheid te waarborgen

Genootschap

Inhoud geven aan het zijn van een missiegedreven collectief van huisartsen dat de vakinhoud van de huisartsenzorg bewaakt



‘Het NHG kan de huisarts helpen met het afbakenen van de taken.’

+ Huisarts aan het woord

Roelien Vossers, huisarts in Haarlem:

‘Kwalitatief goede richtlijnen zijn voor de huisartsenzorg heel belangrijk, omdat ze een houvast geven en zorgen voor uniformiteit. We oefenen het vak daardoor allemaal min of meer op dezelfde manier uit – dat geeft vertrouwen dat je het goede doet.’

Om mijn werk goed te kunnen uitvoeren, is praktische informatie nodig die up-to-date is en gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek en de laatste stand van de wetenschap. Ik verwacht van de NHG-Richtlijnen dat ze onafhankelijk zijn, dus niet beïnvloed door belangen van verzekeraars of andere zorgpartijen.

Huisartsen zijn probleemoplossers - wat op hun bureau komt, willen ze oplossen. Het NHG heeft ook een rol bij de bescherming van huisartsen. Huisartsen zijn net als andere artsen tuchtrechtelijk aansprakelijk. Het NHG kan helpen die tuchtrechtelijke aansprakelijkheid te beperken door daar bij de opstelling van de richtlijnen rekening mee te houden. Door de taken en verantwoordelijkheden van de huisartsen niet te veel uit te breiden, maar juist af te bakenen en dat expliciet in de richtlijnen te benoemen. Want er staat vaak in wat wél moet, maar eigenlijk zelden wat er niet hoeft.’

Meer lezen?

In het NHG meerjarenbeleidsplan 2023-2027 staat hoe het NHG met vier pijlers als fundament lijnen uitzet voor kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde. Drie thema's krijgen extra aandacht, omdat het vraagstukken zijn waarvan het bestuur, leden en medewerkers vinden dat die extra aandacht van het NHG verdienen. Zeven huisartsen vertellen wat zij van het NHG verwachten in de periode 2023-2027.

<https://www.nhg.org/meerjarenbeleidsplan/>

Bekijk het meerjarenbeleidsplan



Nu ook korte NHG E-learnings beschikbaar voor tablet én smartphone

Dit voorjaar is een pilot uitgevoerd met 3 verschillende korte NHG E-learnings die op laptop én op tablet en smartphone te maken zijn. De onderwerpen zijn: Vestibulaire revalidatie bij draaiduizeligheid, Scabiës en Spoed in de palliatieve fase. De eerste reacties op deze pilot zijn positief.

Het NHG maakt al meer dan 25 jaar nascholing voor huisartsen. Eerst in boekvorm en sinds een paar jaar alleen als e-learning, met mogelijkheden voor beeld en geluid. De NHG E-learnings waren tot voor kort meestal 2 uur durende nascholingen, alleen te maken op pc en laptop.

Kortere e-learnings, ook voor mobiel
Abonnees waarderen het dat e-learnings beschikbaar zijn met verschillende tijdsduur: van 30 minuten, 1 uur, 1,5 uur en 2

uur. Dit blijkt uit de enquête die eind 2022 is gehouden. Aiossen hebben een duidelijke voorkeur voor korte e-learnings. Ook willen ze die graag kunnen volgen op een mobiel device: 40% geeft de voorkeur aan een smartphone en 26% aan een tablet. Van de hele groep respondenten geeft zo'n 30% aan nascholing op een smartphone of tablet te willen volgen. Zo'n 60% is tevreden met het volgen van e-learnings op pc of laptop.

Verder komt uit de enquête dat interesse in het onderwerp (65%), een nieuwe richtlijn (61%) en accreditatiepunten (51%) de belangrijkste redenen zijn om een NHG E-learning te maken.

Divers aanbod NHG E-learnings

Het NHG biedt 60 e-learnings over actuele huisartsgeneeskundige onderwerpen, in diverse varianten. Elke maand komen er nieuwe of herziene nascholingen bij,

zoals de laatste maanden Problematisch alcoholgebruik en COPD.

We zullen e-learnings blijven aanbieden op een manier die voor zoveel mogelijk gebruikers prettig is.

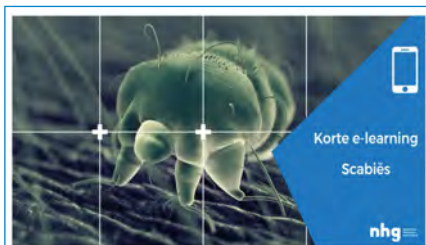
Heeft u een wens, vraag of opmerking? Laat het ons weten via contactcentrum@nhg.org.



Sluit nu uw abonnement NHG E-learnings af. Ga naar nhg.org/nascholing-huisartsen.



0.5 Punten | 0.5 uur | Apr 2023
Vestibulaire revalidatie bij draaiduizeligheid



0.5 Punten | 0.5 uur | Mei 2023
Scabiës



0.5 Punten | 0.5 uur | Juni 2023
Spoed in de palliatieve fase

Nederlandse delegatie op WONCA Europe 2023

Medio juni was het internationale huisartsencongres WONCA in Brussel, met als thema: Making choices in primary care. Er kwamen ongeveer 270 Nederlanders, waaronder een aantal NHG-medewerkers die presentaties gaven.

Sinds de coronacrisis was dit internationale huisartsencongres voor het eerst weer volledig fysiek georganiseerd. Er waren veel levendige presentaties, discussies en ontmoetingen met collega's uit binnen- en buitenland.

Er was grote aandacht voor de NHG-presentaties. Andersom waren bijdragen van andere landen voor de Nederlandse delegatie heel leerzaam, zoals aandacht voor 'the healthy professional' en voor 'overdiagnosis'.

DiDia-project en digitale toepassingen

Het NHG verzorgde onder meer presentaties over het DiDia-project (Digitale zorg op afstand in Diabetes richtlijnen) en over digitale toepassingen. Het ging bijvoorbeeld over de vraag wat de impact van

digitale toepassingen is op kwaliteit en veiligheid. Ook waren er op de WONCA verschillende presentaties over specifieke toepassingen, zoals het gebruik van een gedeeld platform bij zwangerschap in België en voor spoedzorg in Israel. Of evaluaties van het gebruik van het e-consult (Verenigd Koninkrijk) en videobellen (Oostenrijk).

Vergelijkbare problemen

Deelnemers wisselden met elkaar van gedachten over allerlei onderwerpen, bijvoorbeeld over de doorontwikkeling van academische werkplaatsen (waar onderzoek, opleiding en onderwijs verbonden worden met de huisartsenpraktijk), de kwaliteitscyclus en de onderzoeksagenda. Vooral dat huisartsen persoonlijk gericht bij kunnen dragen aan de wetenschap sprak aan. Verder viel op dat huisartsen internationaal kampen met vergelijkbare problemen. Enerzijds een gebrek aan capaciteit en weinig respect voor de

huisarts, anderzijds de druk om steeds meer in de eerste lijn te regelen of liefst te voorkomen – ook als het helemaal geen huisartsenzorg is. Ook meer tijd voor de patiënt is een internationale beweging. Weliswaar loopt Nederland voorop in de uitvoering daarvan, maar staat zeker niet alleen in de behoefte om meer tijd aan patiënten te mogen besteden.

Suzanne Schavemaker, Stijn van den Broek, Leo van Rossum



Foto: Marius Badstuber/Unsplash

NHG-CONGRES 2024

Op vrijdag 15 maart 2024 vindt de 62e editie van het NHG-Congres plaats in 's-Hertogenbosch. We bieden een inspirerend generalistisch programma vol kennis en educatie en er is volop gelegenheid om collega's te ontmoeten. De pijlers doelmatigheid, duurzaamheid, doorleren en doen zijn de rode draad van dit congres.

Bent u er ook bij? Kijk op www.nhgcongres.nl voor meer informatie.

Save the date!

Zet de datum **15 maart 2024** vast in uw agenda.

NHG-TRIAGEWIJZER VERNIEUWD EN UITGEBREID

De online versie van de NHG-TriageWijzer is verbeterd. Er is een checklist toegevoegd die doktersassistenten kunnen gebruiken als geheugensteun. Komend jaar wordt de checklist verder uitgebreid met de mogelijkheid om tijdens het triagegesprek gemaakte keuzes vast te leggen, ook in het HIS.



Meer weten of bestellen?
Kijk op nhg.org/thema/spoedzorg/nhg-triagewijzer

Themadag over imago huisarts

Tijdens de jaarlijkse themadag van het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH) discussieerden zo'n 80 aanwezigen over een belangrijk en actueel thema: het imago van de huisarts. Hoe kunnen onderwijs, opleiding, onderzoek, netwerken, hoofden en besturen van huisartsenkeopels bijdragen aan een positiever imago van de huisarts?

Generatie-expert Yvonne Hogt gaf een inspirerende lezing over werken en leven als huisarts door de ogen van Generatie Z. Monique Roedoe en Margriet Niehof (LHV) bespraken het belang van samenwerken aan het imago van de huisarts via media en lobby. 'Het imago van de huisarts door de ogen van samenwerkingspartners' was het onderwerp van de lezing van prof. dr. Nynke Scherpbier.

Gesprek mét jongere generatie

LOVAH-bestuurslid Ties Janssen kijkt terug op een waardevolle dag: 'We hebben veel mensen laten inzien dat het gesprek niet óver de jongere generatie moet worden aangegaan, maar mét de jongere generatie. Hopelijk weet iedereen ons nu wat vaker te vinden en actief te betrekken.' Janssen vindt dat de versnippering van de huisartsenzorg met belangenbehartiging van alle subgroepen een probleem is, waardoor beslissin-



Foto: Margot Scheerder

gen goede en toegankelijke huisartsenzorg door iedereen wordt gedeeld, van aiOS tot huisarts-bestuurder. 'We moeten buiten de gebaande paden kijken en ruimte bieden aan allerlei initiatieven, zodat in de nabije toekomst iedere patiënt een huisarts houdt en onze geneeskundestudenten huisartsen willen worden en blijven. Elke held heeft een verhaal, elke huisarts ook. Het is nodig dat wij de leuke en realistische verhalen blijven delen, zodat we de wereld kunnen laten zien hoe machtig mooi ons vakgebied is.'

LOVAH-bestuurslid Floyd van de Graaf vindt het belangrijk om studenten geneeskunde zo snel mogelijk kennis te laten maken met 'ons mooie vak'. Dit begint al in de bachelor en kan verder worden uitgediept tijdens het coschap huisartsgeneeskunde. Hoe eerder geneeskundestudenten of anios kennis maken met de diverse facetten van het vak, hoe eerder ze zich kunnen focussen op een carrière als huisarts.'

Academische huisartsgeneeskunde

Marco Blanker, hoogleraar huisartsgeneeskunde Groningen: 'De gekozen insteek van deze dag vind ik waardevol, omdat het nog eens bevestigt dat wij als academische huisartsgeneeskunde midden in de huisartsgeneeskunde staan. De beeldvorming over ons vak raakt ons daardoor op vele manieren, zowel in onderwijs en onderzoek als in de dagelijkse praktijk. We moeten kijken hoe we nu al kunnen meewerken aan het verbeteren van het imago van de huisartsgeneeskunde. Het zal uiteindelijk bottom-up moeten gaan.'

Vervolgstappen

Een belangrijke uitkomst van de themadag is dat de alle betrokken partijen gezamenlijk en eensgezind actie moeten ondernemen. Voor de zomer is een start gemaakt met een procesvoorstel. Dit najaar volgen de eerste concrete vervolgstappen.

'Het is nodig dat wij de leuke en realistische verhalen blijven delen, om te laten zien hoe mooi ons vakgebied is'

gen maken lastig is. 'Goed om te zien dat eigenlijk alle partijen eensgezind op 1 lijn zitten,' zegt Janssen.

Ook Nejšra Kabašaj, eveneens LOVAH-bestuurslid, vindt het hoopgevend om te zien dat de visie voor kwali-

Versterkt u de NHG-Verenigingsraad?

Wilt u invloed uitoefenen op het NHG-beleid en daarmee indirect ook op het landelijk beleid en de huisartsenzorg? Wilt u dicht bij het vuur zitten en horen wat er speelt? In verband met het verstrijken van de termijnen van 3 leden zoekt het NHG enthousiaste praktiserende huisartsen die zitting willen nemen in de NHG-Verenigingsraad. Levert u uw bijdrage aan de koers van het NHG?

De Verenigingsraad (VR) is het adviesorgaan van het NHG en vertegenwoordigt de NHG-leden. De VR geeft gevraagd en ongevraagd advies over de hoofdlijnen van NHG-beleid en heeft instemmingsrecht bij de jaarplannen en het meerjarenbeleidsplan. Ook signaleert de VR ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en gezondheidszorg in een breder maatschappelijk kader. De raad bestaat uit 12 tot 25 leden van het NHG en een adviseur vanuit de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH).

De NHG-Verenigingsraad komt ongeveer 7 maal per jaar bijeen, digitaal of fysiek. Leden krijgen per vergadering een vacatievergoeding. Jaarlijks is er een beleidsmiddag over een specifiek onderwerp.

Interesse? Reageer!

De uitgebreide profielschets vindt u op onze website. Mail een korte motivatie en cv uiterlijk 5 oktober 2023 naar: Lisette Verlee, ambtelijk secretaris van de NHG-Verenigingsraad: l.verlee@nhg.org. Bij haar kunt u ook terecht voor meer informatie geven. Met potentiële kandidaten voeren we eerst een kennismakingsgesprek. Deze gesprekken staan gepland voor **10, 11 en 23 oktober** (digitaal en in de avonden).



Bekijk de vacature op nhg.org/vacatures

Daarom zijn zij lid van de NHG-Verenigingsraad



GIDEON DEN OUDEN

'Ik wil de wetenschap achter de huisartsgeneeskunde verbinden met de dagelijkse praktijk.'



HEIKE HEINEMAN

'Ik vind het interessant om breed over ons vak na te denken. De Verenigingsraad mag adviezen geven aan het NHG-bestuur, leuk!'



MARK VAN DER WEL

'Ik ben trots op ons vak en wil bijdragen aan het behouden en onderhouden van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde.'

Leer onze Verenigingsraad beter kennen op nhg.org/vereniging