

# H&W

Huisarts en Wetenschap

2

februari 2024  
jaargang 67



## Invloed van luchtkwaliteit op long- en luchtwegaandoeningen

Moslims met diabetes: wel of niet vasten tijdens de ramadan?

Leren omgaan met fouten

NHG- Standaard Ziekte van Parkinson herzien

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

**nhg**

# COPD zonder roken?

‘Dokter, hoe kan ik nou COPD hebben?’ Meneer Kersemakers kijkt me vol ongeloof aan tijdens ons consult naar aanleiding van zijn luchtwegklachten en de uitslag van zijn spirometrie, die een obstructie zonder reversibiliteit laat zien. Hij heeft nauwelijks gerookt, is niet allergisch en heeft geen astma. Hij woont wel vlak bij een autosnelweg en ook vlak bij een vliegveld. Ik leg hem uit dat naast roken ook luchtvervuiling een rol kan spelen bij zijn klachten, zeker in zijn situatie. Kan ik als huisarts iets betekenen bij luchtvervuiling? Ja, stellen Kanhai en collega’s deze maand in H&W: artsen kunnen een rol spelen in het creëren van bewustzijn over de effecten van luchtvervuiling door hun patiënten hierover actief te adviseren. Overigens is er een misvatting onder het publiek dat luchtvervuiling – bijvoorbeeld door houtstook – alleen mensen treft die al chronische aandoeningen aan de luchtwegen hebben. Het is dan ook onze taak als huisarts om advies te geven over de manier waarop onze patiënten blootstelling kunnen beperken of, beter nog, kunnen voorkomen. Ik zou het toejuichen als er in de huisartsen-

praktijk meer aandacht komt voor doordacht omgaan met luchtvervuiling en andere bedreigingen van het milieu. Huisartsen bevinden zich in een ideale positie om de gezondheidsproblemen als gevolg van klimaatverandering en vervuiling aan te pakken. En de jongere generatie huisartsen heeft veel belangstelling voor het milieu, merk ik tijdens nascholingen. Opleiding en nascholing over milieukwesties als deze kunnen de bijdrage van de huisarts aan de bewustwording van zowel de gemeenschap als de beleidsmakers (gemeente, provincie, staat) over de gezondheidsbedreigingen vergroten.

De heer Kersemakers was het eens met mijn standpunt en is met zijn burens in gesprek gegaan over hun houtstook. Hij heeft ook als spreker opgetreden op een informatieavond waar de milieueffectrapportage van de luchthaven werd besproken.

*Jean Muris, redactielid H&W*







## Wetenschap

**10** **Schijf van Vijf voor een gezond voedingspatroon**  
Hoe komen de adviezen van de Schijf van Vijf tot stand en wat adviseert u uw patiënten?

**14** **Wel of niet vasten tijdens de ramadan bij diabetes?**  
Het benadrukken van gezamenlijke besluitvorming in gesprekken over vasten is essentieel voor moslimpatiënten met diabetes mellitus type 2.

**21** **Psychosociale factoren en diversiteit bij CVRM**  
Spelen psychosociale factoren een rol in de preselectie voor risicoscreening op hart- en vaatziekten en wat is de voorspelende waarde?

**26** **Minder intracerebrale bloedingen met een DOAC?**  
Zijn er minder intracranieële bloedingen bij het gebruik van een DOAC vergeleken met het gebruik van een VKA bij ouderen na een val op het hoofd?

**28** **Luchtvervuiling en long- en luchtwegaandoeningen**  
Huisartsen kunnen een rol spelen bij het creëren van bewustwording over de gevolgen van luchtvervuiling bij patiënten met long- en luchtwegaandoeningen.

**32** **De uitnodiging van het Nivel**  
Interview met Bart Knottnerus, programmaleider huisartsenzorg bij het Nivel en huisarts, waarin hij vertelt over de link tussen het Nivel met grote maatschappelijke onderwerpen en de rol van huisartsen daarin.

## Praktijk

**35** **Kennistoets 'Schijf van Vijf en vasten tijdens de ramadan met diabetes'**

**36** **Leren omgaan met fouten**  
Het maken van een fout door een (huis)arts kan soms diepe sporen nalaten. Zelfcompassie kan helpen om de emotionele gevolgen te hanteren.

**39** **Uw diagnose 'Blaasjes op de rug'**

**40** **De rol van de huisarts bij genderincongruentie**  
De toenemende zichtbaarheid van genderincongruentie in de samenleving vraagt om aanpassing van kennis, attitude en vaardigheden van de huisarts.

**46** **Bijootje**  
Bijootjes zijn meestal onschuldig, maar neem een goede (familie)anamnese af en doe gedegen lichamelijk onderzoek om een eventuele zeldzame aandoening uit te sluiten.



## H&W-podcast

- Bij de artikelen met een podcastlogo is een podcast beschikbaar. Beluister deze via uw favoriete podcastkanaal of [www.henw.org](http://www.henw.org)



## Nieuws

### 06 Nieuwsberichten



- Vraag naar kortademigheid bij vrouwen met pijn op de borst
- Switchen van antistolling bij kwetsbare ouderen
- Teledermoscopie: verwijzen of niet?
- Voldoende voedingswaarde in veganistische moedermelk?
- Niet-pluisgevoel bij vermoeden van longembolie

### 49 Medifoor: een website met medische metaforen

### 50 Nieuw onderzoek naar het afbouwen van levothyroxine

In het RELEASE-onderzoek wordt onderzocht wat de effecten zijn van het afbouwen van levothyroxine bij 60-plussers in de eerste lijn.

### 51 Nieuw onderzoek naar online bijsluiters bij uitslagen

Online inzage in het medisch dossier kan voor onnodige angst zorgen bij patiënten bij onduidelijkheid over de uitslagen. Nieuw onderzoek moet patiëntvriendelijke duiding geven bij diagnostiekuitslagen.

### 52 Column 'Geen DSM maar DIY [Do It Yourself]'

Columnist en huisarts Annet Sollic probeert het DSM-denken los te laten.

## NHG

### 53 Herziening NHG-Standaard Ziekte van Parkinson



De NHG-Standaard Ziekte van Parkinson is volledig herzien, waarbij onder meer de rol van de huisarts bij parkinsonpatiënten duidelijker is beschreven.

### 55 Dit zijn de nieuwe leden van de Verenigingsraad

### 56 Vier nieuwe keuzehulpen op Thuisarts.nl

De keuzehulpen Hernia in de rug, Opvliegers, Risico op hart- en vaatziekten en Depressie zijn nieuw op Thuisarts.nl.

### 57 Kom naar het NHG-Congres 15 maart in 's-Hertogenbosch

### 58 Dien abstracts in voor de NHG-Wetenschapsdag

Het thema van de NHG-Wetenschapsdag dit jaar is 'Samen het verschil maken - nu en straks'. Onderzoekers worden van harte uitgenodigd om hun abstract in te dienen.



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

- Hulp bij minderen psychofarmaca
- Huisarts behandelt malletvinger vaak niet zelf
- Advies bij zere knie



# Vraag naar kortademigheid bij vrouwen met pijn op de borst

Carlijn Vermeer

**Mannen en vrouwen die pijn op de borst hebben en daarnaast kortademig zijn, krijgen vaker een hoge urgentie toegewezen bij telefonische triagegesprekken. Dat lijkt passend voor vrouwen, omdat zij met deze combinatie een verhoogd risico hebben op een acuut coronair syndroom of andere levensbedreigende aandoeningen.**

Naast pijn op de borst is kortademigheid het meest genoemde symptoom door patiënten met een acuut coronair syndroom (ACS). Het is echter onbekend of het symptoom kortademigheid een waardevolle rol heeft bij het herkennen van ACS tijdens telefonische triage van pijn op de borst op de huisartsenpost. Daarom analyseerden onderzoekers telefonische

trialogesprekken van mensen die huisartsenposten in de regio Utrecht belden met pijn op de borst en vermoedelijk ACS hadden. Het onderzoek betrof de periode 2014-2017.

De onderzoekers includeerden 2195 bellers (gemiddeld 59 jaar; 55,4% vrouw), een willekeurige steekproef uit ongeveer 20.000 contacten. In deze groep meldden 49,9% eveneens kortademigheid (43,7% mannen en 56,3% vrouwen). Die combinatie leidde significant vaker tot het toewijzen van een hoge urgentie (U1/U2) (75,9% versus 60,8%; OR 2,03).

Uiteindelijk bleken 252 (11,5%) mensen ACS te hebben. Mannen met kortademigheid hadden een kans op ACS van 13,2%; mannen zonder kortademigheid 17,4%; dit verschil was statistisch niet significant.

Vrouwen met kortademigheid hadden een kans op ACS van 9,2%; vrouwen zonder kortademigheid 7,5%; dit verschil was statistisch wel significant. Vrouwen met kortademigheid hadden significant vaker ACS of andere levensbedreigende aandoeningen – zoals aortadissectie, acuut hartfalen, of longembolie – dan vrouwen zonder kortademigheid (13,0% versus 8,5%; OR 1,60). Bij mannen was dit verschil niet significant (17,5% versus 20,8%; OR 0,81).

De triagisten vroegen slechts aan 77,4% van de bellers of ze kortademig waren, waardoor sommigen mogelijk werden geclassificeerd als ‘niet kortademig’, terwijl ze dit wel waren. Desondanks leverde een sensitiviteitsanalyse onder degenen met een gerapporteerde kortademigheidstatus vergelijkbare resultaten op.

Dit onderzoek suggereert dat het terecht is dat vrouwen die de huisartsenpost bellen met zowel pijn op de borst als kortademigheid vaker een hoge urgentie krijgen toegewezen dan vrouwen zonder kortademigheid. Kortademigheid verhoogt bij vrouwen het risico op ACS of andere levensbedreigende aandoeningen in geringe mate, terwijl dit bij mannen niet het geval lijkt te zijn. Het is daarom raadzaam om zeker bij vrouwen met pijn op de borst naar kortademigheid te vragen en een hoge urgentie te overwegen. ■

*Spek M, et al. Shortness of breath as a diagnostic factor for acute coronary syndrome in male and female callers to out-of-hours primary care. Heart 2023 Oct 12;heartjnl-2023-323220. DOI:10.1136/heartjnl-2023-323220 [epub ahead of print].*



Foto: Shutterstock



# Switchen van antistolling bij kwetsbare ouderen

Jacoba Greving

**Kunnen kwetsbare ouderen met atriumfibrilleren veilig overstappen van een vitamine K-antagonist (VKA) naar direct werkende orale anticoagulantia (DOAC)? Een recent Nederlands, gerandomiseerd onderzoek liet hierover opvallende resultaten zien. Kwetsbare ouderen met atriumfibrilleren die overstapten van een VKA naar een DOAC hadden een hoger risico op bloedingen dan patiënten die een VKA bleven gebruiken.**

Eerdere onderzoeken bij niet-kwetsbare ouderen met atriumfibrilleren (AF) toonden aan dat DOAC's een gunstiger veiligheidsprofiel hebben dan VKA's. Ook bleken niet-kwetsbare ouderen die DOAC's gebruiken bijvoorbeeld minder kans te hebben op nadelige gevolgen na een hoofdtrauma dan patiënten die een VKA gebruiken. Het was echter onduidelijk of kwetsbare ('frail') ouderen – een populatie die was ondervetegenwoordigd in eerder onderzoek – ook veilig kunnen veranderen van antistollingsmedicatie. Het FRAIL-AF-onderzoek brengt daarin verandering.

## ONDERZOEKSOPZET

Het betreft een pragmatisch, gerandomiseerd, multicenter, open-labelonderzoek dat het risico op bloedingen onderzocht bij oudere patiënten met AF (n = 1330) die veranderden van antistollingsmedicatie. De deelnemers waren kwetsbare patiënten  $\geq 75$  jaar met AF die al werden behandeld met een VKA in 1 van de 8 deelnemende trombosecentra in Nederland. De patiënten werden gerandomiseerd naar 2 behandelgroepen: overstappen naar een DOAC of doorgaan met een VKA. De keuze voor de specifieke DOAC werd overgelaten aan het oordeel van de behandelend arts. De primaire uitkomstmaat was een bloeding gedurende 1 jaar follow-up. De onderzoekers gingen ook het optreden na van trombo-embolische events (ischemische beroerte, TIA en/of perifere arteriële trombo-embolie) en sterfte.



## UITKOMSTEN

De patiënten in de 2 behandelgroepen hadden vergelijkbare kenmerken (gemiddelde leeftijd 83 jaar; 39% vrouw; mediane Groningen Frailty Indicator-score 4 op een schaal van 0 tot 15). Patiënten die overstapten van een VKA naar een DOAC hadden een 69% hoger risico op majeure of klinisch relevante niet-majeure bloedingen dan patiënten die een VKA bleven gebruiken (15,3% versus 9,4%; HR 1,69; 95%-BI 1,23 tot 2,32). Er waren geen verschillen tussen de groepen in trombo-embolische events (HR 1,26; 95%-BI 0,60 tot 2,61) en sterfte door alle oorzaken (HR 0,96; 95%-BI 0,64 tot 1,45).

## BEPERKINGEN

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Zo bestond de onderzoekspopulatie uit patiënten die goed waren ingesteld met een VKA. Het actief overstappen naar een DOAC kan hebben geleid tot een grotere neiging om bloedingscomplicaties te melden in de DOAC-groep. Daarnaast was de omvang van het onderzoek niet groot genoeg om het effect op hersenbloedingen te bepalen.

## CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat kwetsbare ouderen met AF bij wie een VKA wordt vervangen door een DOAC waarschijnlijk een hoger risico op bloedingen hebben. Bij kwetsbare ouderen heeft een DOAC daarom niet de voorkeur boven een VKA. ■

*Joosten LPT, et al. Safety of switching from a vitamin K antagonist to a non-vitamin K antagonist oral anticoagulant in frail older patients with atrial fibrillation: results of the FRAIL-AF randomized controlled trial. Circulation 2023 Aug 27. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.123.066485 [epub ahead of print].*



Lees ook het artikel van Damhuis-Veen C. Geeft een DOAC minder risico op een intracerebrale bloeding na een val op het hoofd bij ouderen? Huisarts Wet 2024;67(2):26-7. DOI: 10.1007/s12445-023-2439-9.

# Teledermatoscopie: verwijzen of niet?

Abdullah Khawar

Teledermatoscopie (TDsc) biedt huisartsen de mogelijkheid laagdrempelig een dermatoloog te consulteren. Dat heeft effect in de praktijk. Zo blijkt uit Amsterdams onderzoek dat meer dan de helft van de huisartsen na inzet van TDsc hun verwijfsbeslissing aanpast.

Onderzoekers van het Amsterdam UMC locatie AMC brachten in kaart wat de impact van TDsc is op het besluit van huisartsen om patiënten al dan niet naar de dermatoloog te verwijzen. Zij analyseerden retrospectief 6364 TDsc-consultaties van Nederlandse huisartsen tussen 2015 en 2020. De onderzoekers inclueerden de consultaties waarbij huisartsen vooraf aangaven of ze de patiënt wel of niet zouden verwijzen als er geen TDsc mogelijk was, en na consultatie of hij de patiënt wel of niet zou verwijzen. In 52% van de gevallen pasten huisartsen hun initiële verwijzingsbeslissing aan na de TDsc-beoordeling. De diagnoses na consultatie waren bij 9,3% maligne, bij 8,8% premaligne en bij 81,9% goedaardige huidaandoeningen.

In de groep met maligne diagnoses zouden de huisartsen zonder TDsc 19,9% van de patiënten oorspronkelijk niet hebben verwezen, maar uiteindelijk verwezen zij 56,8% van deze groep alsnog. In de groep met premaligne diagnoses zouden zij zonder TDsc 28,9% oorspronkelijk niet hebben verwezen, en verwezen zij 16,0% hiervan na consultatie alsnog. En tot slot: 74,9% (2534 van de 3384) van de patiënten met goedaardige huidafwijkingen die zij initieel zouden verwijzen (64,9%;  $n = 3384/5211$ ), verwezen zij na TDsc niet. Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Consultaties waarbij door de dermatoloog geen diagnose werd gerapporteerd, werden niet geïnccludeerd. Hierdoor kunnen de werkelijke percentages benigne en (pre)maligne diagnoses anders zijn. Daarnaast is er mogelijk sprake van belangenverstrengeling. Dit onderzoek toont aan dat huisartsen dankzij TDsc gerichter verwijzen bij be-



Foto: Shutterstock

nigne en (pre)maligne huidaandoeningen. Vooral bij benigne aandoeningen besloten huisartsen in driekwart van de gevallen niet te verwijzen na TDsc. Zo vermindert TDsc de belasting op de fysieke, dermatologische zorg. Scholing van huisartsen in

dermatologische diagnostiek zou daaraan ook kunnen bijdragen. ■

*Tensen E, et al. To refer or not to refer in teledermoscopy: retrospective study. JMIIR Dermatol 2022;3:e40888.*

## Voldoende voedingswaarde in veganistische moedermelk?

Aimée Kok-Pigge

**Baby's die moedermelk krijgen van veganistische moeders lijken geen risico te lopen op een tekort aan vitamine B2 en carnitine. Deze 2 voedingsstoffen zitten voornamelijk in dierlijke voeding en zijn essentieel voor onder andere de neurologische aanleg en de opname van energie uit vetten.**

In een patiëntcontroleonderzoek bepaalden Nederlandse onderzoekers de concentratie vitamine B2 en carnitine in moedermelk. Daartoe vergeleken zij het bloed van 25 veganistische vrouwen en 25 'gematchte' vrouwen die alles aten

(mediaan 33 jaar; interkwartielrange 31-35 jaar). Alle baselinekenmerken waren gelijk tussen de groepen, behalve de BMI. Deze was lager in de veganistische groep (mediaan 22,2 versus 24,2  $\text{kg/m}^2$ ;  $p = 0,01$ ). Van de veganistische moeders gebruikte 92% een vitamine-supplement, waarvan 57% vitamine B2, tegenover geen van de moeders die alles aten.

De vitamine B2-concentraties in moedermelk en bloed waren vergelijkbaar tussen de groepen, ongeacht eventueel gebruik van supplementen (regressiecoëfficiënt gecorrigeerd voor BMI 0,91

# Niet-pluisgevoel bij vermoeden van longembolie

Willian van Dijk

De diagnose longembolie is niet eenvoudig te stellen. Het is onwenselijk om bij iedere patiënt die een longembolie zou kunnen hebben een CT-scan te maken en daarom zijn er beslisregels ontwikkeld. Een onderdeel hiervan is het 'niet-pluisgevoel' van de arts. Hoe goed voorspelt dit niet-pluisgevoel de aanwezigheid van een longembolie?

Nederlandse onderzoekers voerden een meta-analyse uit van 16 prospectieve cohortonderzoeken naar het diagnostisch traject van een longembolie. Zij kregen de ruwe onderzoeksdata van 20.770 patiënten bij wie een longembolie werd vermoed, 15% van hen werd gezien door een huisarts. De auteurs scoorden bij iedere patiënt of de arts een niet-pluisgevoel had, wat inhield dat de arts een longembolie de meest waarschijnlijke diagnose vond. De gemiddelde prevalentie van longembolieën was 20%, maar varieerde tussen de onderzoeken van 7% tot 41%. Ook het percentage waarin de arts een niet-pluis-



Foto: Shutterstock

gevoel had, varieerde (gemiddeld 29%; minimaal 22% tot maximaal 62%). Wanneer de arts een niet-pluisgevoel had, werd er uiteindelijk bij 29% van de patiënten een longembolie aangetoond. Zonder dit niet-pluisgevoel betrof het

9% van de patiënten (relatief risico 3,0 (95%-BI 2,4 tot 3,9); gemiddelde sensitiviteit 74% en specificiteit 61%). Opvallend is dat de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel niet afhankelijk was van patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, comorbiditeiten en andere longemboliesymptomen), setting (eerste of tweede lijn) of prevalentie van longembolieën. De auteurs noemen diverse beperkingen van hun meta-analyse. Zij vermelden onder andere de verschillende definities van 'niet-pluisgevoel' per onderzoek, het niet kunnen corrigeren voor 'ervaring van de arts' en het vermoeden dat in sommige gevallen de D-dimeer al bekend was voordat de arts aangaf een 'niet-pluisgevoel' te hebben. Desondanks concluderen zij dat het niet-pluisgevoel waardevol is bij de diagnostiek naar een longembolie en dat dit ook geldt bij een lage prevalentie van longembolieën, zoals in de eerste lijn. Dit onderzoek bevestigt: neem je niet-pluisgevoel mee bij een vermoeden van een longembolie. ■



Foto: Shutterstock

(95%-BI 0,68-1,22) en 0,99 (95%-BI 0,81-1,22)). Hoewel de bloedconcentratie van carnitine bij veganistische vrouwen veel lager was dan bij vrouwen in de controlegroep, bleek de moedermelkconcentratie vergelijkbaar (0,98 (95%-BI 0,90-1,07)). Kennelijk weten de melkklieren met een nog onduide-

lijk mechanisme de carnitineconcentratie toch op peil te houden.

De belangrijkste beperkingen van dit onderzoek zijn het kleine aantal deelnemers, zelfrapportage van het dieet van de moeder en het gebrek aan rapportage over aanvullende, vaste babyvoeding.

De NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode geeft geen dieetadviezen rondom borstvoeding. Met het toenemend aantal moeders dat geen of minder dierlijke voedingsmiddelen gebruikt, worden deze adviezen en hun wetenschappelijke onderbouwing mogelijk wel steeds vaker relevant. ■

*Juncker HG, et al. The influence of a maternal vegan diet on carnitine and vitamin B2 concentrations in human milk. Front Nutr 2023;10:1107768.*

*Van Maanen R, et al. Accuracy of physicians' intuitive risk estimation in the diagnostic management of pulmonary embolism: an individual patient data meta-analysis. J Thromb Haemost 2023;21:2873-83.*





# De Schijf van Vijf: het beste van de wetenschap op je bord

Iris Groenenberg, Lisette Brink

**Als huisarts krijgt u soms vragen over voedingstrends en voedingsonderzoek. Betrouwbaar voedingsadvies helpt uw patiënten gezonder te eten en zo gezondheidsrisico's te verkleinen. De Schijf van Vijf biedt daarvoor een wetenschappelijk onderbouwde basis. Hoe komen de richtlijnen van de Schijf van Vijf tot stand? Welke adviezen geeft u uw patiënten?**

Een ongezond voedingspatroon verhoogt het risico op chronische aandoeningen. In 2015 was ongezonde voeding verantwoordelijk voor 8,1% van de ziektelast, 12.900 doden en 6 miljard aan zorguitgaven.<sup>1</sup> Ook overgewicht verhoogt het risico op chronische aandoeningen.<sup>2-4</sup> Ongeveer de helft van de Nederlandse volwassenen heeft overgewicht.<sup>5</sup> Vaak ligt hieraan te veel en ongezond eten ten grondslag, in combinatie met te weinig beweging. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft berekend dat het percentage Nederlanders met overgewicht in 2040 op 62% zal liggen.<sup>1</sup> Het aantal Nederlanders met 1 of meer chronische aandoeningen zou van 8,4 miljoen (50%) in 2015 naar 9,8 miljoen (54%) in 2040 stijgen.

## DE SCHIJF VAN VIJF ALS BASIS

Een gezond voedingspatroon verkleint de kans op verschillende aandoeningen en zorgt voor voldoende energie en essentiële voedingsstoffen. Een goede basis voor een gezond en gevarieerd voedingspatroon is de Schijf van Vijf. Dit wetenschappelijk onderbouwde voorlichtingsmodel biedt adviezen over gezonde, veilige en duurzame voedselkeuzen.<sup>6,7</sup> Maar hoe komt dat voedingsadvies precies tot stand?

In Nederland legt de Gezondheidsraad hiervoor de basis. Dit onafhankelijke wetenschappelijke adviesorgaan zet al het beschikbare en geschikte onderzoek naar de relatie tussen voeding en gezondheid op een rij. Op basis van een zorgvuldige weging van al dat bewijs stelt de raad onder andere de Richtlijnen goede voeding en de voedingsnormen op.<sup>8-13</sup>

De Richtlijnen goede voeding zijn bedoeld om chronische aandoeningen in de algemene bevolking te voorkomen. De Gezondheidsraad heeft onderzocht of er voor patiënten met cardiometabole aandoeningen ziektespecifieke aanpassingen nodig zijn. De raad concludeert dat er voor patiënten met diabetes mellitus type 2 geen aanleiding is om af te wijken van de



Met voldoende kennis over gezonde voeding kunnen huisartsen vragen van patiënten over voedingstrends beantwoorden en hen gedegen adviezen geven.

Foto: Voedingscentrum

Richtlijnen goede voeding van 2015.<sup>14</sup> Ook voor patiënten met atherosclerotische hart- en vaatziekten vormen deze richtlijnen een geschikte basis.<sup>15</sup> Voor deze laatste groep laat onderzoek wel zien dat het eten van iets meer vis gezondheidswinst kan opleveren. Daarom is het advies voor deze groep om 1 tot 2 porties vis per week te eten, in plaats van 1 portie, zoals aanbevolen voor de algemene bevolking.

Voedingsnormen geven aan hoeveel energie en voedingsstoffen mensen nodig hebben om gezond te blijven. De Gezondheidsraad stelt voedingsnormen op voor de algemene populatie, uitgesplitst naar verschillende leeftijdsgroepen en geslacht.<sup>10-13</sup> Deze normen worden doorgaans ook gehanteerd voor mensen met chronische ziekten, tenzij medisch-specialistische beroepsverenigingen aangepaste aanbevelingen hebben.

## VERTALING NAAR PRAKTISCHE ADVIEZEN

Het Voedingscentrum [**kader**] vertaalt de Richtlijnen goede voeding en de voedingsnormen naar praktische adviezen voor verschillende leeftijds- en geslachtsgroepen [**figuur 1**].<sup>6,7</sup> Het beeldmerk dat bij de praktische adviezen hoort is de Schijf van Vijf [**figuur 2**].

1. Op basis van de Richtlijnen goede voeding 2015 en de samenstelling en consumptie van voedingsmiddelen – wat

deze bijdragen aan de inname van belangrijke voedingsstoffen – is bepaald welke voedingsmiddelengroepen binnen de Schijf van Vijf passen.

2. De hoeveelheid die verschillende leeftijds- en geslachts-groepen van deze voedingsmiddelengroepen nodig hebben is vervolgens berekend met een rekenmodel.<sup>16,17</sup> Hierbij is op de volgende manier rekening gehouden met gezondheid, duurzaamheid en haalbaarheid:
  - a. Er wordt voldaan aan de Richtlijnen goede voeding en de voedingsnormen.
  - b. Er wordt een passende hoeveelheid energie geleverd. Hierbij is uitgegaan van een energiebehoefte behorend bij een gezonde BMI (22,5) en een inactieve leefstijl (*physical activity level* (PAL) 1,4-1,5).
  - c. Er worden niet te veel voedingsmiddelen en voedingsstoffen geleverd met een ongunstig gezondheidseffect.
  - d. In het kader van duurzaamheid wordt de hoeveelheid dierlijke producten met hoge broeikasgasemissies beperkt.
  - e. In het kader van haalbaarheid sluiten de adviezen aan bij de in Nederland gegeten hoeveelheden (gebaseerd op de

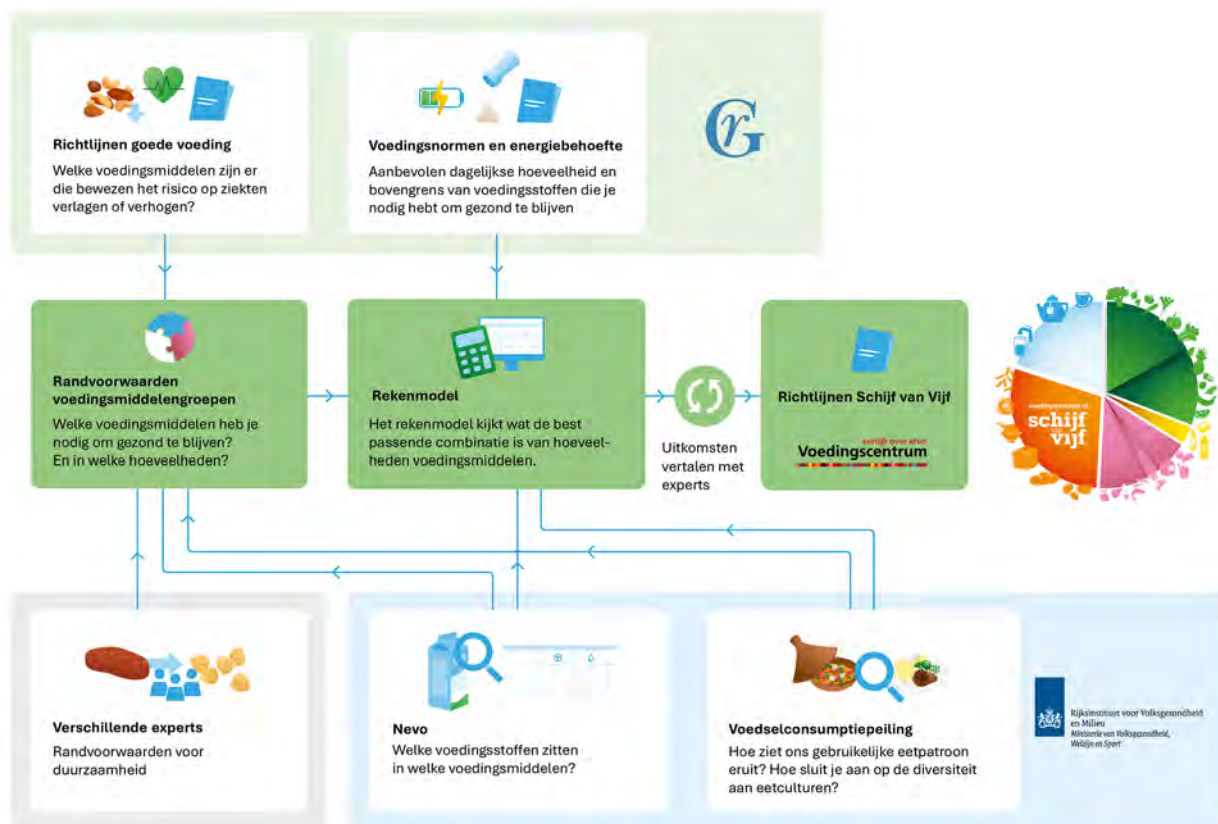
#### HET VOEDINGSCENTRUM

Het Voedingscentrum voorziet consumenten en professionals van informatie en adviezen over een gezonde, veilige en duurzame voedselkeuze. Hierbij baseert het Voedingscentrum zich op consensusrapporten van nationale instanties, zoals de Gezondheidsraad, en internationale organisaties, zoals de Europese voedselveiligheidsautoriteit EFSA.

Het Voedingscentrum is een onafhankelijke stichting die voor 100% wordt gefinancierd door de Rijksoverheid. Financiële bijdragen van bedrijven worden niet geaccepteerd, maar het Voedingscentrum werkt onder voorwaarden wel samen met bedrijven in de vorm van een publiek-private samenwerking, bijvoorbeeld om folders te verspreiden via supermarkten. De Gedragscode garandeert hierbij dat het Voedingscentrum zonder enig commercieel belang handelt [voedingscentrum.nl/gedragscode].

**Figuur 1**

Hoe de Richtlijnen Schijf van Vijf tot stand komen<sup>6</sup>



<sup>6</sup>Iconen van voedingsmiddelen zijn voorbeelden

## DE KERN

- Gezonde voeding is belangrijk bij de preventie en behandeling van ondergewicht, overgewicht en diverse chronische aandoeningen.
- Voor betrouwbaar voedingsadvies – bij gezondheid én ziekte – biedt de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum een wetenschappelijk onderbouwde basis.
- De praktische adviezen van de Schijf van Vijf zijn een vertaling van de wetenschappelijke inzichten van de Gezondheidsraad, zoals de Richtlijn Goede Voeding; hierbij zijn diverse factoren op het gebied van duurzaamheid en haalbaarheid meegenomen.
- Met voldoende kennis over gezonde voeding kunnen huisartsen vragen van patiënten over voedingstrends beantwoorden en hen gedegen adviezen geven.
- Het Voedingscentrum heeft voor zowel huisartsen als patiënten diverse gratis voorlichtingsmaterialen en andere hulpmiddelen over gezonde voeding ontwikkeld.

Voedselconsumptiepeiling) en eetgewoonten (zoals vegetarisch). Ook passen de adviezen in verschillende eetculturen (zoals die van mensen met een migratieachtergrond).

3. De uitkomsten van het rekenmodel resulteerden in een modelvoeding voor de verschillende groepen. Deze zijn vervolgens vertaald naar de Schijf van Vijf: concrete adviezen per doelgroep, waarbij rekening is gehouden met praktische haalbaarheid, portiegrootte en uniformiteit van de boodschap richting consumenten.

Wetenschappers op het gebied van voeding, duurzaamheid en gedrag zijn bij het hele proces betrokken. Ook diëtisten en consumenten hebben bijgedragen.

Doordat er bij de vertaling van de Richtlijnen goede voeding naar de Richtlijnen Schijf van Vijf rekening wordt gehouden met diverse factoren (onder andere voedingsnormen en energiebehoefte), verschillen de twee richtlijnen op een aantal punten van elkaar. In de praktijk geeft u advies op basis van de Schijf van Vijf.

## AANBEVELINGEN BIJ DE SCHIJF VAN VIJF

Een voedingspatroon volgens de Schijf van Vijf zorgt voor een optimale combinatie van gezondheidseffecten en voorziening van voedingsstoffen en energie, houdt rekening met duurzaamheid én sluit zo veel mogelijk aan bij het gebruikelijke voedingspatroon van de specifieke doelgroepen. Een overzicht van de aanbevolen hoeveelheden binnen alle 5 de vakken is te vinden op de website van het Voedingscentrum.

## HULPMIDDELEN VOOR U EN UW PATIËNT

Als huisarts of praktijkondersteuner kunt u diverse voorlichtingsmaterialen van het Voedingscentrum gebruiken, bijvoorbeeld als hulpmiddel om met patiënten te communiceren, om

mee te geven of om in de wachtkamer te gebruiken.<sup>18</sup> Ook biedt het Voedingscentrum nascholingen voor professionals, met praktijktips. Een paar voorbeelden:

- Een geaccrediteerde e-learning over de rol van gezonde voeding bij de preventie van de meest voorkomende aandoeningen. Deze basismodule biedt achtergrondinformatie over voedingsadviezen en praktische tools en tips. De inhoud is samen met huisartsen en praktijkondersteuners opgesteld. Dit jaar volgen er verdiepende modules over cardiometabole aandoeningen, overgewicht en gedragsverandering.
- Folders, brochures en hulpmiddelen bij aandoeningen als diabetes mellitus type 2, een hoog cholesterol en overgewicht. Ook middelen als de suikerklontjesposter, de Praatplaat gezonder eten en video's voor in de wachtkamer zijn beschikbaar. Deze zijn gratis te downloaden en voor professionals ook vaak gratis te bestellen.
- Gratis tools voor patiënten die helpen gezond, duurzaam en veilig te eten. Denk aan dagmenu's en apps. Zo geeft het online eetdagboek Mijn Eetmeter advies op maat en helpt Mijn nieuwe balans met afvallen.

## Figuur 2

De Schijf van Vijf in het kort

**De Schijf van Vijf helpt je om gezonder en duurzamer te eten en drinken:**

- **Neem veel groente en fruit, vooral uit het seizoen.**
- **Varieer met vis, peulvruchten, noten, eieren en vegetarische producten zoals tofu en tempé. Eet meer plantaardig en niet te veel vlees.**
- **Neem genoeg zuivel, zoals melk, yoghurt en kaas, maar niet meer dan de aanbevolen hoeveelheden.**
- **Elke dag een handje ongezoeten noten.**
- **Kies vooral volkoren, zoals volkorenbrood, volkorenpasta en -couscous en zilvervliesrijst.**
- **Ga voor dranken zonder suiker: kraanwater, thee en koffie.**
- **Smeer en bak met zachte of vloeibare oliën en vetten.**

Eet elke dag genoeg uit elk vak. En varieer ook binnen de verschillende vakken.

**Buiten de Schijf**  
Producten zoals snoep en snacks, frisdrank en ook vleeswaren, sauzen en kant-en-klare maaltijden staan niet in de Schijf van Vijf. Ze bevatten veel suiker, zout of verzadigd vet, of weinig vezels. Iedereen weet wel dat die producten niet goed voor je zijn, dus neem ze niet te veel en niet te vaak.

[www.voedingscentrum.nl/schijfvanvijf](http://www.voedingscentrum.nl/schijfvanvijf)

**Voedingscentrum** eerlijk over eten



## VOEDINGSTRENDS

Wanneer er over voedingstrends wordt geschreven, worden voedingsmiddelen of -patronen vaak als gezond of ongezond neergezet, met weinig ruimte voor nuance. Maar 1 voedingsmiddel op zichzelf is niet (on)gezond en bevat nooit alle voedingsstoffen. Het is van belang hoeveel en hoe vaak je iets eet of drinkt. Hele voedingsmiddelengroepen weglaten kan risico's met zich meebrengen, bijvoorbeeld het ontstaan van tekorten aan voedingsstoffen.<sup>19</sup> Vooral bij kwetsbare groepen met een groter risico op tekorten, zoals kinderen, zwangeren en ouderen, is het van belang alert te blijven. We gaan in op 2 voedingstrends.

### Het koolhydraatarme dieet

Voor volwassenen luidt het advies om 40-70% van hun energie uit koolhydraten te halen.<sup>13</sup> Een koolhydraatarm dieet bevat minder koolhydraten dan de minimum aanbevolen 40%.

Sommige koolhydraatarme diëten zijn gericht op gewichtsverlies of verbetering van bloedglucosewaarden. Andere zijn gebaseerd op het idee dat het gezonder is om bepaalde producten met koolhydraten te vermijden, zoals brood.

Let bij de advisering bij een koolhydraatarm dieet op de volgende punten:

- Zorg voor voldoende voedingsstoffen, in het bijzonder bepaalde B-vitamines, magnesium, calcium, ijzer, vezels en jodium. Zo kan het vermijden van brood leiden tot een jodiumtekort en een te lage vezelinname.<sup>20,21</sup> Adviseer het invullen van de Eetmeter of verwijs door naar een diëtist.
- Het gaat om de kwaliteit van de koolhydraatbronnen, dus adviseer over gezonde koolhydraatrijke voedingsmiddelen. Van sommige koolhydraatrijke voedingsmiddelen is wetenschappelijk aangetoond dat ze bijdragen aan een lager risico op chronische aandoeningen.<sup>8</sup> Zo verlagen volkorenproducten de kans op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en darmkanker. Maar ook groente, fruit, peulvruchten en noten hebben een positief gezondheidseffect. Dat geldt niet voor andere koolhydraatrijke voedingsmiddelen, zoals koek en snoep.

### Een veganistisch voedingspatroon

Een veganistisch voedingspatroon bevat geen dierlijke producten, zoals vlees, vis, zuivel en eieren, én ook geen producten met E-nummers van dierlijke oorsprong. Sommige mensen eten vanuit een ethische overtuiging veganistisch, maar er is ook een groeiende groep mensen die (deels) veganistisch eet omdat dit volgens hen gezonder is. Een vegan donut is echter net zo ongezond als een gewone donut. Ook plantaardig voedsel kan veel suiker, zout en verzadigd vet bevatten.

Let bij de advisering bij een veganistisch voedingspatroon op de volgende punten:

- Zorg voor voldoende voedingsstoffen, in het bijzonder eiwit, ijzer, calcium, jodium, vitamine D, B1, B2 en B12. Deze voedingsstoffen zitten (vooral) in dierlijke producten en de patiënt moet deze dus op een andere manier binnen krijgen, zoals met bonen, peulvruchten en soja. Verwijs door naar een diëtist die is gespecialiseerd in plantaardig eten wanneer een patiënt vragen heeft, wanneer u vermoedt dat deze een tekort heeft en bij risicogroepen, zoals zwangeren en kinderen. Adviseer ook het gebruik van een vitamine B12-supplement.<sup>22</sup>
- In een veganistisch voedingspatroon ontbreken bepaalde voedingsmiddelen die bewezen gunstig zijn voor de gezondheid.<sup>8</sup> Bijvoorbeeld vis (verlaagt het risico op hart- en vaatziekten) en zuivel (verlaagt het risico op diabetes en darmkanker), terwijl we niet weten wat de gezondheidseffecten van vervangende producten zijn. Patiënten die denken dat veganistisch eten per definitie gezonder is, kunt u voorlichten, zodat ze een weloverwogen keuze kunnen maken. Veganisten maken de afweging tussen gezondheid en duurzaamheid vaak al heel bewust.

## CONCLUSIE

Gezonde voeding is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl: ze verkleint de kans op bepaalde aandoeningen en zorgt voor voldoende energie en essentiële voedingsstoffen. Met alle berichten die in de media verschijnen over voeding is het extra belangrijk dat u als huisarts of praktijkondersteuner een betrouwbaar voedingsadvies geeft. Hierbij vormt de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum een goede basis, voor zowel de algemene bevolking als bepaalde patiëntengroepen (eventueel met ziektespecifieke aanvullingen). De Schijf van Vijf bevat producten die op basis van de wetenschap passen in een gezond en duurzaam voedingspatroon. Misschien niet zo sexy en spannend, maar wel betrouwbaar. ■

## LITERATUUR

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: een gezond vooruitzicht. 2018. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/volksgezondheid-toekomst-verkenning-2018-gezond-vooruitzicht-synthese>. Geraadpleegd op 22 november 2022.
2. Hu Y, Bhupathiraju SN, De Koning L, Hu FB. Duration of obesity and overweight and risk of type 2 diabetes among US women. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22:2267-73.
3. Reis JP, Loria CM, Lewis CE, Powell-Wiley TM, Wei GS, Carr JJ, et al. Association between duration of overall and abdominal obesity beginning in young adulthood and coronary artery calcification in middle age. *JAMA* 2013;310:280-8.

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

Groenenberg I, Brink L. De Schijf van Vijf: het beste van de wetenschap op je bord. *Huisarts Wet* 2024;67(2):10-3. DOI:10.1007/s12445-023-2431-4.

Stichting Voedingscentrum Nederland, Den Haag: dr. ir. I. Groenenberg, expert voeding en gezondheid; dr. ir. Lisette Brink, expert voeding en gezondheid, [brink@voedingscentrum.nl](mailto:brink@voedingscentrum.nl).

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Blader naar pagina 35 om de kennis-toets over dit onderwerp te maken.

# Moslims met diabetes: wel of niet vasten tijdens de ramadan?

Siham Bouchareb, Rabab Chrifou, Zohra Bourik, Giel Nijpels, Mohamed Hassanein, Marjan Westerman, et al

**Vasten tijdens de ramadan geeft een verhoogd risico op acute glykemische ontregeling bij mensen met diabetes. Ondanks deze risico's en de mogelijkheid tot religieuze vrijstelling, vasten de meeste mensen met diabetes tijdens de ramadan. Dit gebeurt vaak tegen medisch advies in. Uit dit kwalitatieve onderzoek blijkt dat afzien van vasten een moeilijk besluit kan zijn, waarbij patiënten de eigen grenzen lijken op te zoeken. Patiënten kunnen grote autonomie voelen in de keuze om wel of niet te vasten. Het is daarom van belang om in het gesprek over vasten op gezamenlijke besluitvorming aan te sturen.**

De ramadan is voor moslims een heilige maand waarin ze zich tussen dageraad en zonsondergang onthouden van eten, drinken, orale medicatie, roken en seks. Vasten tijdens de ramadan is een religieuze verplichting voor gezonde volwassen moslims. In bepaalde situaties kunnen moslims vrijgesteld worden van vasten, bijvoorbeeld mensen met een chronische aandoening of kwetsbare ouderen.<sup>1</sup> Mensen met diabetes hebben een verhoogd risico op acute complicaties, zoals hypoglykemie, hyperglykemie en dehydratie.<sup>2-4</sup> Ondanks het verhoogde risico op complicaties en de dispensatieregeling kiezen de meeste patiënten ervoor om tijdens de ramadan toch te vasten.<sup>2,3,5-9</sup> Een case-control-onderzoek toonde aan dat 76% van de hoogrisicopatiënten met diabetes tegen medisch advies in hebben gevestigd.<sup>10</sup> Uit internationaal onderzoek blijkt dat patiënten het idee hebben dat zorgverleners onvoldoende kennis en begrip hebben over het belang van de ramadan voor moslims.<sup>11-12</sup> Daarnaast geven patiënten aan dat ze van hun zorgverlener te weinig steun en advies over veilig vasten krijgen. Over de Nederlandse situatie zijn geen onderzoeken bekend. Om meer inzicht te krijgen in het perspectief van moslims met diabetes wat betreft vasten tijdens de ramadan hebben we

een kwalitatief onderzoek gedaan. We onderzochten hoe moslims met diabetes in Nederland bepalen of ze wel of niet vasten tijdens de ramadan.

## METHODE

We hebben focusgroepinterviews gehouden om de perspectieven van mensen met diabetes over de ramadan te exploreren en te begrijpen. Dit onderzoek maakt deel uit van het diabetes en ramadan-project, een educatie- en medicatiebegeleidingsprogramma ter verbetering van de (zelf)zorg van aan de ramadan deelnemende mensen met diabetes mellitus type 2 (DM2) van Marokkaanse of Turkse afkomst. Het onderzoek is gefinancierd door ZonMw. Als onderdeel van dit project hebben we onder andere 30 voorlichtingsbijeenkomsten gehouden over diabetes en ramadan in huisartsenpraktijken, moskeeën en buurtcentra. Tijdens die bijeenkomsten wierven we deelnemers voor focusgroepgesprekken. Iedereen die bereid was om deel te nemen (convenience sampling) mocht meedoen, op voorwaarde van informed consent.

We organiseerden de focusgroepgesprekken in de periodes mei-oktober 2018 en juni-juli 2019 in lokale huisartsenpraktijken, moskeeën en buurtcentra in Amsterdam, Den Haag en Leiden. Om de deelnemers te stimuleren om hun perspectief en ideeën te delen hebben we de gesprekken gehouden in het Marokkaans-Arabisch, Riffijns-Berbers en Turks, en stelden we homogene groepen samen wat betreft etniciteit/taal en geslacht.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Bouchareb S, Chrifou R, Bourik Z, Nijpels G, Hassanein M, Westerman MJ, et al. 'I am my own doctor': a qualitative study of the perspectives and decision-making process of Muslims with diabetes on Ramadan fasting. PLoS One 2022;17:e0263088. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Shutterstock

Bij de focusgroepgesprekken gebruikten we een topiclijst die we hebben opgesteld op basis van wetenschappelijke literatuur en de ervaring van het onderzoeksteam. De audio-opnamen van alle focusgroepgesprekken hebben we verbatim uitgetypt en vertaald naar het Nederlands. De transcripten zijn door het onderzoeksteam geanalyseerd aan de hand van de 6 fasen van reflexieve thematische analyse volgens Braun en Clarke.<sup>13-15</sup> De details zijn te vinden in onze oorspronkelijke publicatie.

## RESULTATEN

In totaal deden 73 mensen mee aan 1 van de 15 focusgroepgesprekken. De meerderheid was van Marokkaanse komaf

(82,2%), vrouw (64,4%) en had DM2 (93,2%). Gemiddeld waren de deelnemers 60 jaar en de gemiddelde diabetesduur was ongeveer 13 jaar. Velen gebruikten enkel orale antidiabetica (49,3%) of deden dat in combinatie met insuline (32,9%). De overgrote meerderheid van de deelnemers (72,6%) gaf aan gevestigd te hebben tijdens de ramadan.

### HOE DE VASTENKEUZE TOT STAND KOMT

Veel deelnemers vinden het moeilijk om niet te vasten. Ze lijken hun fysieke grenzen op te zoeken voordat ze besluiten om niet meer te vasten. In het besluitvormingsproces van wel of niet vasten kunnen we de volgende 3 fasen onderscheiden:

#### 1.

De fase waarin deelnemers overwegend positieve ervaringen hebben met vasten; ze voelen zich in staat om te vasten en kiezen om mee te doen aan de ramadan.

#### 2.

De fase waarin deelnemers moeilijkheden ervaren tijdens vasten, toch proberen te vasten, maar soms (tijdelijk) moeten opgeven als ze zich te ziek voelen.

#### 3.

De fase waarin deelnemers hun fysieke grens (soms meerdere malen) hebben bereikt en besluiten om af te zien van vasten.



## Figuur

De 3 fasen in het besluitvormingsproces om al dan niet te vasten volgens de 4 geïdentificeerde thema's (vanuit het perspectief van de deelnemers).

### WEL OF NIET VASTEN? HET BESLUITVORMINGSPROCES



#### VASTEN

Ik ben in staat om te vasten.

#### MOEILIKHEDEN ERVAREN TIJDENS VASTEN

Ik heb de eigen grenzen nog niet bereikt.

#### AFGEZIEN VAN VASTEN

Ik kan niet meer vasten.

### 1. WAARDEN EN OVERTUIGINGEN RONDOM RAMADAN:

*Ik voel mij verplicht om te vasten en voel me niet zodanig ziek om gebruik te maken van de vrijstelling.*

*Ik wil de religieuze beloning krijgen voor vasten.*

*Ik heb vertrouwen in Allah en vraag Hem om de kracht om te kunnen vasten.*

*Ik ben bang dat ik onterecht zal afzien van vasten; ik weet niet zeker of mijn aandoening ernstig genoeg is om de vrijstelling te accepteren.*

*Ik wil de religieuze beloning krijgen voor vasten.*

*Ik heb vertrouwen in Allah en vraag Hem om de kracht om te kunnen vasten.*

*Ik moet de vrijstelling accepteren.*

*Ik heb mijn best gedaan om te vasten. Het is de wil van Allah dat ik niet meer kan vasten, waarvoor ik dankbaar moet zijn en beloofd zal worden.*

### 2. ERVARINGEN EN EMOTIES RONDOM RAMADAN:

*Tijdens vasten voel ik me fit, heb ik goede glucosewaarden, is mijn eetritme gestructureerd en ervaar ik geen lichamelijke klachten; ik wou dat het altijd ramadan kon zijn.*

*Tijdens ramadan voel ik mij gelukkig, trots, dankbaar en vredig.*

*Ik geniet ervan om samen met familie en vrienden het vasten te verbreken.*

*Ik ben vastberaden om te vasten, ondanks dat ik fysieke moeilijkheden ervaar tijdens vasten.*

*Ik vind het moeilijk om te besluiten niet te vasten.*

*Soms vraag ik me af of ik mijn gezondheid schaad door het vasten te continueren.*

*Mijn familie zet mij onder druk om niet te vasten.*

*Ondanks dat ik niet vast krijg ik te maken met onregelde glucosewaarden door veranderingen in mijn dieet en lichamelijke activiteit.*

*Ik voel me verdrietig dat ik niet meer kan vasten en vind het moeilijk om te eten in het bijzijn van mijn vastende familie.*

*Ik schaam me er niet voor dat ik heb afgezien van vasten; het is tussen mij en Allah en ik kan nog steeds het 'ramadan-gevoel' ervaren.*

*Ik voel me minderwaardig als mensen buiten mijn familie mij vragen of ik aan het vasten ben.*

*Mijn familie steunt mij in mijn keuze om niet te vasten.*

### 3. PERCEPTIE VAN ZIEKZIJN:

*Mijn aandoening is niet ernstig genoeg om af te zien van vasten, maar zieke mensen die niet in staat zijn om te vasten, zouden niet moeten vasten.*

*Is mijn aandoening 'ernstig' genoeg om niet te vasten?*

*Mijn aandoening is ernstig genoeg om niet te vasten. Ik vastte toen ik nog 'gezond' en sterk was.*

### 4. ADVIEZEN VAN ZORGVERLENERS, IMAMS EN FAMILIE:

**Advies:**  
*Niet vasten.*

**Persoonlijke inschatting/oordeel:**  
*Ik kan vasten.*

**Beslissing:**  
*Ik zal proberen te vasten, maar stop als ik me ziek voel.*

**Advies:**  
*Niet vasten.*

**Persoonlijke inschatting/oordeel:**  
*Ik kan nog vasten, omdat ik mijn eigen grenzen nog niet heb bereikt.*

**Beslissing:**  
*Ik zal mezelf in de gaten houden en mijn vasten verbreken als ik me te ziek voel.*

**Advies:**  
*Niet vasten.*

**Persoonlijke inschatting/oordeel:**  
*Ik kan niet vasten, ik heb het geprobeerd.*

**Beslissing:**  
*Ik moet afzien van vasten.*

*Adviezen van zorgverleners, imams en familie om niet te vasten worden vaak niet opgevolgd.*

*Adviezen van zorgverleners, imams en familie om niet te vasten worden meestal nog niet opgevolgd.*

*Adviezen van zorgverleners, imams en familie om niet te vasten worden opgevolgd.*

### WAT IS BEKEND?

- Vasten tijdens de ramadan geeft een verhoogd risico op acute glykemische ontregeling bij mensen met diabetes.
- De meeste moslims met diabetes vasten tijdens de ramadan, vaak ook tegen medisch advies in.

### WAT IS NIEUW?

- Moslims met diabetes kunnen grote autonomie voelen in de keuze om wel of niet te vasten tijdens de ramadan. Patiënten nemen adviezen van zorgverleners, imams en familie om niet te vasten minder makkelijk aan als ze de eigen fysieke grenzen niet hebben bereikt.
- Patiënten die hebben afgezien van vasten kunnen meegaan in het eetritme van hun vastende familieleden en daardoor te maken krijgen met glykemische ontregeling.

Dit besluitvormingsproces kan dynamisch zijn, waarbij de deelnemers na aanvankelijk afgezien te hebben van vasten na 1 jaar of een aantal jaren opnieuw een poging doen. Afzien van vasten hoeft dus geen definitief besluit te zijn.

### KWALITATIEVE FACTOREN DIE EEN ROL SPELEN BIJ DE VASTENKEUZE

Vier thema's spelen een belangrijke rol in het besluitvormingsproces [figuur]. Deze lichten we kort toe.

#### ▶ 1. WAARDEN EN OVERTUIGINGEN ROND DE RAMADAN

Veel deelnemers gaven aan op de hoogte te zijn van de religieuze vrijstelling voor mensen met een aandoening die niet in staat zijn om te vasten. Toch waren enkele deelnemers onzeker over de vraag of ze in aanmerking komen voor de vrijstelling en of hun aandoening 'ernstig' genoeg is om vrijgesteld te worden van vasten. Als ze het gewoon proberen en dan eventueel moeten opgeven, bevestigt dit de noodzaak van de vrijstelling. Anderen vertrouwen erop dat Allah hun de kracht zal geven om ondanks de fysieke beperkingen te kunnen vasten.

#### ▶ 2. ERVARINGEN EN EMOTIES ROND DE RAMADAN

Veel deelnemers gaven aan zich zowel emotioneel als lichamelijk juist goed te voelen tijdens het vasten. Ze meldden bijvoorbeeld stabielere glucosewaarden en gewenst gewichtsverlies te hebben. Anderen hadden lichamelijke klachten, maar gingen toch door met vasten. Ook mensen die niet meer vastten gaven aan soms lichamelijke klachten te krijgen doordat ze te veel meegingen in het eetritme van hun vastende gezinsleden. Soms schaamden ze zich ervoor dat ze niet meer konden vasten. Anderen vonden het een eigen

persoonlijke keuze, waar niemand anders, behalve Allah, iets mee te maken heeft.

#### ▶ 3. PERCEPTIE VAN ZIEKZIJN

De deelnemers hadden duidelijke ideeën over situaties waarin ze niet zouden moeten vasten, bijvoorbeeld als ze zich niet in staat voelen om te vasten, bij ernstige lichamelijke klachten, zoals hypoglykemie, en bij insulinegebruik. De meesten vonden de eigen situatie niet 'ernstig' genoeg om af te zien van vasten.

#### ▶ 4. ADVIEZEN VAN ZORGVERLENERS, IMAMS EN FAMILIE

De meeste deelnemers vertelden tegen medisch advies in gevast te hebben. Ook het advies van de imam of familie om niet te vasten volgden ze meestal niet op.

### EEN PERSOONLIJKE KEUZE

Uit de focusgroepgesprekken bleek dat de deelnemers de keuze om al dan niet te vasten als een persoonlijke beslissing zien. Sommigen benadrukten dat de keuze voor wel of niet vasten alleen henzelf en Allah aangaat. De meesten hebben tegen medisch advies in gevast en gaven daarbij aan hun 'eigen dokter' te zijn en zelf een inschatting te maken over al dan niet vasten. De deelnemers willen zolang mogelijk proberen te vasten en pas stoppen als het écht niet gaat.

*'De dokter zegt dat je moet eten. Hij zegt dat je niet mag vasten en dat het gevaarlijk is voor jouw nieren en ogen... Maar ik zeg dat ik mijn eigen dokter ben. Ik ga het proberen. Als het lukt dan zal ik vasten en als het niet gaat, dan is dat de wil van Allah.'*  
**69-jarige man van Marokkaanse komaf; vast**

De meeste deelnemers gaven aan voorafgaand aan de ramadan met de eigen zorgverlener over vasten gesproken te hebben. De deelnemers hadden respect voor het advies van hun zorgverlener, al volgden ze dat niet op. Anderen hadden de indruk dat zorgverleners het vasten soms te snel afraden. De etnische of religieuze achtergrond van de zorgverlener speelde voor velen geen rol bij het al dan niet opvolgen van het advies. Het advies van imams en familie tegen vasten accepteerden ze overigens ook niet.

*'Hij (de imam) zei: "Jullie hebben suiker(ziekte), jullie moeten afzien van vasten, Allah heeft jullie vrijgesteld van vasten." Wij kunnen niet tegen hem zeggen dat we sterk vertrouwen hebben in Allah. Wij bepalen het zelf. Als we moe worden, dan zullen we ons vasten verbreken.'*  
**49-vrouw van Sudanese afkomst; vast**

### BESCHOUWING

Deze resultaten laten verschillende perspectieven zien van voornamelijk mensen met DM2 van Marokkaanse en een kleinere groep van Turkse komaf. Moslims die de

besluitvorming over het vasten niet zo belangrijk vinden, zijn wellicht door onze werving niet bereikt of hebben mogelijk afgezien van deelname.

## DE BOODSCHAP VOOR HUISARTS

Moslims met diabetes kunnen een grote mate van autonomie ervaren in de keuze om tijdens de ramadan wel of niet te vasten. Daarbij spelen de eigen ervaringen een belangrijke rol. Vaak moeten ze de fysieke grenzen eerst opzoeken voordat ze besluiten niet te gaan vasten. Daarom is het van belang om in het gesprek over de ramadan zo veel mogelijk aan te sluiten bij de eerdere ervaringen en de beleving van patiënten. Het is mogelijk dat de as tussen het individu en zijn geloofsbeleving de belangrijkste as is waarover de besluitvorming loopt, waarbij familie, imams en zorgverleners feitelijk slechts aan de kantlijn staan. Dat neemt niet weg dat patiënten een weloverwogen keuze moeten kunnen maken. Wees daarbij duidelijk, maar niet dwingend, over de eigen professionele opvattingen én waarom er wel of niet gevast kan worden. Mensen met een slechte glykemische instelling die hypoglykemieveroorzakende medicatie (sulfonylureumderivaat en/of insuline) gebruiken lopen een hoger risico op problemen. In principe is vasten af te raden bij een recente glykemische ontregeling (< 3 maanden geleden), het bestaan van hypo-unawareness en bij reeds opgetreden manifeste diabetische complicaties.<sup>16</sup> Samenwerkingsafspraken met regionale moskeeën bleken nuttig te zijn. Zo is het zinvol wanneer een imam tijdens de gebedsbijeenkomsten voorafgaand aan de ramadan nog eens verkondigt dat medische adviezen volgens de islamitische geloofsleer opgevolgd dienen te worden om gezondheidsproblemen te voorkomen. Het zou degenen die twijfelen of wier situatie ernstig genoeg is om vrijgesteld te worden, kunnen helpen als de imam daar aandacht aan schenkt.

*'Ik heb hier altijd discussie over met mijn man. Hij wil niet dat ik vast, omdat ik ziek word. (...) Ik denk bij mezelf: "Ik wil vasten, bemoei je er niet mee." Als het (vasten) te zwaar wordt, dan zal ik niet vasten.'*

**53-jarige vrouw van Turkse komaf, afgezien van vasten nadat ze het de eerste 5 dagen van de ramadan had geprobeerd**

De besluitvorming om definitief van vasten af te zien voltrekt zich vaak met vallen en opstaan, en duurt soms meerdere



Blader naar pagina 35 om de kennistoets over dit onderwerp te maken.

vastenjaren. Daarom is het aan te bevelen de ramadan jaarlijks op de agenda te zetten en patiënten voorlichting te geven over specifieke situaties waarin ze het vasten moeten verbreken, zoals hypoglykemie. Voorlichting over diabetes zelfmanagement tijdens de ramadan kan ook nuttig zijn voor de groep die inmiddels heeft afgezien van vasten omdat hun eetritme toch kan veranderen. Tot slot kan de ramadan de mogelijkheid bieden om patiënten te motiveren tot een beter diabeteszelfmanagement. De Nederlandse Diabetes Federatie heeft een Diabetes en ramadan-toolkit ontwikkeld met handig materiaal voor de praktijk, waaronder een medicatiekaart voor aanpassing van glucoseverlagende medicatie, patiëntenvoorlichtingsmateriaal (ingesproken in 3 talen) en eetadvieskaarten.<sup>16</sup>

## CONCLUSIE

Afzien van vasten is voor moslims met diabetes vaak een moeilijk besluit, waarbij patiënten de eigen fysieke grenzen lijken op te zoeken. Patiënten voelen zich autonoom in de voor hen persoonlijke keuze om wel of niet te vasten tijdens de ramadan. Dit onderzoek benadrukt het belang van goede voorlichting over diabeteszelfmanagement tijdens de vastenmaand en gezamenlijke besluitvorming om patiënten te helpen een weloverwogen keuze te maken omtrent vasten tijdens de ramadan. ■

## LITERATUUR

1. International Diabetes Federation and DAR International Alliance. Diabetes and Ramadan: practical guidelines. Brussels: International Diabetes Federation, 2021.
2. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, et al. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes care* 2004;27:2306-11.
3. Hassanein M, Al Awadi FF, El Hadidy KES, Ali SS, Ecthay A, Djabballah K, et al. The characteristics and pattern of care for the type 2 diabetes mellitus population in the MENA region during Ramadan: an international prospective study (DAR-MENA T2DM). *Diabetes Res Clin Pract* 2019;151:275-84.

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

Bouchareb S, Chrifou R, Bourik Z, Nijpels G, Hassanein M, Westerman MJ, Elders PJM. Moslims met diabetes: wel of niet vasten tijdens de ramadan? *Huisarts Wet* 2024;67(2):14-8 DOI:10.1007/s12445-023-2316-6. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: S. Bouchareb, aioto, s.bouchareb@amsterdamumc.nl; prof. dr. P.J.M. Elders, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, in het bijzonder diabeteszorg; prof. dr. em. M.G.A.A.M. Nijpels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, in het bijzonder diabeteszorg; R. Chrifou, junior onderzoeker; Z. Bourik, MA, onderzoeker; dr. M.J. Westerman, universitair docent. Dubai Hospital, Dubai: dr. M. Hassanein, senior consultant. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



# Psychosociale factoren voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel: aandacht voor diversiteit

Bryn Hummel, Amy Manten, Joshua van Apeldoorn, Ralf Harskamp, Irene van Valkengoed

**De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) adviseert om bij patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals obesitas, roken en een positieve familie-anamnese, een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen. In dit onderzoek onderzochten wij in een multi-etnische populatie of psychosociale factoren ook gebruikt kunnen worden als criteria voor het opstellen van een risicoprofiel, en of dit leidt tot een verbetering in de preselectie voor risicoscreening van hart- en vaatziekten (HVZ). In onze analyses hadden we expliciet oog voor diversiteit: we keken naar overeenkomsten en verschillen tussen vrouwen en mannen met diverse etnische achtergronden.**

Het tijdig identificeren van patiënten met een verhoogd risico op HVZ is een belangrijke strategie voor de preventie van aan HVZ-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit. In de praktijk worden patiënten met een verhoogd HVZ-risico met name geïdentificeerd middels *case-finding* (opportunistische screening): het schatten van het 10-jaarsrisico bij patiënten die zich om andere redenen bij de huisarts melden. Op basis van het geschatte risicoprofiel kan een huisarts overwegen om patiënten leefstijladvies te geven en/of medicatie voor te schrijven.

In de NHG-Standaard CVRM wordt beschreven dat screening wordt aangeraden bij patiënten met een vermoedelijk verhoogd risico.<sup>1</sup> Dit vermoedelijk verhoogde risico is vaak gebaseerd op comorbiditeit zoals diabetes, hypertensie, (familiaire) hypercholesterolemie en eerdere HVZ-diagnoses, of op klassieke risicofactoren zoals roken, overgewicht en een positieve familieanamnese voor HVZ.<sup>1</sup>

Deze strategie is echter niet alomvattend: er zijn patiënten met een verhoogd HVZ-risico – in het bijzonder vrouwen en mensen met een migratieachtergrond – die op basis van deze factoren niet in aanmerking komen voor screening.<sup>2,3</sup>

Zo hebben sommige etnische groepen gemiddeld een hoger geschat 10-jaarsrisico op HVZ, evenals een andere prevalentie van de preselectie criteria voor HVZ-risicoscreening. Additionele screeningscriteria zouden kunnen helpen bij de identificatie van deze hoogrisicopatiënten voor screening. Ook zijn verschillende psychosociale factoren, zoals sociaaleconomische positie, stress, persoonlijkheidskenmerken, en depressieve en angststoornissen, bekende risicofactoren voor HVZ.<sup>4-9</sup> Daarom onderzochten wij de meerwaarde van psychosociale risicofactoren voor de preselectie voor HVZ-risicoscreening. Hierbij keken wij expliciet naar verschillen tussen vrouwen en mannen met een Nederlandse, Hindostaans-Surinaamse, Afro-Surinaamse, Ghanese, Turkse, en Marokkaanse achtergrond.

## METHODE

Voor onze analyse gebruikten wij *baselinedata* van het Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) cohort, een multi-etnisch cohort van ruim 24.000 vrouwen en mannen in Amsterdam van Surinaamse, Ghanese, Turkse, Marokkaanse, en Nederlandse herkomst.<sup>10</sup> We includeerden deelnemers bij wie het 10-jaarsrisico op HVZ berekend kon worden middels de SCORE-NL, dus mensen tussen de 40-70 jaar oud zonder eerder gediagnosticeerde HVZ. Eerst onderzochten we voor alle geïncludeerde mannen en vrouwen welke psychosociale risicofactoren hielpen bij de preselectie voor HVZ-risicoscreening boven op bestaande screeningsindicatoren (obesitas, roken, een positieve familieanamnese). Binnen de onderzochte

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Hummel B, Harskamp RE, Bolijn R, Moll van Charante EP, Galenkamp H, Mommersteeg PMC, et al. Psychosocial factors may serve as additional eligibility criteria for cardiovascular risk screening in women and men in a multi-ethnic population: The HELIUS study. *Prev Med* 2023;172:107515. Publicatie gebeurt met toestemming.

## WAT IS BEKEND

- Psychosociale factoren zijn geassocieerd met een verhoogd risico op HVZ.
- De NHG-Standaard vermeldt dat deze factoren in overweging genomen kunnen worden voor screening, bijvoorbeeld voor patiënten bij wie het geschatte risico de behandelgrens nadert, maar of deze factoren de preselectie voor HVZ-risicoscreening verbeteren, is niet bekend.

## WAT IS NIEUW

- Voor zowel vrouwen als mannen verbeterden sociaaleconomische factoren [opleidingsniveau en arbeidsstatus] de preselectie voor HVZ-risicoscreening, naast roken, obesitas, en een positieve familieanamnese.
- De toegevoegde voorspellende waarde van deze factoren leek groter voor vrouwen dan mannen, en varieerde tussen etnische groepen: deze leek het grootst voor de Nederlandse en Marokkaanse groep, en het kleinst voor de Ghanese groep.
- Voor sommige etnische groepen zullen aanvullende strategieën gevonden moeten worden voor het identificeren van hoog-risicopatiënten.

psychosociale factoren onderscheidde we sociaaleconomische en psychologische factoren. De eerste bevat onder meer opleidingsniveau, arbeidsstatus, arbeidsniveau, financiële stress en de hoofdkostwinner zijn, en onder psychologische factoren vallen onder meer een maat voor algemeen

mentaal welbevinden, werkstress, stress thuis, depressieve klachten, en sociale isolatie; zie de originele publicatie voor details. Vervolgens onderzochten we de toegevoegde voorspellende waarde van de hiervoor geïdentificeerde factoren door de *area under the curve* (AUC) te vergelijken voor vrouwen en mannen van verschillende etnische groepen. De AUC geeft weer hoe goed het onderscheidend/voorspellend vermogen van een model is [infographic 1]. Zo is een AUC < 0,70 matig tot slecht, 0,70-0,79 acceptabel, 0,80-0,89 goed en > 0,90 uitstekend.<sup>11</sup> Tot slot vergeleken we de resultaten van de AUC-analyse op basis van de SCORE-NL met de resultaten van het nieuwe SCORE2-algoritme<sup>12</sup>, met de verwachting dat deze in de geüpdatete CVRM-Standaard verwerkt zal worden.

## RESULTATEN

Onze onderzoekspopulatie bestond uit 10.226 deelnemers, van wie 57,1% vrouw. De gemiddelde leeftijd ( $\pm$  standaarddeviatie) was  $51,1 \pm 7,4$  jaar bij vrouwen en  $51,6 \pm 7,5$  jaar bij mannen; daarbij hadden 54,7% van de mannen en 16,1% van de vrouwen een geschat HVZ-risico  $\geq 5\%$  (op basis van SCORE-NL). Voor zowel vrouwen als mannen droegen opleidingsniveau (geen of lage opleiding versus midden of hoge opleiding) en arbeidsstatus (betaald werk versus geen betaald werk) bij aan de preselectie voor HVZ-risicoscreening boven op bekende screeningsindicatoren. De andere sociaaleconomische of psychologische factoren droegen niet bij.

Opleidingsniveau en arbeidsstatus leken daarbij meer bij te dragen aan de preselectie voor HVZ-risicoscreening bij vrouwen dan bij mannen. Deze factoren verbeterden de predictie van een verhoogd HVZ-risico bij de meeste vrouwen – behalve Turkse en Ghanese – en onder de mannen bij de Neder-



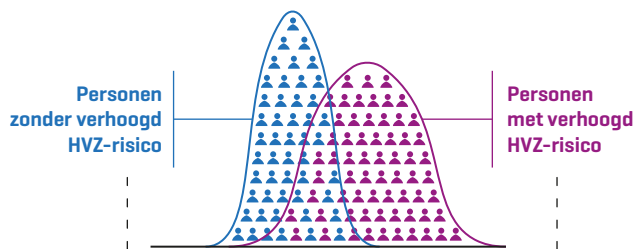
Naast de bekende screeningsindicatoren hielpen opleidingsniveau en arbeidsstatus bij het identificeren van individuen met een verhoogd HVZ-risico.

Foto: Shutterstock

## Infographic 1

### Wat is de area under the curve [AUC]?

Het risicomodel heeft als doel om personen **zonder en met een verhoogd HVZ-risico te onderscheiden**

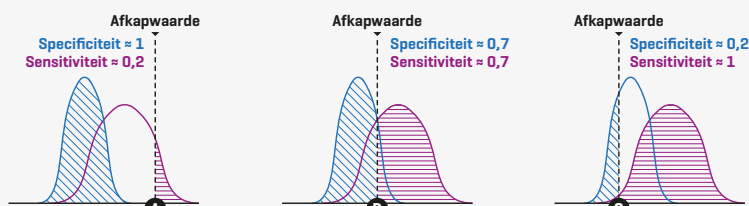


De **specificiteit** en **sensitiviteit** van het risicomodel hangen af van de gekozen **afkapwaarde**

**Specificiteit**  
Geen verhoogd HVZ risico correct voorspeld

**Sensitiviteit**  
Verhoogd HVZ risico correct voorspeld

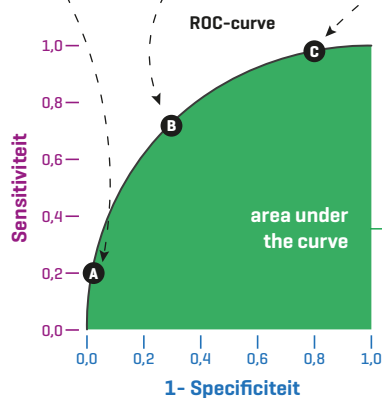
Hoe hoger de **specificiteit**, hoe lager de **sensitiviteit** (en vice versa)



De **specificiteit\*** en **sensitiviteit** voor alle mogelijke afkapwaarden kunnen worden afgebeeld in een **receiver operating characteristics (ROC)-curve**

\* weergegeven als 1 min specificiteit

Het oppervlak onder de ROC-curve is de **area under the curve [AUC]** en is een **maat voor de voorspellende waarde** van het risicomodel



Hoe groter de **AUC**, hoe beter de voorspellende waarde

In dit onderzoek is de voorspellende waarde [AUC] van het risicomodel geïnterpreteerd als:

0,51 - 0,69 Onacceptabel	0,7 - 0,79 Acceptabel	0,8 - 0,89 Goed	0,9 - 1,0 Excellent
-----------------------------	--------------------------	--------------------	------------------------

landse en Marokkaanse mannen. Het model met bestaande screeningsindicatoren en daarbovenop opleidingsniveau en arbeidsstatus voorspelde: 'goed' voor Nederlandse en Marokkaanse vrouwen, 'acceptabel' voor Turkse, Afro-Surinaamse en Hindostaans-Surinaamse vrouwen en Nederlandse en Marokkaanse mannen [infographic 2]. Voor Ghanese vrouwen, maar ook voor Ghanese, Turkse, Afro-Surinaamse en Hindostaans-Surinaamse mannen, was de voorspellende waarde 'onacceptabel'. Het SCORE2-algoritme leverde vergelijkbare resultaten op, met iets hogere AUC-waarden.

### BESCHOUWING

We onderzochten de toegevoegde waarde van het gebruik van psychosociale factoren als criteria voor de preselectie voor HVZ-risicoscreening. Naast de bekende screeningsindicatoren

hielpen opleidingsniveau en arbeidsstatus bij het identificeren van individuen met een verhoogd HVZ-risico, wat maakt dat deze gebruikt kunnen worden in de preselectie voor HVZ-risicoscreening. De toegevoegde voorspellende waarde boven op huidige screeningsindicatoren van deze factoren was groter voor vrouwen dan mannen, en varieerde tussen etnische groepen.

### Kanttekeningen

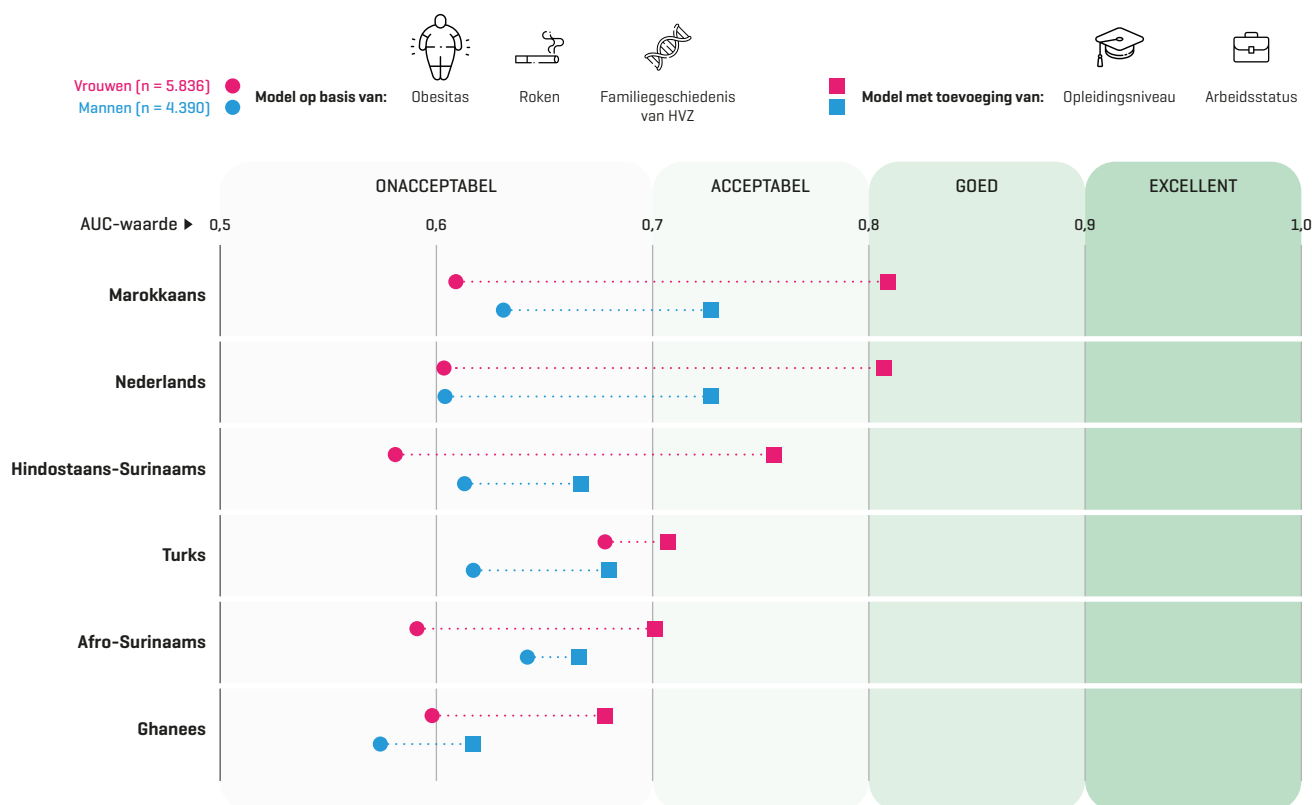
De kanttekening bij dit onderzoek is dat dit is uitgevoerd in een Amsterdamse populatie, waarbij het belangrijk is om deze te reproduceren in andere regio's en met andere etnische groepen. Daarnaast gebruikten wij bij onze modellen het risico op incidentie HVZ en HVZ-gerelateerde sterfte – en niet alleen HVZ-gerelateerde sterfte – zoals wel gebruikt wordt voor de risicobepaling in de huidige CVRM-Standaard.



## Infographic 2

### Bij zowel vrouwen als mannen droegen opleidingsniveau en arbeidsstatus bij aan de predictie van een verhoogd HVZ-risico

Toegevoegde voorspellende waarde (AUC) lijkt groter bij vrouwen dan bij mannen en varieerde tussen etnische groepen



### Voordelen van gebruik sociaaleconomische factoren

De potentiële voordelen van vroege identificatie van hoogrisicopatiënten moeten met name gezocht worden in de mogelijkheid om toekomstige HVZ te voorkomen door middel van tijdige herkenning van het verhoogde risico en bijbehorende tijdige, preventieve behandeling.<sup>1</sup> Dit kan toekomstige cardiovasculaire events voorkomen, en zal gepaard gaan met lagere mortaliteit, minder zorggebruik en een betere kwaliteit van leven.<sup>13-15</sup>

Daarnaast zal het gebruik van de aanvullende factoren opleidingsniveau en arbeidsstatus leiden tot de identificatie van sociaaleconomisch kwetsbare hoogrisicopatiënten: een populatie met een kortere levensverwachting van 8-9 jaar, die tevens korter in goede gezondheid leeft (tot 23-25 jaar).<sup>16</sup>

### Vertaling naar de praktijk

Onze bevindingen laten zien dat huisartsen opleidingsniveau en arbeidsstatus mee kunnen wegen bij de preselectie voor HVZ-risicoscreening bij patiënten tussen de 40-70 (mannen) en 50-70 (vrouwen) jaar oud. Concreet kunnen ongeschoolden of mensen die lager opgeleid zijn, werkzoekenden, huisvrouwen/mannen, gepensioneerden, en mensen die arbeidsongeschikt zijn of een uitkering ontvangen, baat hebben bij screening. Op basis van klinische, anamnesticke, en sociaaleconomische screeningsindicatoren, kan de huisarts beslissen bij welke

mensen screening op verhoogd risico voor HVZ nuttig is. Deze factoren verbeterden de preselectie voor HVZ-risicoscreening bij zowel vrouwen als mannen, dus adviseren wij geen onderscheid te maken op basis van geslacht, ondanks dat de toegevoegde voorspellende waarde hoger leek voor vrouwen dan mannen (niet formeel getoetst).

Een praktische belemmering voor het identificeren van hoogrisicopatiënten op basis van deze sociaaleconomische factoren, is dat deze niet systematisch geregistreerd (of geüpdatet) worden in het huisartseninformatiesysteem, en dus per patiënt uitgevraagd zouden moeten worden. Daarnaast is het bij het uitvragen van deze factoren van belang dit goed in te kleden, omdat er bij de patiënt bijvoorbeeld angst voor stigmatisering of andere gevoeligheden kunnen spelen.

Een ander punt is dat het meenemen van sociaaleconomische factoren ook leidt tot mogelijke selectie van een grotere groep patiënten bij wie een cardiovasculair risicoprofiel kan worden opgesteld. Dit betekent een potentiële verhoging van de werklust, zeker voor huisartsen werkzaam in sociaaleconomisch kwetsbare wijken, waar een groter deel van de bevolking in aanmerking zal komen voor screening. Naast de additionele diagnostiek van screening betekent dit ook dat er meer patiënten gevonden zullen worden met een verhoogd risico. Zij zullen ook behandeling aangeboden moeten krijgen, zoals leefstijlad-

vies of medicatie, met mogelijke bijwerkingen en kosten voor patiënten.

Tot slot rest de kritische vraag: in hoeverre zal deze mogelijke aanpassing in beleid daadwerkelijk leiden tot veranderingen in de praktijk? Allereerst is er de vraag of dit in de huisartsenpraktijk zal leiden tot een toename in behandelingen, omdat beslissingen over behandeling in de praktijk meestal genomen worden op basis van een breder palet aan factoren dan de factoren meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast is onbekend of preselectie op basis van deze sociaaleconomische factoren daadwerkelijk incidente HVZ zullen voorkomen. Het is namelijk juist deze populatie sociaaleconomisch kwetsbare patiënten die – wegens verschillende sociale omstandigheden – leefstijladviezen mogelijk minder goed opvolgt, en in wie medicatietrouw mogelijk lager is.<sup>1</sup> Voor huisartsen liggen hier extra uitdagingen in het bevorderen van therapietrouw en het motiveren van patiënten voor blijvende leefstijlverandering.<sup>1</sup> De gezondheidswinst op de lange termijn van het vroeg identificeren en behandelen van hoogrisicopatiënten zal nog bepaald moeten worden.

#### Aanvullende strategieën

De toegevoegde voorspellende waarde van sociaaleconomische factoren voor de preselectie voor HVZ-risicoscreening varieerde tussen etnische groepen. Echter, in de praktijk zal het niet werkbaar zijn om op basis van etniciteit onderscheid te maken welke sociaaleconomisch kwetsbare patiënt in aanmerking komt voor screening. Daarom adviseren wij om deze factoren te overwegen als preselectie voor screening voor vrouwen en mannen uit alle etnische groepen. Wel is het belangrijk om te realiseren dat dit de bestaande ongelijkheid tussen etnische groepen niet wegneemt. Deze factoren verbeteren de preselectie voor screening bijvoorbeeld niet voor de Ghanese groep, terwijl juist mensen met een migratieachtergrond (waaronder van Ghanese herkomst), vaak al een hoger HVZ-risico hebben dan mensen van Nederlandse herkomst.<sup>2</sup>

Voor sommige groepen zullen nog aanvullende strategieën gevonden moeten worden voor het identificeren van hoogrisicopatiënten.

#### CONCLUSIE

Opleidingsniveau en arbeidsstatus kunnen gebruikt worden als criteria voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel. Bij lager opgeleide en/of niet-werkende patiënten, ongeacht geslacht of etnische herkomst, zou de huisarts laagdrempelig het HVZ-risico kunnen schatten. De haalbaarheid en effectiviteit hiervan in de klinische praktijk moeten verder bepaald worden, waarbij de voor- en nadelen van het gebruik van deze factoren voor screening afgewogen moeten worden. ■

#### LITERATUUR

1. NHG-werkgroep CVRM. NHG-Standaard CVRM. Richtlijnen. nhg.org. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019.
2. Perini W, Snijder MB, Peters RJG, Kunst AE. Ethnic disparities in estimated cardiovascular disease risk in Amsterdam, the Netherlands: The HELIUS study. *Neth Heart J* 2018;26:252-262. DOI: 10.1007/s12471-018-1107-3.
3. Perini W, Snijder MB, Agyemang C, Peters RJG, Kunst AE, Van Valkengoed IGM. Eligibility for cardiovascular risk screening among different ethnic groups: The HELIUS study. *Eur J Prev Cardiol* 2020;27:1204-1211. DOI: 10.1177/2047487319866284.

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

Hummel B, Manten A, Van Apeldoorn J, Harskamp R, Van Valkengoed I. Psychosociale factoren voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel: aandacht voor diversiteit. *Huisarts Wet* 2024;67[2]:21-5. DOI: 10.1007/s12445-023-2434-1. Amsterdam UMC, afdeling Public and Occupational Health: B. Hummel, promovenda, [b.hummel@amsterdamumc.nl](mailto:b.hummel@amsterdamumc.nl); dr. I.G.G. van Valkengoed, associate professor; Amsterdam UMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, dr. A. Manten, promovenda; dr. J.A.N. van Apeldoorn, promovendus; dr. R. E. Harskamp; associate professor. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



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





# Geeft een DOAC minder risico op een intracerebrale bloeding na een val op het hoofd bij ouderen?

Caroline Damhuis-Veen

**Ouderen vallen geregeld. Valincidenten kunnen, onder andere bij gebruik van orale anticoagulantia, gepaard gaan met bloedingen. Informatie over bloedingscomplicaties na een val bij kwetsbare ouderen is echter schaars. Daarom onderzochten wij of er minder intracranieële bloedingen zijn bij het gebruik van een DOAC vergeleken met het gebruik van een VKA bij ouderen na een val op het hoofd.**

Een 79-jarige vrouw met de ziekte van Parkinson, parkinsondementie en atriumfibrilleren gebruikt het antistollingsmiddel acenocoumarol. Ze valt geregeld op haar hoofd. Vanwege het gebruik van een vitamine K-antagonist (VKA) komt zij na elke val in aanmerking voor beoordeling in het ziekenhuis. Ze vindt dit zeer belastend. Naar aanleiding van deze casus ontstond de vraag of een van de directe orale anticoagulantia (DOAC) een lager risico zou geven op een intracerebrale bloeding na een val op het hoofd.

## DOAC'S

DOAC's zijn sinds 2008 verkrijgbaar in Nederland. DOAC's zijn geregistreerd voor preventie van een cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren, en voor behandeling van een diepveneuze trombose en longembolie.<sup>1</sup> In verschillende geneesmiddelrapporten wordt aangegeven dat VKA's en DOAC's minstens even effectief en veilig zijn.<sup>1,2</sup> De NHG-werkgroep Atriumfibrilleren geeft aan dat er terughoudendheid geboden is met het voorschrijven van DOAC's bij patiënten met een verminderde nierfunctie en specifiek bij ouderen vanwege de kans op maag- en darmbloedingen.<sup>1</sup> Daarnaast is uit verschillende onderzoeken gebleken dat het risico op spontane intracerebrale bloedingen bij DOAC's lager lijkt dan bij VKA's.<sup>3</sup>

In de NHG-Standaard Hoofdtrauma wordt het gebruik van alle anticoagulantia als een risicofactor gezien voor intracranieel letsel na hoofdtrauma, met uitzondering van trombocytenaggregatieremmers.<sup>4</sup> Informatie over bloe-

dingscomplicaties na een val bij kwetsbare ouderen zoals in bovenstaande casus, is echter schaars. Daarom onderzochten we of er minder intracranieële bloedingen zijn bij het gebruik van een DOAC vergeleken met het gebruik van een VKA bij ouderen na een val op het hoofd.

## METHODE

We zochten op 22 juni 2022 in de Cochrane library met de zoekopdracht 'traumatic brain injury' en 'anticoagulant', welke geen resultaten opleverde. Vervolgens zochten wij op dezelfde dag in PubMed met de zoekopdracht 'leeftijd boven de 80', 'traumatic brain injury' of 'intracranial hemorrhage' of 'fall', en 'vitamin K' en 'direct oral anticoagulants'.<sup>5</sup>

## RESULTATEN

Het artikel van Santing et al. betreft een systematische review en meta-analyse van 16 onderzoeken, met in totaal 3671 ouderen met licht traumatisch hersenletsel. Twee onderzoeken waren prospectieve cohortonderzoeken, de overige 14 retrospectieve cohortonderzoeken. Alle onderzoeken werden gepubliceerd tussen 2015 en 2021. Twee onderzoeken onderzochten specifiek het gebruik van dabigatran en 2 onderzoeken het gebruik van rivaroxaban. De overige 12 onderzoeken onderzochten verschillende DOAC's. Elf onderzoeken werden uitgevoerd op een spoedeisende hulp, 3 op ziekenhuisafdeling, 1 op een ziekenhuisafdeling en de IC, en 1 onderzoek werd op de IC uitgevoerd.

Bij patiënten die DOAC's gebruikten werden minder vaak traumatische intracranieële bloedingen op de CT-scan



gezien vergeleken met patiënten die VKA's gebruikten (8 onderzoeken, OR 0,44; 95%-BI 0,29-0,65), met een geringe statistische heterogeniteit ( $I^2 = 22\%$ ). Patiënten die DOAC's gebruikten kregen ook minder vaak een neurochirurgische interventie (13 onderzoeken; OR, 0,37; 95%-BI 0,21-0,67). Oudere patiënten met een traumatische intracerebrale bloeding die DOAC's gebruikten kregen tevens minder vaak antidota toegediend (7 onderzoeken, OR 0,10; 95%-BI 0,06-0,16). Er werden geen verschillen gevonden met betrekking tot de uitbreiding van de bloeding, uitgestelde bloeding (gedefinieerd als een zichtbare bloeding op een tweede CT-scan na een eerste negatieve CT-scan) en mortaliteit in het ziekenhuis. De vraagstelling is adequaat geformuleerd en de zoekactie is goed beschreven en uitgevoerd. De systematische review is opgesteld in overeenstemming met de PRISMA-guidelines. De kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken hebben de auteurs vastgesteld middels de Newcastle-Ottawascale.

## DISCUSSIE

Er zijn enige kanttekeningen te plaatsen bij de bovenstaande resultaten. Ten eerste betreffen dit ongecorrigeerde gegevens uit observationeel onderzoek. Hierdoor kan vertekening zijn ontstaan door verschillen tussen patiënten die een DOAC en een VKA gebruiken (zoals kwetsbaarheid, leeftijd, comorbiditeit). Daarnaast had het merendeel van de onderzoeken een retrospectieve opzet.

Het minder neurochirurgisch ingrijpen kan ook te maken hebben met terughoudendheid om chirurgisch in te grijpen bij de oudere (kwetsbare) patiënt. Dit zal echter voor een oudere patiënt met een VKA niet anders zijn, hoewel men wel beter op de hoogte is van het effect van een VKA door het bepalen van de INR en het makkelijk beschikbaar zijn van antidota.

Bij de uitkomsten van de meta-analyse speelt ook de beschikbaarheid van de verschillende antidota mee. Pas jaren na de introductie van DOAC's kwamen antidota beschikbaar. Belangrijk hierbij is dus om de publicatiedata van de verschillende onderzoeken in ogenschouw te nemen. Uit de review blijkt echter ook dat hoewel bloedingen bij DOAC-gebruik minder gecoupeerd werden, de kans op progressie van de bloeding en de mortaliteit vergelijkbaar waren tussen patiënten met VKA's en DOAC's.

Ten aanzien van de generaliseerbaarheid is het moeilijk in te schatten hoe vergelijkbaar de onderzoekspopulatie is met de kwetsbare oudere in de huisartsenpraktijk of het verpleeghuis. Ouderen zijn vaak ondervetegenwoordigd in onderzoek. Bovenstaande resultaten lijken dan ook tegenover de resultaten van de recent gepubliceerde Nederlandse FRAIL-AF trial te

staan.<sup>6</sup> In dit onderzoek wordt specifiek bij een groep kwetsbare ouderen met non-valvulair atriumfibrilleren een hoger bloedingsrisico (HR 1,69; 95%-BI 1,23-2,32) beschreven bij het overstappen van een VKA naar een DOAC. Belangrijk te noemen is dat er in de trial ook geen verschil werd gevonden in het optreden van intracranieële bloedingen tussen het gebruik van een VKA (7 van de 662, 1,1%) en een DOAC (6 van de 661, 0,9%). Bovendien staan in deze CAT de bloedingscomplicaties na hoofdtrauma centraal, in tegenstelling tot bovengenoemd onderzoek. Desalniettemin wordt hier het belang zichtbaar van gedegen onderzoek naar specifiek kwetsbare ouderen.

## AANBEVELING

Kijkend naar onze vraagstelling en de uitkomsten van de review, in combinatie met de effectiviteit, het bijwerkingenprofiel en het gebruiksgemak van een DOAC, kan bij een verhoogd valrisico overwogen worden van een VKA naar een DOAC over te stappen. Wel is het belangrijk rekening te houden met het hogere risico op maag- en darmbloedingen en is het nodig de nierfunctie met regelmaat te controleren om de DOAC op de juiste manier te kunnen doseren. Het gemak van het meten van de INR en het couperen van VKA's kan echter een argument zijn om het huidige beleid te continueren.

## CONCLUSIE

Ouderen die een DOAC gebruiken hebben mogelijk een lager risico op traumatische intracerebrale bloedingen en neurochirurgisch ingrijpen na mild traumatisch hersenletsel vergeleken met het gebruik van een VKA. ■

## LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren. Huisarts Wet 2017;60(9):460.
2. Expertisecentrum Pharmacotherapie bij Ouderen (EPHOR). Vitamine K-antagonisten en niet-vitamine K-anticoagulantia. 2016. Bereikbaar via: <https://ephor.nl/ephor-rapport-over-antistollingsmiddelen-online/>.
3. Chatterjee S, Sardar P, Biondi-Zoccai G, Kumbhani DJ. New oral anticoagulants and the risk of intracranial hemorrhage: traditional and Bayesian meta-analysis and mixed treatment comparison of randomized trials in new oral anticoagulants in atrial fibrillation. JAMA Neurol 2013;70(12):1486-90.

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



Lees ook het artikel van Greving J. Switchen van antistolling bij kwetsbare ouderen. Huisarts Wet 2024;67[2]:7. DOI: 10.1007/s12445-024-2443-8.

Damhuis-Veen C. Geeft een DOAC minder risico op een intracerebrale bloeding na een val op het hoofd bij ouderen? Huisarts Wet 2024;67[2]:26-7. DOI:10.1007/s12445-023-2439-9. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

# Long- en luchtwegaandoeningen in relatie met luchtkwaliteit

Kawita Kanhai, Henk Jans, Hans in 't Veen, Ismé de Kleer

**Nederland heeft een slechte luchtkwaliteit, met schadelijke gevolgen voor de volksgezondheid. Vooral kinderen, ouderen en patiënten met hart- en vaatziekten en longaandoeningen zijn kwetsbaar. Kortdurende perioden van luchtvervuiling kunnen acute luchtwegklachten en exacerbaties van COPD en astma veroorzaken, terwijl langdurige blootstelling aan luchtverontreinigende stoffen kan leiden tot verminderde longfunctie, verhoogde kans op astma, COPD, longkanker en voortijdig overlijden. Buitenshuis zijn de grootste bronnen van luchtvervuiling het verkeer, de veehouderij en industrie. Binnenshuis zijn dit roken, houtstook en koken. Artsen kunnen een rol spelen bij het creëren van bewustwording over de gevolgen van luchtvervuiling. Zij kunnen actiever advies geven aan patiënten hoe blootstelling te beperken.**

Nederland telt 1.2 miljoen mensen met een chronische longziekte. Twee derde geeft aan soms tot vaak gezondheidsklachten te krijgen door luchtvervuiling.<sup>1</sup> Luchtvervuiling kan zowel acute als chronische effecten tot gevolg hebben. Acute klachten zijn kortademigheid, geïrriteerde luchtwegen, COPD- of astma-exacerbatie. Bij kinderen met astma is bewezen dat luchtvervuiling geassocieerd is met meer klachten, meer bezoeken aan de HAP en/of SEH en meer medicatiegebruik.<sup>2</sup> Vanwege synergie tussen luchtwegallergenen en luchtvervuiling, zorgt luchtvervuiling ook voor een sterkere allergene respons op bijvoorbeeld pollen en daardoor tot een toename van hooikoortsklachten. Bovendien zorgt luchtvervuiling voor een verhoogd risico op het krijgen van een longontsteking en op een ernstiger verloop ervan.<sup>2,3</sup>

Als het gaat om het ontwikkelen van chronische klachten is aangetoond dat luchtverontreiniging leidt tot een verhoogde kans op het ontwikkelen van astma bij kinderen. In Nederland is zo'n 20% van het ontstaan van astma bij kinderen toe te schrijven aan luchtvervuiling. Landelijk gaat het jaarlijks om 5800 extra nieuwe diagnoses van astma onder kinderen. Nederland is helaas koploper in Europa.<sup>4-6</sup> Ook bij volwassenen leidt langdurige blootstelling aan luchtvervuiling tot een verhoogde kans op een aantal aandoeningen, te weten COPD, longkanker, diabetes mellitus type II, cardiovasculaire aandoeningen, maar ook neurologische aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson en de ziekte van Alzheimer.<sup>7-9</sup> Luchtvervuiling

## CASUS: MEISJE MET ERNSTIGE LUCHTWEGKLACHTEN

Noëlle (8 jaar) heeft gedurende haar eerste drie levensjaren milde klachten van bronchiale hyperreactiviteit waarvoor zo nodig salbutamol inhalaties. Op 3-jarige leeftijd verhuist Noëlle naar de regio Rijnmond, waarna zij ernstige astma ontwikkelt. Ook na behandeling van alle beïnvloedende cofactoren en het maximaal instellen op medicatie heeft zij regelmatig dusdanige longaanvallen dat opname op de kinderafdeling en zelfs de intensive care nodig is. Moeder denkt dat er een relatie is met de luchtkwaliteit. Noëlle kan bijvoorbeeld niet mee met haar voetbaltraining op vochtige, koude dagen wanneer er in de woningen rondom het voetbalveld veel hout wordt gestookt. Na analyse van de meetgegevens van het RIVM [luchtmeetnet.nl] bleek inderdaad dat het merendeel van Noëlle's longaanvallen direct voorafgegaan wordt door opvallende pieken in stikstofdioxide- en fijnstofconcentraties in haar directe leefomgeving.

staat in de top 3 van belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte; net na roken en op gelijke plaats met obesitas.<sup>10</sup> In meer dan 10% van de gevallen van longkanker speelt luchtverontreiniging een belangrijke rol.

De Gezondheidsraad schat dat er in Nederland jaarlijks 12.000 mensen vroegtijdig overlijden aan de gevolgen van luchtvervuiling.<sup>11</sup>

## HOE LUCHTVERONTREINIGING GEZONDHEID BEÏNVLOEDT

Een slechte luchtkwaliteit kan de gezondheid van mensen op verschillende manieren beïnvloeden, afhankelijk van het type vervuilende stoffen en de hoeveelheid. De effecten van fijnstof zijn erg afhankelijk van de chemische samenstelling, het aantal en de grootte van de deeltjes. Vervuilende stoffen kunnen schade aan de longen veroorzaken, maar via de bloedbaan ook elders in het lichaam.<sup>12</sup>

De samenstelling kan carcinogeen of mutageen zijn, oxidatieve schade veroorzaken, ontstekingscascades activeren en celdood veroorzaken. Daarnaast kan luchtvervuiling voor epigenetische veranderingen zorgen (veranderingen die niet het DNA veranderen, maar wel invloed hebben op de DNA-expressie), die kunnen leiden tot een verhoogd risico in latere generaties.<sup>13,14</sup>

## BRONNEN VAN LUCHTVERVUILING

Luchtverontreiniging is de verontreiniging van de troposfeer door gassen, rook, stofdeeltjes of druppeltjes afkomstig van

verbranding en van chemische of industriële processen. Deze stoffen horen van nature niet thuis in de buitenlucht. Er is sprake van luchtvervuiling indien de vastgestelde normen voor de concentratie van schadelijke stoffen in de lucht wordt overschreden, zoals van fijnstof ( $PM_{10}$  en  $PM_{2,5}$ ), stikstofdioxiden ( $NO_2$ ) en ozon ( $O_3$ ). Deze stoffen kunnen afkomstig zijn van natuurlijke bronnen zoals zeezout of van menselijke bronnen zoals verkeer en industrie. De richtlijn voor monitoring focust zich vooral op (ultra)fijnstof, ozon, stikstofdioxiden en koolstofmonoxide.<sup>15</sup>

De samenstelling van fijnstof (Particulate Matter, ook wel weergegeven als PM) in de lucht kan uit verschillende chemische stoffen bestaan. Er wordt gesproken van fijnstof als de diameter kleiner is dan  $10\mu m$  ( $PM_{10}$ ), en van ultrafijnstof als de diameter kleiner is dan  $0,1\mu m$  ( $PM_{0,1}$ ). Kleinere deeltjes komen dieper in de luchtwegen en soms zelfs in de bloedbaan terecht. Daarnaast kunnen zich ook andere stoffen aan de fijnstofdeeltjes binden, zoals PAKs (Polycyclische Aromatische Koolwaterstoffen) of metalen. De belangrijkste bronnen van fijnstof in Nederland zijn verkeer, landbouw, (afval)verbranding, industrie en huishoudens (houtstook en barbecue). Daarnaast is er ook nog een grote bijdrage aan fijnstof afkomstig uit het buitenland.<sup>16</sup>

Ozon is een gas dat bij inademing voor veel schade kan zorgen aan het longweefsel. Onder invloed van straling van de zon (via energie van ultraviolet licht) kunnen stikstofdioxide en

#### DE KERN:

- Er is een duidelijke relatie tussen een slechte luchtkwaliteit en gezondheid.
- Gezondheidseffecten beginnen al voor de geboorte en treden gedurende het hele leven op.
- Er is geen drempel voor het optreden van gezondheidseffecten ten gevolge van luchtverontreiniging.
- Artsen hebben een rol bij het bewustmaken van de patiënten voor de schadelijke gevolgen van luchtvervuiling en kunnen actief advies geven aan ouders en patiënten hoe blootstelling en dus klachten te beperken.

VOS (vluchtige organische stoffen) op leefniveau reageren tot ozon.<sup>17</sup>

Stikstofdioxide kan bij blootstelling nadelige gevolgen hebben op de luchtwegen. Het blijkt dat vooral patiënten (waaronder ook kinderen) met astma en COPD last hebben van de aanwezigheid van te veel stikstofdioxiden in de lucht. In Nederland zorgen dieseluitlaatgassen voor de meeste uitstoot van stikstofdioxide, gevolgd door landbouw.<sup>18</sup>

#### NORMERING EN MONITORING VAN LUCHTKWALITEIT

Hoewel de luchtkwaliteit in Nederland de laatste decennia veel beter is geworden, zorgt vervuiling van de buitenlucht nog steeds voor een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.<sup>19</sup>

#### ADVIEZEN IN DE SPREEKKAMER

Individuele blootstelling moet een onderwerp van gesprek zijn in de spreekkamer van de huisarts. Longpatiënten ervaren klachten van luchtvervuiling. Een deel van de blootstelling en klachten is te vermijden als de patiënt zich goed bewust is van de bronnen en gerichte adviezen krijgt. Hieronder volgen adviezen die u als huisarts kunt geven bij (long)patiënten die klachten hebben van luchtvervuiling.

##### Buitenshuis:

- Controleer zelf de buitenluchtkwaliteit in de directe omgeving via websites [zie Atlas Leefomgeving, Centraal Instrument Monitoring Luchtkwaliteit] of via de app Luchtmeetnet.
- Vermijd fietsen of wandelen langs kruispunten en wegen met veel verkeer. Verkiez open plekken, daar is de concentratie aan vervuilende lucht lager.
- Blijf zoveel mogelijk fietsen en lopen. Het positieve effect van bewegen is groter dan het negatieve effect van de ingeademde vervuilde lucht.
- Overweeg lichamelijke inspanning te verminderen bij een matige luchtkwaliteit als de patiënt gevoelig

is voor luchtverontreiniging. Mogelijk dient ook de medicatie te worden aangepast.

- Verstrek informatie bij hinder van een specifieke bron en wat dit betekent voor de gezondheid, en denk mee over manieren om het probleem op te lossen of over hoe ermee om te gaan.
- Houd bij de keuze voor een kinderdagverblijf, basisschool of sportfaciliteit de ligging ten opzichte van bronnen van luchtvervuiling in gedachten.

##### Binnenshuis:

- Controleer of er voldoende ventilatiemogelijkheden zijn.
- Laat aanwezige ventilatieroosters open.
- Lucht dagelijks 15 minuten [ramen open].
- Luchten wel op het juiste moment, en niet tijdens bijvoorbeeld de spits. En op de juiste manier: vooral bij ramen weg van het verkeer.
- Verminder eigen uitstoot:
  - **Roken:** Rook niet in huis.
  - **Stoken:** Verminder het stoken van [hout]kachel of haard en/of branden van kaarsen.
  - **Koken:** Ventileer extra tijdens het koken.





Hoewel de luchtkwaliteit in Nederland de laatste decennia veel beter is geworden, zorgt vervuiling van de buitenlucht nog steeds voor een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Foto: ANP

Meer inspanningen om het schadelijke effect van luchtvervuiling op de gezondheid te minimaliseren zijn gewenst. Daarbij is alleen het voldoen aan de wettelijke normen niet voldoende. De EU-normering is namelijk gebaseerd op de (jaargemiddelde) concentraties in de lucht, zoals voor fijnstof (PM<sub>10</sub> en PM<sub>2,5</sub>), stikstofdioxiden en ozon [tabel].<sup>15</sup> De WHO-advieswaarden daarentegen zijn gezondheidskundig onderbouwd en zijn strenger dan de EU-normering. Bij toetsing van de luchtkwaliteit lukt het Nederland om te voldoen aan de EU-normen, maar niet aan de WHO-advieswaarden. Met het ‘Schone Lucht Akkoord’, een akkoord tussen Rijk, provincies en een aantal gemeenten, probeert Nederland vóór 2030 meer gezondheidswinst te boeken door een betere luchtkwaliteit.<sup>20</sup>

Het RIVM monitort permanent op een aantal plaatsen in Nederland de luchtkwaliteit ([www.luchtmeetnet.nl](http://www.luchtmeetnet.nl)). Met behulp van modellen kan er een verdere voorspelling gedaan worden over de luchtkwaliteit. Zo kunnen bijvoorbeeld smogwaarschuwingen en stookalerts worden gegeven. Onderzoek wijst uit dat vroegtijdig uitbrengen van waarschuwingen en alerts helpt om mensen te beschermen tegen blootstelling aan ongewenste luchtvervuiling.<sup>21</sup>

Weersomstandigheden hebben invloed op de verschillende vervuilende stoffen in de buitenlucht. Op warme zomerdagen met weinig wind worden (vooral in de stedelijke gebieden) vaak verhoogde concentraties van stikstof en ozon gemeten (zomersmog). Op koelere herfstachtige dagen kan condensatie zorgen voor verhoogde concentraties fijnstof (wintersmog).<sup>17</sup>

## LUCHTVERVUILING BINNENSHUIS

De blootstelling aan luchtvervuiling binnenshuis wordt vaak onderschat. Luchtkwaliteit binnenshuis kan verbeterd worden door bronnen van fijnstof te minimaliseren. Goede ventilatie is de belangrijkste maatregel voor goede luchtkwaliteit binnenshuis. Roken en houtstook zijn belangrijke bronnen van fijnstof. Andere bronnen zijn gebruik van wierook en kaarsen, en het koken op gas. Gebruik van schoonmaakmiddelen en sprays kan zorgen voor andere vervuilende stoffen, zoals bijvoorbeeld vluchtige organische stoffen, die in verven, schoonmaakmiddelen, cosmetica en luchtverfrissers voorkomen.<sup>22</sup> Daarnaast voorkomt het voldoende verwarmen van het huis (minstens 18-19°C overdag en 15°C ’s nachts) ook gezondheidsproblemen door het tegengaan van vocht- en schimmelvorming.

### Tabel

Europese grenswaarden en oude versus nieuwe WHO-advieswaarden. Zie voor een volledig overzicht Infomil ([www.infomil.nl](http://www.infomil.nl)) en World Health Organization, 2021.

Stof	EU-grenswaarden	Oude WHO-advieswaarden (2005)	Nieuwe WHO-advieswaarden (2021)
Stikstofdioxide	40 µg/m <sup>3</sup>	40 µg/m <sup>3</sup>	10 µg/m <sup>3</sup>
Fijnstof (PM <sub>2,5</sub> )	25 µg/m <sup>3</sup>	10 µg/m <sup>3</sup>	5 µg/m <sup>3</sup>
Fijnstof (PM <sub>10</sub> )	40 µg/m <sup>3</sup>	20 µg/m <sup>3</sup>	15 µg/m <sup>3</sup>

## KWETSBARE GROEPEN

Groepen die extra kwetsbaar zijn voor luchtvervuiling zijn patiënten met een longziekte, hart- of vaataandoening, ouderen (65 jaar of ouder), kinderen en ongeborenen. Kwetsbaarheid van ouderen wordt bepaald door een zwakker immuunsysteem en de aanwezigheid van respiratoire en/of cardiovasculaire aandoeningen.

Kinderen zijn om andere redenen extra kwetsbaar: zij verblijven meer buitenshuis, ademen vaker via de mond en ademen de lucht dicht bij de grond in. Dichter bij de grond is de concentratie van luchtvervuiling over het algemeen een stuk hoger. Kinderen hebben alleen hierdoor al een gemiddeld 37% hogere expositie dan volwassenen. Kinderen zijn bovendien actiever; hebben een hoger ademminuutvolume en de depositie van vervuilde lucht doet zich voor op een kleiner oppervlak. Daarnaast zijn de longen en overige organen, met name in de eerste 1000 dagen (vanaf het moment van conceptie tot een postnatale leeftijd van ongeveer 2 jaar), nog volop in ontwikkeling en daardoor extra kwetsbaar.<sup>14</sup>

Blootstelling aan luchtvervuiling begint al voor de geboorte. Bij zwangere vrouwen leidt de respiratoire aanpassing aan de zwangerschap tot een toename van het teugvolume en een toename van het zuurstofverbruik. Via inademing kunnen de kleinste luchtverontreinigingsdeeltjes de placenta en de foetus bereiken.<sup>23,24</sup> Prenatale blootstelling aan luchtverontreiniging induceert metabole, endocriene en epigenetische veranderingen in de placenta en in de foetus, en kan daarnaast zorgen voor metabole en endocriene veranderingen. Luchtverontreiniging is geassocieerd met vertraagde foetale groei, een verminderde longfunctie en een verhoogde kans op astma op de kinderleeftijd.<sup>25</sup> Op latere leeftijd is er hierdoor een verhoogde kans op COPD, kanker, neurologische aandoeningen, atopische dermatitis en astma. Blootstelling aan stikstofdioxide in het tweede trimester van de zwangerschap is bovendien geassocieerd met een lagere longfunctie bij het kind op 4- tot 5-jarige leeftijd.<sup>26</sup> Een lage longfunctie op de kinderleeftijd is vervolgens een belangrijke voorspeller voor ziekte en sterfte aan hart- en longaandoeningen op volwassen leeftijd.

## CONCLUSIE

Nederland heeft een slechte luchtkwaliteit met schadelijke gevolgen voor de volksgezondheid, waarbij vooral kinderen,

ouderen en patiënten met hart- en vaatziekten en longaandoeningen kwetsbaar zijn. Kortdurende perioden van luchtvervuiling kunnen acute luchtwegklachten en exacerbaties van COPD en astma veroorzaken, terwijl langdurige blootstelling aan luchtverontreinigende stoffen kan leiden tot verminderde longfunctie, verhoogde kans op astma, COPD, longkanker en voortijdig overlijden. Huisartsen kunnen een rol spelen bij het creëren van bewustwording over de gevolgen van luchtvervuiling. Zij kunnen patiënten actiever adviseren hoe blootstelling te beperken. ■

## REFERENTIES

1. Scherpenzeel A, Meijer M. Mensen met een longziekte houden nog altijd gezondheidsklachten door luchtvervuiling. Monitor Zorg- en Leefsituatie van mensen met een Longziekte. Utrecht: Nivel, 2023. Beschikbaar via: <https://www.nivel.nl/nieuws/mensen-met-een-longziekte-blijven-gezondheidsklachten-door-luchtvervuiling-houden>. Geraadpleegd op 21 oktober 2023.
2. Altman MC, Kattan M, O'Connor GT, Murphy RC, Whalen E, LeBeau P, et al. National Institute of Allergy and Infectious Disease's Inner City Asthma Consortium. Associations between outdoor air pollutants and non-viral asthma exacerbations and airway inflammatory responses in children and adolescents living in urban areas in the USA: a retrospective secondary analysis. *Lancet Planet Health* 2023 Jan;7:e33-e44. DOI: 10.1016/S2542-5196(22)00302-3.
3. Deng S-Z et al. Climate change, air pollution, and allergic respiratory diseases: a call to action for health professionals. *Chin Med J (Engl)* 2020;133(13):1552-60.

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

Kanhai K, Jans H, In het Veen H, De Kleer I. Long- en luchtwegaandoeningen in relatie met luchtkwaliteit. *Huisarts Wet* 2024;67(2):28-31. DOI: 10.1007/s12445-023-2428-z. Maatschappij & Gezondheid, Medische Milieukunde (SBOH/NSPOH), K. Kanhai, AIOS, Oegstgeest; Kanhai: AIOS Maatschappij & Gezondheid, Medische Milieukunde (SBOH/NSPOH), k.m.s.kanhai@gmail.com; H. Jans, zelfstandig adviseur arts Maatschappij & gezondheid – Medische Milieukunde, GAGS, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde; dr. H. in 't Veen, longarts Franciscus Gasthuis & Vlietland; dr. I. de Kleer, kinderlongarts Franciscus Gasthuis & Vlietland. Belangenverstrengeling: dr. H. in 't Veen kreeg faculteitsbeurzen van Chiesi, Teva and Astra Zeneca en persoonlijke vergoedingen van Chiesi, GSK, Astra zeneca en Sanofi, buiten dit artikel om.





**Wie is Bart Knottnerus?**

Knottnerus deed aan de Universiteit van Amsterdam promotieonderzoek naar urineweginfecties, als arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker. Na zijn promotie was hij 6 jaar vaste huisarts in een gezondheidscentrum in Hoorn. Daarnaast deed hij onderwijs- en onderzoekswerk in het AMC in Amsterdam. Om meer tijd aan onderzoek te kunnen besteden, en aan zijn jonge gezin, ging hij werken als waarnemend huisarts. Sinds april 2020 ligt het zwaartepunt van zijn werk bij onderzoek en werkt hij bij het Nivel. Sinds september 2022 leidt hij daar het onderzoeksprogramma Huisartsenzorg.



# De uitnodiging van het Nivel

Frank van Wijck, Ariëtte Sanders

**Hoewel het Nivel bij huisartsen vooral bekend zal zijn als leverancier van data over de zorg, kan het van veel grotere betekenis zijn. Het is juist de directe verbinding met de praktijk, de maatschappij en beleidsmakers die het Nivel waardevol kan maken voor huisartsen én voor het Nederlands Huisartsen Genootschap, stelt programmaleider huisartsenzorg en huisarts Bart Knottnerus. Hij maakt zich hard voor intensieve samenwerking om de relevante gezondheidsvraagstukken voor de huisartsenzorg aan te pakken.**

‘De buitenwereld ziet ons vooral als dataleverancier en dat begrijp ik ook’, zegt Knottnerus, ‘die data bewijzen immers al jaren hun waarde.’ Maar het beeld verdient wel nuancering, vindt hij. Als programmaleider huisartsenzorg – de functie die hij sinds september 2022 vervult en waarin hij leidinggeeft aan de onderzoekers binnen dit onderzoeksprogramma – wil hij heel graag aan de buitenwereld die nuancering bekendmaken. ‘Natuurlijk zijn die data belangrijk’, vertelt hij, ‘maar dat belang zit toch vooral in het

**‘Weet ons te vinden: samen kunnen we onderwerpen behandelen die van belang zijn voor de kwaliteit van de patiëntenzorg’**

feit dat ze een hulpmiddel zijn om inhoudelijke vragen te beantwoorden. Dankzij onze multidisciplinaire expertise en kennis van de data kunnen we samen met huisartsen en andere partijen die data interpreteren als basis om problemen in de zorg op te lossen. Ik zie het echt als mijn opdracht om dat grotere verhaal naar buiten te brengen. Dat is waar we nu met ons nieuwe team in het programma huisartsenzorg stappen in aan het zetten zijn.’

De basis van het Nivel is de link met grote maatschappelijke onderwerpen, benadrukt Knottnerus. ‘Daarin spelen huisartsen een belangrijke rol’, zegt hij, ‘en die zie je ook terug in de 4 maatschappelijke uitdagingen die we hebben geselecteerd als primaire aandachtgebieden in ons onderzoek: duurzame gezondheidszorg, naar een inclusieve samenleving, de zorgprofessional van de toekomst, en gezond zijn en gezond blijven.’

## *Vier kapstokken*

Die 4 uitdagingen vormen de kapstokken waaronder onderzoeken van het Nivel-onderzoeksprogramma huisartsenzorg kunnen worden gehangen. Bij duurzame gezondheidszorg is dit bijvoorbeeld onderzoek naar de juiste zorg op de juiste plek, naar normalisering van klachten (bijvoorbeeld het verminderen van overdiagnose van psychische aandoeningen en de rol van de POH-ggz daarin) en naar het verkleinen van de ecologische voetafdruk van de huisartsenzorg. ‘Maar er past ook onderzoek bij over het tegengaan van verspilling’, vertelt Knottnerus. ‘Bijvoorbeeld: we weten dat een deel van de urineweginfecties overgaat zonder gebruik van antibiotica. Dus doen we hier onderzoek naar, waarbij we zowel onze kwantitatieve als kwalitatieve expertise inzetten én samenwerken met andere experts uit onder andere de huisartsenpraktijk. Echt een voorbeeld dus van onderzoek waarin we onze data combineren met kennis en expertise om een vraag te beantwoorden die relevant is voor de huisartspraktijk, patiënten en de maatschappij.’

Onder inclusieve samenleving valt bijvoorbeeld samen beslissen bij mensen met multimorbiditeit en beperkte gezondheidsvaardigheden, maar ook onderzoek naar vrouwspecifieke klachten. Bij de professional van de toekomst gaat het bijvoorbeeld over organisatie en samenwerking rondom de nazorg bij kanker. Maar ook over de rol van de POH-ggz in het bieden van passende zorg voor mensen die op een wachtlijst voor de ggz staan. Voorbeelden van aandachtgebieden binnen gezond zijn en gezond blijven zijn valpreventie, voedingsadvies en signalering van problematisch alcoholgebruik.

### *Data als basis*

Stuk voor stuk onderwerpen met een grote maatschappelijke relevantie, stelt Knottnerus. Maar toch ook: stuk voor stuk onderwerpen waarin data – en dus de zorgregistraties waar het Nivel bekend van is – relevant zijn. Het Nivel krijgt die data van ruim 500 huisartsen die samen 1,9 miljoen patiënten in hun praktijken hebben. ‘Het zijn routinedata die we geanonimiseerd ophalen’, vertelt Knottnerus, ‘daarvoor hoeft de huisarts niets te doen. Aan de ene kant gaat het om jaarcijfers over zaken als zorggebruik, medicatie, hoe vaak ziekten voorkomen en aantallen verwijzingen. Aan de andere kant is er de wekelijkse surveillance om te monitoren wat er gebeurt in de huisartsenpraktijk. Op basis hiervan kunnen we snel een beeld krijgen van actuele gezondheidsproblemen, zoals nu de toename van het aantal kinderen en jongeren met een longontsteking. Hiernaar kan het RIVM dan snel onderzoek doen. Ook kunnen we onze data koppelen aan de CBS-data, als basis voor bredere onderzoeken naar bijvoorbeeld gezondheidsverschillen in de bevolking.’

De aangesloten huisartsen krijgen voor hun deelname spiegelinformatie terug. Wie onderzoek wil doen, kan hiervoor de relevante data opvragen bij ons. ‘Daar zit een zorgvuldige regelgeving achter om te bepalen of zo’n aanvraag relevant is’, zegt Knottnerus. ‘We kijken goed waar data voor kunnen worden gebruikt. We zijn een onafhankelijke organisatie en willen dus voorkomen dat ze bijvoorbeeld kunnen worden benut als basis voor politieke lobby.’

### *Peilstations*

Dat is dus waar de huisartsen het Nivel van kennen. Maar het is slechts een deel van het voor hen relevante verhaal, stelt Knottnerus. ‘Veel minder bekend zijn de peilstations’, vertelt hij. ‘Dat is jammer, want die hebben heel veel potentie.’ De ongeveer 35 huisartsenpraktijken leveren aanvullende informatie aan over actuele gezondheidsproblemen in Nederland, die niet uit de verzamelde registraties van de zorgregistraties kan worden verkregen. Bij het invoeren van een diagnose waarover het Nivel hun een vragenlijst wil voorleggen, krijgen zij een pop-up in hun beeldscherm. Die kunnen ze op een zelfgekozen moment invullen. De onderwerpen – het belangrijkste is waarschijnlijk de griepsurveillance – kiest het Nivel deels zelf en soms op basis van lacunes in NHG-Standaarden. Een voorbeeld is blefaritis. Maar participerende huisartsen kunnen zelf ook meedenken over mogelijke onderwerpen. De landelijke dekking van participerende huisartsen zorgt ervoor dat ook regionale verschillen in gezondheidsproblemen in beeld kunnen worden gebracht.’

De huisartsen van de peilstations ontvangen een vergoeding voor hun deelname en krijgen er de resultaten van de onderzoeken voor terug. Ook worden ze uitgenodigd voor deelnemersbijeenkomsten en kunnen ze plaatsnemen in de adviescommissie. Die beoordeelt nieuwe onderwerpen op praktische haalbaarheid en relevantie vanuit het perspectief van huisarts en patiënt. Daarnaast kan ze input geven op de inhoud en lengte van vragenlijsten. Hiermee hebben de praktijken dus

invloed op het onderzoek dat binnen de peilstations wordt uitgezet.’ Naast de reguliere peilstations zijn er de belmonsterpraktijken, waar de respiratoire surveillance via monsterafname loopt. ‘De peilstations bestaan al sinds 1970’, vertelt Knottnerus, ‘en er zitten onderzoeken in die al heel lang lopen, bijvoorbeeld over palliatieve sedatie en levenseinde.’

### *Samenwerking met het NHG*

Niet in de laatste plaats ziet Knottnerus meerwaarde in een actievere samenwerking met het NHG. ‘Het NHG gebruikt onze data, maar we kunnen meer voor elkaar betekenen’, zegt hij. ‘De informatie waarover wij beschikken, kunnen we samen met het NHG gebruiken als basis om standaarden te updaten. Zien we adviezen die in een standaard staan terug in onze data? Die informatie zou kunnen worden gebruikt bij een herziening van de betreffende standaard. Samen met het NHG kunnen we ook lacunes in standaarden in kaart brengen en aanpakken. We kunnen dus veel relevanter zijn dan we op dit moment zijn en we werken er nu hard aan om daaraan invulling te geven. We zijn daarvoor een goede regelgeving aan het ontwikkelen en zullen ook zelf meer dan voorheen proactief onderwerpen gaan prioriteren die belangrijk zijn om onderzoek naar te doen.’

### *Bekendheid vergroten*

De gebrekkige bekendheid van de peilstations is voor Knottnerus een belangrijk punt. ‘Daarom denken we nu ook na over de vraag hoe we deze meer onder de aandacht kunnen brengen. Huisartsen kunnen zichzelf aanmelden, maar we benaderen ook regionale huisartsenorganisaties. Nu kijken we bijvoorbeeld of we ook individuele huisartsen kunnen benaderen, want we hebben behoefte aan participatie van alle soorten huisartsenpraktijken. Ook willen we onderzoeksgroepen huisartsenzorg van universiteiten betrekken. De plannen daarvoor zijn nog niet concreet en die universiteitsafdelingen kennen de peilstations ook nog niet allemaal.’ Ook kijken we naar de vraag of we het voor huisartsen aantrekkelijker kunnen maken om te participeren in de peilstations. We gaan een nieuwsbrief publiceren waarin we de activiteiten onder de aandacht brengen. En we proberen de administratieve last van deelname te beperken door ervoor te zorgen dat de vragenlijsten beknopt zijn. We hebben ook relatiebeheerders bij wie huisartsen aan de bel kunnen trekken als ze problemen ervaren in hun participatie. We monitoren de mate waarin participerende huisartsen de vragenlijsten daadwerkelijk invullen, om ook zelf actie te kunnen ondernemen als we zien dat dit een probleem voor ze blijkt. Wat mij betreft mogen huisartsen, onderzoekers en ook het NHG dit interview dus nadrukkelijk lezen als een uitnodiging: weet ons te vinden. In samenwerking kunnen we onderwerpen behandelen die van belang zijn voor huisartsen én voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. ■

# Schijf van Vijf en vasten tijdens de ramadan met diabetes

1. De Schijf van Vijf heeft een wetenschappelijke basis. Bewijs uit onderzoek is vertaald naar de Richtlijnen goede voeding. De Schijf is bedoeld om overgewicht en chronische aandoeningen bij gezonde mensen te voorkomen. Gaat het bereik van de Schijf verder dan gezonde mensen?<sup>1</sup>
  - a. Nee, alleen bedoeld voor gezonde personen.
  - b. Ja, is ook geschikt voor chronische aandoeningen zoals diabetes en hart- en vaatziekten.
  - c. Ja, is ook geschikt voor chronische aandoeningen, voor vegetariërs en voor andere eetculturen.
2. Het voedingscentrum heeft de Richtlijnen goede voeding vertaald naar praktische adviezen. Wat is een uitgangspunt bij de samenstelling van de Schijf van Vijf?<sup>1,2</sup>
  - a. Er wordt voorzien in de energiebehoefte passend bij een gezonde BMI en een inactieve levensstijl.
  - b. Voedingsmiddelen met een ongunstiger gezondheidseffect komen niet voor in de Schijf.
  - c. Dierlijke producten met hoge broeikasemissies hebben dezelfde prioriteit als andere producten.
  - d. Mensen met ondergewicht kunnen rechtstreeks de adviezen van de Schijf opvolgen.
3. Groenenberg besteedt in haar artikel aandacht aan het koolhydraatarme dieet en het veganistische voedingspatroon. Wat zegt zij over het effect op de gezondheid?<sup>1</sup>
  - a. Deze diëten zijn qua voedingsstoffen gezonder dan een normaal dieet.
  - b. Deze diëten hebben vergelijkbare effecten op de gezondheid als een normaal dieet.
  - c. Deze diëten missen voedingsstoffen die gezond zijn; het is beter om ze te vervangen.
4. Tachtig procent van de patiënten met diabetes mellitus type 2 heeft overgewicht; een energiebeperkt dieet is dan nodig om af te vallen. Is er volgens de NHG-Standaard een specifiek dieet nodig om af te vallen en om de glucosespiegels te optimaliseren?<sup>3</sup>
  - a. Nee, het advies is energiebeperking op basis van de Richtlijnen goede voeding
  - b. Ja, het advies is het volgen van een specifiek dieet in overleg met een diëtist.
5. De religie geeft moslims met diabetes de mogelijkheid om af te zien van vasten tijdens ramadan. Zorgverleners, imams en familie adviseren over het algemeen om niet te gaan vasten. Welk deel van de moslims met diabetes in het onderzoek van Bouchareb, besluit om wel te gaan vasten?<sup>4</sup>
  - a. Een kwart
  - b. De helft
  - c. Driekwart
6. Moslims met diabetes staan voor de keuze wel of niet vasten tijdens de ramadan. Bouchareb beschrijft waar zij zich door laten leiden in het besluitvormingsproces. Wat vermeldt haar onderzoek?<sup>4</sup>
  - a. De geloofsbeleving van de patiënt is doorslaggevend bij het nemen van de beslissing.
  - b. De inbreng van de familie, de imam en de dokter zijn doorslaggevend bij de te nemen beslissing.
7. Bouchareb beschrijft de opvattingen het vasten tijdens de ramadan staan. Hoe staan ze erin?<sup>4</sup>
  - a. Vanwege de religieuze vrijstelling kunnen zij vrijblijvend beginnen en stoppen met vasten.
  - b. Ze voelen zich verplicht om te vasten en stoppen pas als het fysiek echt niet meer gaat.
8. Bouchareb vindt dat huisarts en moslim met diabetes samen horen te beslissen over vasten tijdens de ramadan. Wanneer dient de huisarts het vasten te ontraden?<sup>4</sup>
  - a. Bij slecht ingestelde diabetes mellitus en het gebruik van sulfonylureumderivaten en/of insuline
  - b. Bij *hypo-unawareness*
  - c. Bij manifeste diabetische complicaties
  - d. Bij alle bovenstaande opties

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

## LITERATUUR

1. Groenenberg I, et al. De Schijf van Vijf: het beste van de wetenschap op je bord. Huisarts Wet 2024;67(2):10-3. DOI:10.1007/s12445-023-2431-4.
2. Voedingscentrum. Gezond en duurzaam eten met de Schijf van Vijf. Beschikbaar via: <https://www.voedingscentrum.nl/>. Geraadpleegd op 27 december 2023.
3. NHG-werkgroep Diabetes mellitus type 2. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Beschikbaar via: [richtlijnen.nhg.org](http://richtlijnen.nhg.org). Utrecht: NHG, 2018. Geraadpleegd op 27 december 2023.
4. Bouchareb S, et al. Moslims met diabetes: wel of niet vasten tijdens de ramadan? Huisarts Wet 2024;67(2):14-8. DOI: 10.1007/s12445-023-2316-6

## ANTWOORDEN

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



# Leren omgaan met fouten

Gert Roos

**Het maken van een fout is een ingrijpende ervaring voor veel (huis)artsen. Vooral de emotionele gevolgen laten soms diepe sporen na. Deze nascholing beschrijft wat die gevolgen zijn, en introduceert zelfcompassie als manier om deze gevolgen te hanteren.**

## CASUS: JONGETJE MET BUIKPIJN

Anouk [38] is huisarts. Ze wordt door een collega gebeld tijdens haar ochtendspreekuur. 'Anouk, je zag op de HAP gisteren een jongetje uit mijn praktijk met buikpijn...' Anouk schrikt. Ze denkt aan de razend drukke dienst, het mentaal geretardeerde kind dat alleen maar huilde, de niet te onderzoeken buik en haar poging zichzelf en de moeder gerust te stellen. En ze weet direct: foute boel. 'Ja sorry, Anouk. Hij ligt op de kinder IC, geperforeerde appendix, shock...' Mijn fout, flitst door haar heen. Stom, stom, ik wist het. Weken zal de casus haar bezighouden. 'Had ik maar' en 'wat als' blijven in haar hoofd oppoppen. Ze maakt zichzelf ernstige verwijten en twijfelt zelfs aan haar geschiktheid voor het vak.

Het maken van een medische fout is voor veel dokters een ingrijpende ervaring. Hoewel de patiënt de eerste is die schade ondervindt bij een fout, kan zo'n incident ook leiden tot

schade bij de dokter, die zo het 'tweede slachtoffer' wordt. Het begrip *second victim* beschrijft goed de ontredde die dokters kan treffen na zo'n ervaring.<sup>1</sup>

Enkele getallen: een Britse systematische review over veiligheid in de eerste lijn vermeldt dat per 100 patiëntcontacten 2 tot 3 incidenten plaatsvinden.<sup>2</sup> Ongeveer 4% daarvan is geassocieerd met ernstige schade voor de patiënt. Een ander onderzoek laat zien dat 10-40% van de betrokken artsen na een medische fout 'second victim'-verschijnselen ontwikkelt.<sup>3</sup> Daaronder vallen: storende herinneringen en herbeleving, somberheid, slaapproblemen, afname van het professionele zelfvertrouwen en extra waakzaamheid. Deze klachten kunnen vele maanden duren.<sup>4</sup> Ook minimale fouten kunnen tot ernstige verschijnselen leiden.<sup>5</sup> Er bestaat een correlatie tussen het maken van een medische fout en het voorkomen van een burn-out en depressieve symptomen.<sup>6</sup> Aandacht voor een optimale verwerking na een fout is dan ook van groot belang.

## SECOND VICTIM EN COPING

In de literatuur wordt de manier waarop we uitdagende omstandigheden proberen te verwerken meestal *coping* genoemd.



Zelfcompassie kan helpen bij het hanteren van emotionele gevolgen van het maken van een fout.

Foto: Shutterstock

Coping kan bijdragen aan herstel van de balans: adaptieve coping, of juist daarvan afleiden: niet-adaptieve coping. Adaptieve coping kan taak- of emotiegericht zijn. Taakgerichte coping richt zich op de uitdagende omstandigheden zelf, emotiegerichte coping richt zich op de omgang met de emotionele gevolgen daarvan. Een derde categorie betreft niet-adaptieve copingstrategieën, die erop zijn gericht de emotionele pijn uit de weg te gaan. Vermijdende strategieën worden als niet adaptief beschreven [figuur 1].<sup>7</sup>

Na een medische fout blijkt de coping van dokters vaak prima adaptief te verlopen waar het hun medische en communicatieve taken betreft. De persoonlijke, emotionele verwerking verloopt regelmatig veel moeizamer.<sup>8</sup> Daarbij worden dikwijls vermijdende copingstrategieën ingezet. Veelgenoemd worden de intense zelfkritiek en het ‘rumineren’ (blijven hangen in negatieve gedachten).<sup>9</sup>

Het is dus niet eenvoudig om ook emotioneel adaptief te reageren. Een praktisch toepasbaar model dat deze emotiegerichte coping goed beschrijft staat in de literatuur over zelfcompassie.

### ZELFCOMPASSIE EN ADAPTIEVE EMOTIEGERICHTE COPING

Zelfcompassie wordt wel omschreven als een ‘zorgende houding voor jezelf in een potentieel bedreigende situatie’.<sup>10</sup> Er is een groeiende stroom publicaties over dit onderwerp.<sup>11</sup> Er zijn aanwijzingen voor gunstige effecten, bijvoorbeeld op de klachten na stressvolle professionele ervaringen.<sup>12</sup>

Het maken van een persoonlijke fout beschouw ik in deze nascholing als zo’n stressvolle ervaring. Stressvolle ervaringen kunnen leiden tot een primaire stressreactie (vechten, vluchten of bevriezen). Na het maken van een fout kan dat zich vertalen in de volgende reacties, alle uitingen van niet-adaptieve coping:<sup>13,14</sup>

- Vechten wordt zichtbaar als zelfkritiek: een stroom van verwijten richt zich op het onacceptabele stuk van onszelf dat verantwoordelijk wordt gehouden voor de fout.
- Vluchten krijgt de vorm van isolatie: we vermijden het contact met dit stuk in onszelf en vermijden ook contact met anderen hierover. Schaamte speelt daarbij een belangrijke rol.
- Bevriezen is te herkennen in overidentificatie: we bijten ons vast in onze denkbeelden en overtuigingen. De ruimte voor andere zaken die onze aandacht behoeven is sterk afgenomen. Hieronder valt ook het continu piekeren en terugkijken op wat er gebeurde (rumineren).

In de literatuur wordt zelfcompassie beschreven als opgebouwd uit 3 onderling samenhangende componenten. Elk van deze componenten biedt een alternatief voor een van de bovenstaande 3 stressreacties. Dit alternatief ondersteunt de meer adaptieve emotiegerichte coping, en biedt een beschermend tegenwicht tegen niet-adaptieve coping.<sup>10</sup>

- Tegenover zelfkritiek/vechten staan alle inspanningen die erop gericht zijn om mild om te gaan met jezelf in deze situatie. Dat kan heel praktisch, bijvoorbeeld door tijd te

### DE KERN

- Het maken van een fout vormt een emotionele belasting voor veel dokters.
- Juist de emotionele verwerking schiet in de praktijk vaak tekort.
- Zelfcompassie vormt een praktisch toepasbaar model voor deze verwerking.

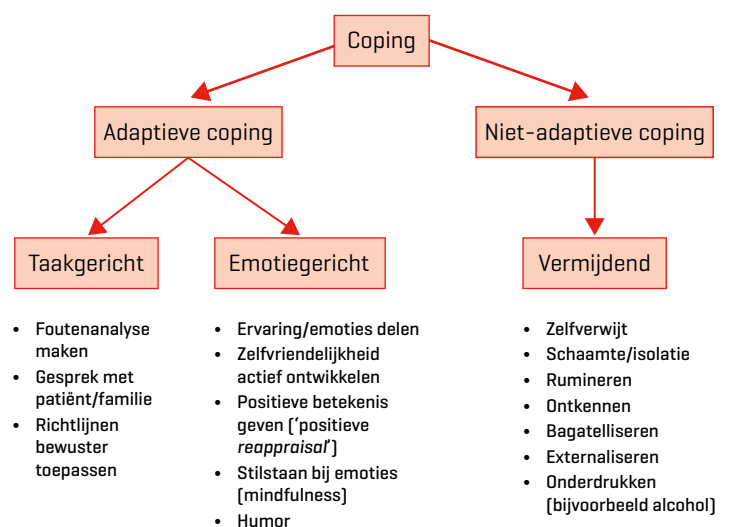
maken voor ontspanning of sporten. Ook het verwelkomen van een mildere attitude valt hieronder: je wordt een *sadder and wiser* dokter.<sup>15</sup> Deze component van zelfcompassie wordt wel ‘vriendelijkheid naar jezelf’ genoemd (*self-kindness*).

- Tegenover isolatie/vluchten staat het inzicht dat deze ervaring gewoon hoort bij het bestaan van een dokter: alle dokters gaan hier doorheen, vaak meer dan 1 keer. Het is een ‘lijden’ dat ons verbindt. Het mag gedeeld worden, zéker of juist met collega’s. Deze component van zelfcompassie heet ‘gedeelde menselijkheid’ (*common humanity*).
- Overidentificatie/bevriezen wordt tegengegaan door niet-oordelende aandacht voor de eigen emoties. Het gewaarworden van de eigen emotionele pijn is een tegenkracht tegen het continu denken: had ik niet anders gekund? (rumineren). Het helpt om een realistisch perspectief te ontwikkelen. Deze component van zelfcompassie is *mindfulness*. Dat betekent hier: niet-oordelende aandacht voor de eigen emoties, daar af en toe kort bij stilstaan.

We kunnen de 3 verschillende coping reacties ook beschrijven op een schaalverdeling tussen ‘niet adaptief’ en ‘adaptief’.

**Figuur 1**

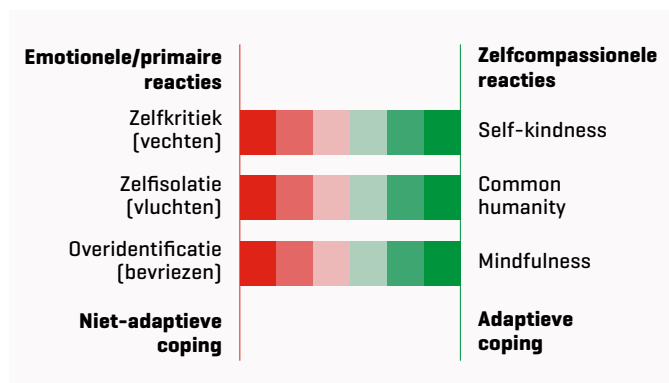
Indeling en enkele voorbeelden van coping na een medische fout



Bron: Ewert [2021],<sup>7</sup> voorbeelden uit Busch [2020]<sup>9</sup>

**Figuur 2**

Reacties op stressor [zoals het maken van een fout]



Bron: auteur, op basis van Neff en Van den Brink & Koster<sup>11,14</sup>

De primaire (stress)reacties vormen dan het niet-adaptieve uiterste, de 3 componenten van zelfcompassie geven het meer adaptieve uiteinde weer [figuur 2].<sup>11</sup> Persoonlijke emotionele reacties na een fout bevinden zich steeds ergens op elk van deze 3 schalen. Dit inzicht biedt mogelijkheden om het persoonlijk repertoire aan te passen in de richting van meer zelfcompassie. Er bestaat geen voor ieder geschikte methode om de emotionele gevolgen te (leren) hanteren. Toch is het mogelijk om op basis van wat nu bekend is enkele suggesties te doen om zelfcompassie in de praktijk toe te passen.

#### CASUS: VERVOLG

Anouk gedraagt zich naar buiten toe professioneel: de calamiteiten-procedure van de HAP, het gesprek met de familie, de foutenanalyse, de extra waakzaamheid in haar werk. Haar emoties blijven storen: ze heeft een kort lontje, slaapt slecht, heeft angstige herbelevingen, en is zó moe. Weken later vertelt zij het verhaal in haar intervisie-groep: de feiten, en na doorvragen ook alle pijnlijke emoties en de scherpe zelfverwijten. De groep luistert, met compassie. 'Zou je ook zo streng zijn naar een goede vriendin?', vraagt een deelnemer. Het helpt Anouk om meer in balans te komen: ook goede dokters maken fouten.

#### ZELFCOMPASSIE PROFESSIONEEL TOEPASSEN

Zoals elk leerproces begint het professioneel toepassen van zelfcompassie met bewustwording: het besef bij de betrokken dokter dat er aandacht en ruimte nodig is voor het eigen herstel. Dit staat haaks op de gedachtestroom met een zelfverwijtende of piekerende inhoud. Uit die stroom stappen en 'stilstaan' bij jezelf is een actief proces. Simpel, maar niet eenvoudig. Soms is het een collega die op zo'n moment attendeert op de noodzaak van goede zelfzorg. Aandachtig (mindful) omgaan met de eigen emoties ligt aan de basis van deze eerste stap.

'Gedeelde menselijkheid' krijgt vorm door een gesprek over de pijnlijke ervaring. May en collega's beschrijven op grond

van hun kwalitatief onderzoek hoe zo'n gesprek de verwerking kan ondersteunen, maar ook hoe het kan afleiden hiervan.<sup>16</sup> Gesprekken met collega's lijken soms van meer waarde dan privégesprekken, door het gemeenschappelijke referentiekader. Essentieel is wel dat zo'n gesprek georganiseerd wordt, en dat dokters dit leren zien als noodzakelijk en professioneel gedrag. Belangrijk in zo'n ondersteunend gesprek is tijd en aandacht voor het persoonlijke verhaal, het benoemen van de gesignaleerde emotionele coping en (zo nodig) aandacht voor meer adaptieve manieren van coping. Vaak blijkt dat 'zelfvriendelijkheid' beter ingevuld kan worden als tegenwicht tegen het zelfverwijt: treed jezelf tegemoet zoals je dat bij een bevriende collega zou doen die in deze situatie verkeert, en maak ruimte voor ontspanning en troost.

Een bijzondere context voor zo'n gesprek vormt de bespreking binnen een intervisiegroep, en het contact met een hierin gespecialiseerde coach.<sup>17</sup>

Gesprekspartners kunnen soms ook juist afleiden van effectieve coping. Dit kan leiden tot 'niet helpende gesprekken' waarin:

- niet wordt ingegaan op de behoeftes van de betrokken dokter;
- geprobeerd wordt de ervaring te bagatelliseren ('welnee joh, geen fout, gewoon een complicatie');
- geprobeerd wordt de ander te beschermen ('dat zou mij ook overkomen');
- externaliseren ondersteund wordt ('belachelijk, al die eisen aan ons dokters!').

Hoe goed bedoeld ook, in feite stimuleren deze gesprekken de niet-adaptieve, vermijdende coping.

Op basis van het voorgaande kunnen enkele aandachtspunten voor een ondersteunend gesprek worden beschreven [kader].

#### BELANG VEILIGE CULTUUR

Professioneel omgaan met imperfectie vormt een belangrijke uitdaging binnen het werkveld van artsen. Het belang van een veilige cultuur, waarin fouten gemaakt worden en bespreekbaar zijn, kan niet worden overschat. Ook organisaties, zoals huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, kunnen bijdragen aan het voorkomen van emotionele schade na een fout. Bijvoorbeeld door ondersteuning door een getrainde collega organiseren te faciliteren: *peer support*. Dit vormt een praktische manier om effectievere coping te borgen.<sup>18</sup> Zowel mindfulness als zelfcompassie kunnen door training worden ontwikkeld.<sup>19,20</sup> Er bestaan voor huisartsen geaccrediteerde trainingen.

#### CONCLUSIE

De emotionele verwerking van een persoonlijke medische fout is erg belangrijk, maar verloopt vaak niet optimaal. Aandacht voor de eigen emoties, bereidheid en gelegenheid om hierover in gesprek te gaan, en een milde houding naar de eigen feilbaarheid zijn belangrijke te ontwikkelen competenties.

#### AANDACHTSPUNTEN ONDERSTEUNEND GESPREK

- Focus op de ervaring van de dokter, niet op de inhoud van de casus.
- Bespreek in hoeverre sprake is van:
  - Zelfverwijt of juist zelfzorg?
  - Isolatie/schaamte of juist delen met anderen en realistisch omgaan met de eigen feilbaarheid?
  - Rumineren of juist toelaten van de pijnlijke emotie, zoals angst, verdriet of woede.
- Onderzoek de coping binnen deze 3 schalen van zelfcompassie:
  - Wat is adaptief/wat gaat goed? Houd dit vast of pas het nog vaker toe.
  - Wat kan een stapje beter? Concretiseer dit, wat ga je dan precies beter doen?
  - Bied een opening voor een vervolgspraak.

Streef naar een onderzoekende, empathische houding van niet oordelen en niet oplossen. Dit geldt zowel voor de dokter die de ervaring inbrengt, als voor de degene die luistert in dit gesprek.

In deze persoonlijke ontwikkeling ligt een professionele taak voor de dokter die dit overkomt. Collega's en organisaties binnen de zorg kunnen in dat proces een belangrijke rol spelen. ■

#### LITERATUUR

1. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320:726–7.
2. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2016;25:544–53.
3. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 2013;36(2):135–62.

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

Roos GB. Leren omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 2024;67(2):36–9. DOI:10.1007/s12445-023-2435-0.  
Laren: Gert Roos, huisarts n.p., coach en trainer, [gbroos@worldonline.nl](mailto:gbroos@worldonline.nl).  
Belangenverstrengeling: niets gemeld.

## Uw diagnose

# Blaasjes op de rug

Johnatan Martis, Rinske van de Goor

Een 69-jarige man met een blanco voorgeschiedenis bezoekt zijn huisarts met pijnlijke en jeukende blaasjes op zijn rug. Hij heeft ze nu 2 dagen en aanvankelijk nam het aantal blaasjes toe. De patiënt vertelt dat hij als kind waterpokken heeft gehad, maar kan zich niet herinneren of hij wel eens een koortslip heeft gehad. Hij ontkent ooit genitale herpes te hebben gehad. Bij lichamelijk onderzoek ziet zijn huisarts op de onderrug meerdere vesikels op een erytemateuze onderlaag [figuur]. Bij aanraken zijn ze pijnlijk. Elders op het lichaam zijn er geen afwijkingen en behalve de pijn heeft de patiënt geen andere klachten. Hij gebruikt geen medicijnen.

Wat is uw diagnose?

1. Herpes simplex infectie
2. Herpes zoster infectie
3. Impetigo bullosa

► Het antwoord leest u op pagina 48 en [www.henw.org](http://www.henw.org) bij 'Uw diagnose' en de titel 'Blaasjes op de rug'.

#### Figuur

Pijnlijke blaasjes op de rug





# De rol van de huisarts bij genderincongruentie

Peter Leusink

**De toenemende zichtbaarheid van genderincongruentie in de samenleving vraagt om aanpassing van kennis, attitude en vaardigheden van de huisarts. Omdat trans personen verschillende zorgbehoeften hebben is zorg op maat op zijn plaats. Bij de zorg aan trans personen gelden de huisartsgeneeskundige principes: laagdrempelig en inclusief toegankelijk, empathische communicatie, het beantwoorden van de hulpvraag vanuit een biopsychosociaal perspectief, het bieden van eenvoudige interventies op basis van basale kennis en gezamenlijke besluitvorming, en zo nodig adequaat verwijzen.**

Ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking ervaart genderincongruentie: hun genderidentiteit komt niet overeen met het geslacht dat zij bij de geboorte toegekend hebben gekregen.<sup>1</sup> Wanneer deze incongruentie tot psychische en/of lichamelijke problemen leidt, spreken we van genderdysforie. Mensen met genderincongruentie noemen we trans(gender) personen,

een koepelterm voor mensen met als genderidentiteit man (trans man), vrouw (trans vrouw) of noch man, noch vrouw (non-binair).

Door maatschappelijke ontwikkelingen zijn trans personen zichtbaarder geworden, maar we weten niet of het aantal is toegenomen.<sup>2</sup> Er zijn namelijk geen aanwijzingen voor 'sociale besmetting' of een hype onder jongeren.<sup>2</sup>

De etiologie van genderincongruentie is multifactorieel bepaald en kent een grote neurobiologische component, terwijl de ervaren dysforie vooral contextueel wordt bepaald. Dat wil zeggen dat de reactie van de omgeving (ouders, school, samenleving) op de genderincongruentie de ernst van de ervaren dysforie mede bepaalt.<sup>2-4</sup>

Momenteel wachten ongeveer 7000 personen enige jaren op hulp bij enkele academische centra en perifere genderklinieken.<sup>1</sup> Dit leidt tot versterking van de problematiek: de genderdysforie en minderheidsstress nemen toe en de sociale



Niet elke genderincongruente persoon heeft dezelfde zorgvraag of bevindt zich in dezelfde fase van de genderontwikkeling. Foto: Shutterstock

**Tabel 1**

Psychische comorbiditeit [in %] onder trans personen versus de Nederlandse populatie<sup>4</sup>

	Trans personen	Nederlandse populatie
Zelfmoordgedachten	65	8
Zelfmoordpoging gedaan	21	2
In WAO	17	4
Eenzaamheid	66	14
Psychische problemen	50	14
Eerstig psychisch ongezond	14	2

en psychoseksuele ontwikkeling kunnen stagneren. Dit kan bijdragen aan het verhoogde percentage suïcidaliteit, eenzaamheid, werkeloosheid en stemmingsklachten binnen de groep trans personen vergeleken met cispersonen [tabel 1].<sup>4</sup> Eenmaal in contact met de gespecialiseerde transgenderzorg verdwijnt bij 90% binnen 3 jaar de genderdysforie en neemt het algemeen en psychisch welbevinden toe.<sup>5,6</sup> Weinig personen hebben spijt na een medische behandeling voor genderincongruentie. Van een groep Nederlandse jongeren die met puberteitsremmers werd behandeld ging 98% door met het gebruik van hormonen.<sup>7</sup> Van de volwassen trans vrouwen en mannen heeft respectievelijk 0,6% en 0,3% spijt van de gonadectomie.<sup>8</sup> Uit recent landelijk onderzoek onder trans personen blijkt de zorgvraag gediifferentieerder dan gedacht.<sup>2</sup> Niet iedereen blijkt behoefte te hebben aan specialistische medische zorg. Trans personen willen met hun vragen vaak ook terecht kunnen bij de huisarts en de reguliere ggz.

Met welke vragen wenden trans personen zich tot de huisarts en welke rol speelt de huisarts hierin?

## KINDERTIJD EN ADOLESCENTIE

### CASUS: DIE EN DIENS

Noah, 12 jaar, aan wie bij de geboorte het vrouwelijk geslacht werd toegewezen, heeft aan diens ouders aangegeven dat die 'waarschijnlijk non-binair' is. Noah vindt het niet fijn borsten te krijgen en vraagt aan mensen om zich heen om de voornaamwoorden 'die' en 'diens' te gebruiken. Veel vrienden respecteren dit, maar op de hockeyclub lachen ze die soms uit. Vader vraagt u: 'Is ze transgender? Moet ze verwezen worden naar een academisch expertisecentrum?' Vader vindt 'die' en 'diens' maar een gedoe.

Voor jongeren vormt de puberteit een periode van exploreren. Ze onderzoeken wensen en grenzen op het terrein van vriendschap, seksualiteit, genotsmiddelen, hun lichaam, zichzelf en ook – dankzij de grotere zichtbaarheid in de samenleving – hun genderidentiteit. Hun veranderende lichaam en de ter discussie staande rolopvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid zijn nog niet geëvolueerd tot een vaststaande genderidentiteit. Experimenteren met of het wensen van een andere genderexpressie hoeft niet te betekenen dat deze definitief

## DE KERN

- Genderincongruentie is zichtbaarder geworden in de samenleving. Dit vraagt om aanpassing van kennis, attitude en vaardigheden van de huisarts.
- Zorg aan trans personen is zorg op maat: er zijn verschillende zorgbehoeften.
- Huisartsgeneeskundige zorg aan trans personen is geen substitutie van specialistische transgenderzorg; de huisarts blijft trouw aan de huisartsgeneeskundige principes.

wortelt als een nieuwe genderidentiteit, maar dat kan ook zeker niet worden uitgesloten. Voor de huisarts is het belangrijk dat onderscheid te maken tussen de prepuberale fase (tot 12 jaar), de adolescentie (tot 18 jaar) en de volwassen leeftijd.

### De kindertijd – prepuberale fase

Of prepuberale signalen van genderincongruentie tot een aanhoudende wens tot transitie leiden hangt af van de mate waarin het kind prepuberaal al uit eigen beweging tot sociale transitie overgaat (consistent gebruik van gender-nonconforme naam, kleding, haardracht en expressie). Van de prepuberale trans personen (jonger dan 12 jaar) met een volledige, een gedeeltelijke of afwezige sociale transitie bleek in een longitudinaal onderzoek na 7 jaar respectievelijk 100%, 60,1% en 25,6% vast te houden aan hun wens.<sup>9</sup>

In deze situatie kunt u of kan de POH-ggz de ouders het volgende adviseren:

- *Watchful waiting*: erken de gevoelens van het kind, luister en sta open voor veranderingen, maar stimuleer deze niet. Volg het tempo van het kind. Normaliseer de zoektocht.
- Geef niet op voorhand een label of 'diagnose'. Volg de benaming van het kind of de adolescent.
- Kom er als ouders niet ongevraagd mee naar buiten. Kijk met het kind of en wanneer dit passend is en wat tegen wie wordt gezegd.
- Wees alert op nevenschade: is er sprake van pesten of geweld? Heeft het kind stemmingsklachten, suïcidale gedachten of eetproblemen?
- Zoek contact met lotgenoten.

Besteed ook aandacht aan vragen en onzekerheid bij ouders die geconfronteerd (kunnen gaan) worden met verandering. Verwijs het kind naar de POH-ggz of de reguliere (jeugd-)ggz bij bijkomende problemen, zoals autismespectrumstoornis en/of ADHD. Dit hoeft niet te wachten tot de intake bij een gendercentrum. Voor ouders of naasten kan zo nodig de website Transgender Wegwijzer behulpzaam zijn. Tot slot kan het kind of de adolescent alvast op de wachtlijst van een gendercentrum worden geplaatst voor eventueel te verwachten medisch-specialistische zorg.

**Tabel 2**Effecten en risico's van de hormonale behandeling van trans mannen<sup>10-13</sup>

Effecten	Cardiovasculair risico	Oncologisch risico	Fertiliteit
Stemverlaging Toename van de beharing Kans op kaalheid [familiaal] Toename van de spierkracht Afname van de menstruaties Clitorishypertrofie Toename van de seksuele opwindbaarheid	4 x hoger risico op myocardinfarct dan cisvrouwen en gelijk aan dat van cismannen [cave hematocriet > 0,52%]	Risico op borstkanker lager dan bij cisvrouwen [tenzij mastectomie] Risico op cervixkanker [tenzij hysterectomie]	Lijkt omkeerbaar bij staken van testosteron Counseling nodig rond de procedure en timing; zelden eicelpreservatie noodzakelijk

### Adolescentie

In een academisch gendercentrum volgen diagnostiek, indicatiestelling, fertilitieitscounseling en een medische check.<sup>10</sup> Parallel aan de psychosociale zorg is het mogelijk om de jongere te behandelen met een GnRH-analoog (triptoreline), mits de puberteit nog niet is voltooid. Dat middel onderdrukt tijdelijk de aanmaak van de eigen gonadale hormonen, waardoor de jongere de ruimte heeft om te exploreren zonder dat er puberteitskenmerken ontstaan. Behandeling buiten de academische setting en zonder indicatiestelling en psychologische begeleiding wordt ontraden.

Bij persisterende genderdysforie kan de medische behandeling, na herhaalde indicatiestelling en counseling, gecontinueerd worden met genderbevestigende hormoonbehandeling (testosteron/oestrogenen). Deze wordt vanwege irreversibele veranderingen pas vanaf de leeftijd van 15 à 16 jaar gestart. De jongere moet hiervoor *informed consent* geven. Als de jongere geen transitie wenst, stopt deze met GnRH-analogen, waarna de productie van de eigen gonadale hormonen weer op gang komt.<sup>10</sup> Wanneer de jongere wel voor transitie kiest, wordt bij een trans meisje het GnRH-analoog gecontinueerd, totdat definitief wordt overgegaan tot gonadectomie. Bij de trans jongen wordt het GnRH-analoog pas gestaakt als de volledige dosis testosteron is opgebouwd.<sup>11</sup>

### TRANS MAN

#### CASUS: TRANS MAN MET MENSTRUATIES

De heer A, trans man, 32 jaar, komt nieuw in de praktijk. U leest in het dossier dat hij al 14 jaar testosterongel gebruikt, ooit een mastectomie heeft gehad en dat ovaria, uterus en vagina nog in situ zijn. Hij komt kennismaken en heeft een vraag. Hij heeft nog steeds 4 tot 5 keer per jaar menstruaties met onderbuikspijn en wil daar graag vanaf.

Transgenderzorg is vooral zorg op maat. Niet iedereen wil een volledige hormonale en chirurgische genderbevestigende behandeling. Wanneer iemand geen chirurgische behandeling wil, betekent dat niet dat deze persoon niet 'echt' trans is. De hormonale behandeling van trans mannen bestaat uit testosteron, dat kan worden toegediend als gel (dagelijks) of als intramusculaire injectie (3-wekelijks of 3-maandelijks).<sup>11</sup> De effecten en risico's van deze behandeling staan in [tabel 2].<sup>11-13</sup>

Wanneer ovaria en uterus bij een trans man nog in situ zijn, is er ondanks testosterongebruik een kleine kans op ovulaties en endometriumopbouw, en daarmee op menstruatie of, bij onbeschermd coïtus, op een zwangerschap. Vraag of de trans man seksueel actief is en zo ja met een man of vrouw, en indien met een man of er sprake is van onbeschermd coïtus en of er een kindwens is. U kunt dan zo nodig een progestageenpreparaat als anticonceptivum geven, dat ook ongewenste menstruaties reduceert (subcutaan etonogestrel of intramusculair medroxyprogesteron).<sup>11</sup> Wanneer er geen anticonceptie nodig is, kunt u ook een progestageen oraal voorschrijven (dagelijks lynestrenol, norethisteron).<sup>11</sup> Een trans man met een uterus in situ komt in aanmerking voor bevolkingsonderzoek naar cervixkanker. Wanneer hij juridisch vrouw is, zal hij opgeroepen worden. Is hij juridisch man, dan kan hij zich eenmalig aanmelden bij Bevolkingsonderzoek Nederland.

Twee tot 3 jaar na de start van de genderbevestigende behandeling staat een trans persoon meestal niet meer onder vaste controle. Bij een leeftijd vanaf 40 jaar volgt u de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement zoals beschreven voor cismannen. Aan de laboratoriumbepalingen hoeft u alleen het hematocriet toe te voegen. Overleg met een endocrinoloog wanneer deze waarde  $\leq 0,52\%$  is.<sup>13</sup> Besteed bij alle trans personen die hormonen gebruiken aandacht aan een gezonde leefstijl.<sup>10,11</sup>

### TRANS VROUW

#### CASUS: WEL OF GEEN BEVOLKINGSONDERZOEK?

Mevrouw B, trans vrouw, 53 jaar, gebruikt een estradiolpleister 100 mcg 2 keer per week en heeft een orchidectomie en falloplastiek ondergaan. Ze heeft borstprothesen. Controles in het academisch centrum waar ze ooit behandeld is, zijn al jaren niet meer noodzakelijk. Ze consulteert u met enkele vragen: 'Moet ik meedoen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker?' en 'Moet ik doorgaan met de pleister? Die geeft toch trombose nu ik ouder word?'

De hormonale behandeling van trans vrouwen bestaat uit estradiolgebruik (dagelijks als gel, spray of tabletten of 2 keer per week een pleister) en – zolang de testes nog aanwezig zijn – uit het blokkeren van de androgenen (als eerste keuze triptoreline-injecties 3-maandelijks, eventueel kortdurend een lage dosering cyproterontabletten).<sup>10</sup> De effecten en risico's staan in [tabel 3].<sup>11-13</sup>

**Tabel 3**Effecten en risico's van de hormonale behandeling van trans vrouwen<sup>10-13</sup>

Effecten	Cardiovasculair risico	Oncologisch risico	Fertiliteit
Afname van de spierkracht	2-3 x hoger risico op trombose dan cis-mannen [5,5 versus 1,9/1000]	Risico op mammacarcinoom hoger dan bij cismannen en lager dan bij cisvrouwen	Beperking van de spermakwaliteit; bij een (eventuele) kinderwens is cryopreservatie van semen noodzakelijk
Afname van de seksuele opwindbaarheid	2-4 x hoger risico op CVA dan cismannen [4,8 versus 1,2/1000]	Verminderd risico op prostaatkanker	
Afname van de lichaamsbeharing			
Borstvorming			
Zachtere huid	Geen hoger risico op een myocardinfarct		
Toename van subcutaan vet			
Toename van de emotionaliteit			

Trans vrouwen die met de hormonale behandeling starten zullen voor hun feminisatie waarschijnlijk ook laserbehandeling van het gezicht en logopedie voor stemverhoging nodig hebben. Beide worden nauwelijks beïnvloed door de hormoonbehandeling.

Trans vrouwen wordt aanbevolen deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker, hoewel het risico op borstkanker kleiner is dan bij cisvrouwen. Ook zij kunnen zich eenmalig centraal aanmelden bij Bevolkingsonderzoek Nederland wanneer ze juridisch geen vrouw zijn. Bedenk dat de prostaat aanwezig blijft bij een orchidectomie/falloplastiek en dat een trans vrouw ondanks het lage testosteron gehalte een geringe kans op prostaatkanker blijft houden.<sup>13</sup> Wanneer uw patiënt de 40 passeert, is het aan te bevelen van estradioltabletten over te stappen naar transdermale toediening, zodat het trombose risico vermindert door vermindering van het *first pass effect*.<sup>5,11</sup> Na het 50e jaar wordt de dosering oestrogeen gehalveerd, maar niet gestaakt omdat anders de botdichtheid in het geding komt.<sup>11</sup>

## BESCHOUWING

Met een prevalentie in Nederland van ongeveer 1% zijn er ongeveer 20 genderincongruente personen in een normpraktijk. Zoals blijkt uit de casuïstiek heeft niet elke genderincongruente persoon dezelfde zorgvraag en bevindt niet iedereen zich in dezelfde fase van de genderontwikkeling. Trans personen hebben naast hun specifieke vragen of problemen dezelfde gezondheidsproblemen als andere patiënten in de praktijk. U krijgt dus hoe dan ook te maken met trans personen. Het is daarom aan te bevelen om na te denken over de algemene bejegening en over dossiervoering: hoe roep ik iemand uit de wachtkamer, welke voornaamwoorden gebruik ik, welke kenmerken schrijf ik waar in het dossier, zodat deze voor iedereen goed te vinden zijn, hoe laat ik merken dat trans personen welkom zijn in de praktijk? Het zijn deze factoren die belangrijk zijn voor trans personen, om voorkomen dat ze zorg gaan mijden.<sup>14</sup>

U hoeft geen specialistische kennis over genderincongruentie te hebben en u hebt ook geen rol in de substitutie van medisch-specialistische transgenderzorg. Wel kunt u gedurende de wachttijd zowel bestaande comorbiditeit aanpakken, als versterking van de effecten van genderdysforie voorkomen.

Daarbij past u de bekende huisartsgeneeskundige interventies toe: luisteren, doorvragen en de hulpvraag beantwoorden. U kunt uitleg geven over genderincongruentie, stilstaan bij de rol van leefstijl en de noodzaak van screening op borst- en cervixkanker, adviezen geven over anticonceptie of cycluscontrole, injecties (laten) geven, verwijzen naar logopedie en laserbehandeling, voor cryopreservatie van semen verwijzen, de hulp invoeren van de (POH-)ggz, en ondersteunen bij de sociale transitie of het voorkomen van sociaal isolement. De Transgender Wegwijzer kan u hierbij helpen.

## CONCLUSIE

De toenemende zichtbaarheid van genderincongruentie en de daarbij horende vragen en problemen vragen om aanpassing van uw attitude en vergroting van uw kennis en vaardigheden. U kunt daarbij trouw blijven aan huisartsgeneeskundige principes: laagdrempelige en inclusieve toegankelijkheid, empathische communicatie, beantwoorden van de hulpvraag vanuit een biopsychosociaal perspectief, eenvoudige interventies bieden op basis van basale kennis en gezamenlijke besluitvorming, en zo nodig adequaat verwijzen. ■

## LITERATUUR

- SiRM. Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig. Onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland. 2023. Beschikbaar via: <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Vraag-transgenderzorg-rapport-definitief.pdf>. Geraadpleegd op 17 mei 2023.
- Das E, Wasserbauer M, Loopuijt C, Plug I, Uilhoorn A, Van der Vleuten A, et al. Mijn gender, wiens zorg? Onderzoek naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg. Onderzoeksrapport. 2023. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/05/09/mijn-gender-wiens-zorg-onderzoeksrapport>. Geraadpleegd op 17 mei 2023.
- Kreukels BPC, Steensma TD. Theorievorming over genderidentiteit en genderincongruentie. Tijdschr Seksuol 2020;44:198-208.

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

Leusink P. De rol van de huisarts bij genderincongruentie. Huisarts Wet 2024;67(2):40-5. DOI: 10.1007/s12445-023-2437-y.  
De Seksuele Zaak, Utrecht: dr. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS, peter.leusink@kpnmail.nl.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



# Bijootje

Thecla van Dun, Just Eekhof

**Een bijootje is een aangeboren afwijking. Bijootjes zijn meestal onschuldig, maar kunnen geassocieerd zijn met erfelijke nierafwijkingen en gehoorstoornissen, en met een aantal zeldzame syndromen. Daarom is een goede anamnese en gedegen lichamelijk onderzoek aan te raden.**

Het bijootje is een vleesachtig papeltje dat in de meeste gevallen een kern van kraakbeen bevat [figuur]. Het bevindt zich meestal anterior van de tragus of de helix. In zeldzamere gevallen kan het zich op de wang of anterior van de musculus sternocleidomastoideus bevinden. Het bijootje is vanaf de geboorte aanwezig en verandert niet in de tijd. Meestal is er unilateraal 1 bijootje, maar ze kunnen ook multipel of bilateraal voorkomen.

## ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

In week 5 van de embryonale ontwikkeling begint de aanleg van de oorschelp uit de eerste en tweede kieuwboog. Op de kieuwbogen ontstaan heuveltjes weefsel die in de verdere ontwikkeling naar dorsaal verschuiven. De tragus is het enige deel van het oor dat uit de eerste branchiale boog ontstaat. Het bijootje is eigenlijk een extra stukje tragus. Bijootjes zijn, zoals veel andere aandoeningen aan het oor, geassocieerd met nierafwijkingen en gehoorstoornissen. Ze komen ook voor bij een aantal syndromen met multipele aangeboren afwijkingen (goldenharsyndroom, CHARGE-associatie, townes-brockssyndroom, branchio-otorenaal syndroom, nagersyndroom, miller-syndroom, diabetische embryopathie). Het risico op nier- of gehoorafwijkingen is vooral verhoogd bij een positieve familie-anamnese voor gehoorstoornissen of nierafwijkingen.<sup>1-7</sup> Als

### WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

De ouders van de pasgeborene (maar soms wordt het bijootje pas later ontdekt) willen weten wat dat bobbeltje bij het oor is: of het kwaad kan, of het vanzelf weggaat en of het weggehaald kan worden. Sommige ouders hebben vragen over gehoorstoornissen en nierafwijkingen, omdat ze daarover (bijvoorbeeld via de verloskundige) gehoord of gelezen hebben.

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.

## Figuur

Bijootje



Foto: Just Eekhof

het geïsoleerd voorkomt, zonder nierafwijkingen of familiale gehoorstoornissen, is een bijootje alleen een cosmetische afwijking. Het verdwijnt nooit uit zichzelf en zal, als dat gewenst of noodzakelijk is, operatief moeten worden verwijderd.

## DIFFERENTIAALDIAGNOSE

In de differentiaaldiagnose staan epidermoïdcyste (niet aanwezig bij de geboorte en groeiend in de tijd), bronchiale cysten en fistels (voornamelijk posterieur van de musculus sternocleidomastoideus) en andere verhevenheden van de (sub)cutis zoals poliep, benigne papilloom, fibroom en lipoom.

## EPIDEMIOLOGIE

In Nederland is de prevalentie van het bijootje 1,7 per 1000 levendgeborenen. De prevalentie van ICPC-code H80 (aangeboren afwijkingen van het oor) is 1,5; de incidentie 5,4-5,7 per 1000 levendgeborenen.<sup>8</sup> In China en Turkije worden hogere prevalenties gevonden, van respectievelijk 2,2 en 4,3 per 1000 levendgeborenen.<sup>9</sup>

## ANAMNESE EN ONDERZOEK

### Anamnese

- Wanneer is het bijootje ontdekt?
- Is het na verloop van tijd van grootte, vorm of kleur veranderd?

- Komen in de familie bijoortjes, gehoorstoornissen, oorafwijkingen of nierafwijkingen voor?
- Heeft de moeder tijdens de zwangerschap diabetes gehad?
- Heeft het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) de screening op oto-akoestische emissies (OAE) gedaan en wat was daarvan de uitkomst?

### Lichamelijk onderzoek

Het bijoortje voelt zacht aan bij palpatie, kan gesteeld zijn, bestaat soms uit meerdere huidlobjes en kan een stevige kern (van kraakbeen) bevatten. Het is belangrijk eventuele afwijkingen op te sporen die bij een syndroom passen: asymmetrie van het gelaat, defecten aan ooglid, iris en retina, afwijkingen in de mondholte (is het gehemelte gesloten?), kaakhypoplasie, geruisen over het hart, afwijkingen aan de distale ledematen, gesloten of anterieur geplaatste anus.

### Aanvullend onderzoek

Als bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen andere afwijkingen gevonden zijn behalve het bijoortje, is aanvullend onderzoek niet nodig.

Een echo van de nieren wordt alleen geadviseerd als er ook andere malformaties of dysmorphe kenmerken zijn, als de familieanamnese positief is voor nierafwijkingen of als de moeder diabetes had tijdens de zwangerschap.

Als de OAE-screening niet al via het CJG gebeurd is en de familieanamnese voor afwijkingen aan het oor of gehoorstoornissen positief is, is een (klinisch) gehooronderzoek alsnog aan te raden.

## BELEID

### Afwachtend beleid

Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor gehoor- of nierpathologie, stel dan de ouders gerust en leg uit dat het bijoortje een onschuldige afwijking is. Benadruk dat hun kind geen verhoogde kans op nier- of gehoorafwijkingen heeft. Bespreek met de ouders of ze het bijoortje willen laten zitten en zo nee, op welke leeftijd ze het zouden willen laten weghalen.

#### WAT IS AANGETOOND?

In een systematische review werd bij pasgeborenen een incidentie van 0,15–3,2% beschreven en was 6% van de afwijkingen bilateraal. De afwijkingen verschilden van een simpel papeltje voor het oor tot gelobde afwijkingen met kraakbeen.<sup>10</sup>

Bijoortjes zijn meestal onschuldig, maar een goede (familie)anamnese en gedegen lichamelijk onderzoek zijn aan te raden om een eventuele zeldzame aandoening uit te sluiten. De onderzoeken naar de noodzaak van nadere diagnostiek spreken elkaar tegen en zijn niet altijd goed met elkaar te vergelijken.<sup>11,12</sup>

## DE KERN

- Bijoortjes zijn papeltjes die zich voor het oor bevinden. Ze bevatten meestal kraakbeen.
- Bijoortjes zijn meestal onschuldig, maar een goede (familie)anamnese en gedegen lichamelijk onderzoek zijn aan te raden om een eventuele zeldzame aandoening uit te sluiten.
- Een bijoortje is vanaf de geboorte aanwezig; indien gewenst kan het (chirurgisch) worden verwijderd.

## Chirurgie

Als het bijoortje een smalle steel heeft, kan de huisarts het gemakkelijk zelf weghalen. Als het bijoortje een brede basis heeft of kraakbeen bevat, kan het verwijderen beter aan een chirurg overgelaten worden. Door het aanwezige kraakbeen geneest de wond soms lastig en kan chondrodermatitis ontstaan. Kraakbeen moet dan ook zorgvuldig verwijderd worden.

## WANNEER VERWIJZEN?

Het advies luidt om bij een verhoogde kans op nierafwijkingen een echo van de nieren en bij een verhoogde kans op gehoorstoornissen een gehoortest te doen. In principe krijgen alle kinderen in Nederland een OAE-screening via het CJG; dit is voldoende om gehoorstoornissen uit te sluiten. Bij een vermoeden dat het bijoortje onderdeel is van een syndroom moet het kind worden verwezen naar een kinderarts. Bij twijfel of het om een bijoortje of om een andere epidermale afwijking gaat, kan het kind naar een dermatoloog verwezen worden. Verwijs voor excisie van een bijoortje naar een chirurg, tenzij het een smalle basis heeft.

## PREVENTIE EN VOORLICHTING

Benadruk bij de voorlichting dat het bijoortje (meestal) een goedaardig karakter heeft.■

## LITERATUUR

1. Kliegman RM. St. Geme JW III. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia: Elsevier, 2019.
2. Kohelet D, Arbel E. A prospective search for urinary tract abnormalities in infants with isolated preauricular tags. *Pediatrics* 2000;105:E61.
3. Lizama M, Cavagnaro F, Arau R, Navarrete O, Fontanaz AM, García CJ. Association of isolated preauricular tags and nephrourological anomalies: Case-control study. *Pediatr Nephrol* 2007;22:658-60.

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

Van Dun T, Eekhof JA. Bijoortje. *Huisarts Wet* 2024;67(2):46-7. DOI: 10.1007/s12445-023-2433-2.  
Arts & Zorg, Den Haag: T van Dun, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden: j.a.h.eekhof@lumc.nl.  
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

# Oplossing ‘Blaasjes op de rug’

Het juiste antwoord is: herpessimplexinfectie.

De diagnose is in dit geval gesteld met een PCR-test. De uitslag was een herpessimplexvirus type 2. De herpetiforme (boeketvormige) rangschikking is typisch voor herpessimplexinfecties. De meest voorkomende herpesvirussen zijn het herpessimplexvirus type 1 (HSV-1) en type 2 (HSV-2). De bekendste ziektebeelden die herpessimplexvirussen kunnen veroorzaken zijn de koortslip (herpes simplex labialis) en de genitale herpes (herpes genitalis). Een herpesinfectie kan ook huidafwijkingen veroorzaken op andere delen van de huid en slijmvliezen, zoals de vingers, armen of andere lichaamsdelen. Vaak is de huid op deze plekken dan niet helemaal intact. Bij 21% van de gevallen is er sprake van een niet-genitale herpes.<sup>1</sup> Een eerste besmetting met het herpesvirus noemen we ook wel ‘primo-infectie’, die een variabel beloop kent. Een primo-infectie kan gepaard gaan met symptomen zoals koorts, malaise en spierpijn, maar blijft meestal onopgemerkt omdat er geen of slechts milde klachten zijn. De incubatietijd ligt tussen de 2 en 12 dagen, en is gemiddeld 4 dagen.<sup>2</sup>

## BEHANDELOPTIES

Een herpessimplexinfectie is een zelflimiterende ziekte, die meestal binnen 10 dagen geneest. Niet-medicamenteuze adviezen bestaan uit een goede handhygiëne en het vermijden van huid-op-huidcontact op de plek van de infectie. Het is belangrijk contact met pasgeborenen (< 4 weken) en immuungecompromiteerde patiënten te vermijden. Eventueel kunnen indifferente middelen (bijvoorbeeld zinkoxide en zinksulfaat) de blaasjes sneller laten indrogen. Een antivirale crème (5 dd aciclovircrème 5%) kan de duur van de klachten iets verkorten, mits vroegtijdig gestart. Bij ernstige klachten (of recidieven) kunt u systemisch antivirale middelen geven, bij voorkeur binnen 48 uur na het verschijnen van de huiduitslag. De behandeling verschilt per type HSV. Bij HSV-1 is het advies om valaciclovir 2 dd 2000 mg gedurende 1 dag te geven, of aciclovir 5 dd 200 mg gedurende 5 dagen.<sup>3</sup> Bij HSV-2

luit het advies valaciclovir 2 dd 500 mg voor 3-5 dagen. Voor zwangeren en immuungecompromiteerde patiënten gelden andere adviezen. Wees bij uitgebreide afwijkingen of ernstige klachten bedacht op een eventuele slechte immunstatus (bijvoorbeeld hiv bij jonge mensen).<sup>3,4</sup>

## DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Bij gordelroos (herpes zoster, varicellazostervirus) zijn er, net als bij herpes simplex, ook vesikels te zien, maar die geven vaak hevige pijnklachten. Die klachten houden lange tijd aan, ook wanneer de huid weer is genezen. Herpes zoster komt typisch unilateraal voor in een of meer dermatomen.<sup>5</sup> Impetigo bullosa is een variant van impetigo vulgaris en wordt vrijwel altijd veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*. Hierbij staat blaarvorming op de voorgrond. De blaren gaan vaak gemakkelijk kapot en vormen een soort kraagje rondom de blaarbodem (collerette) en er is dikwijls sprake van impetiginisatie (gelige crustae). Het betreft hier geen gegroepeerde vesikels. Bij dit ziektebeeld staat pijn niet op de voorgrond.<sup>6</sup> Ten slotte een tip voor het correct afnemen van materiaal voor de PCR-test. De meest gemaakte fout is het opvangen van vocht uit de vesikels, wat fout-negatieve uitslagen geeft. HSV is een intracellulair virus en zit dus in de keratinocyten. Strijk dus met het PCR-stokje goed over de blaarbodem om zo de besmette keratinocyten ‘mee te nemen’. ■

## LITERATUUR

1. Van Nues S. Recidiverende blaasjes op het been. *Huisarts Wet* 2021;64:33-5.
2. Huidinfo.nl. Herpes overzicht. 2023. Beschikbaar via: <https://www.huidinfo.nl/h/herpes-simplex/>. Geraadpleegd op 2 februari 2023.
3. De Jong J, Verduijn MM. NHG-Behandelrichtlijn Koortslip (herpes labialis). Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2017.

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

# Webtip Medifoor: verrijk je communicatie met kleurrijke verhalen

Vincent van Vugt

Goede communicatie is de basis van elk succesvol consult in de huisartsenpraktijk, maar eenvoudige uitleg geven over complexe ziekteprocessen blijft uitdagend. Kinderarts Charlie Obihara en chirurg in opleiding Ndidì Obihara bedachten daarom Medifoor.nl, een website met medische metaforen. Deze 'mediforen' zijn verhalende illustraties die artsen in de spreekkamer kunnen inzetten om hun boodschap beter over te brengen. Het resultaat is een levendig online hulpmiddel dat een verrijking is voor elke spreekkamer.

Het eerste wat je ziet op Medifoor.nl is een schermvullende animatie van een van de fantastisch vormgegeven mediforen. Hiermee weet Medifoor.nl direct je aandacht op een positieve manier te vangen. De vrolijke kleuren maken de website aantrekkelijk voor zowel kinderen als volwassenen. De afwisselende tekenstijlen van verschillende kunstenaars maken het leuk om het hele mediforenaanbod te bekijken. Door een onderverdeling in categorieën zoals 'Maag, darm en lever' en 'Psychische gezondheid en zenuwstelsel' vind je snel de medifoor die je nodig hebt.

## POEFILE

Je kan de medifoor in de spreekkamer tonen aan de patiënt of de link delen. Zo kun je op een eenvoudige manier een abstract begrip als obstipatie uitleggen als een 'poepfile'. Vooral bij patiënten bij wie communicatie moeizaam verloopt kan dit een uitkomst zijn. Er lopen momenteel meerdere wetenschappelijke

onderzoeken waarmee de makers de waarde van de mediforen verder willen uitzoeken. Ten tijde van het schrijven van deze recensie zijn er slechts 10 mediforen beschikbaar; niet alle 50 ontwikkelde mediforen staan al online. Een breed aanbod dat beschikbaar blijft, is een belangrijke voorwaarde voor succesvol gebruik in de huisartsenpraktijk. Daarnaast is het belangrijk dat alle korte tekstbeschrijvingen voldoen aan taalniveau B1. Medifoor.nl kan als online hulpmiddel mooi bijdragen aan de communicatie tussen huisarts en patiënt. De kleurige vormgeving en creatieve, verhalende illustraties zorgen voor een glimlach in de spreekkamer. Met verdere uitbreiding van het mediforenaanbod en blijvende aandacht voor eenvoudig taalgebruik kan het nut van deze website in de toekomst nog verder toenemen. ■

<b>Naam</b>	Medifoor.nl
<b>Makers</b>	Collectief van artsen, patiënten, kunstenaars en communicatiedeskundigen
<b>Doel</b>	Communicatie in de zorg begrijpelijker en creatiever maken
<b>Platform</b>	Online
<b>Prijs</b>	Gratis
<b>Waardering</b>	●●●●●





# Nieuw onderzoek naar afbouwen levothyroxine bij 60-plussers

Janneke Ravensberg, Rosalinde Poortvliet

In Nederland gebruiken bijna 250.000 65-plussers levothyroxine. Zij gebruiken het middel vaak levenslang, maar misschien is dat ten onrechte. Het is onduidelijk of het simpelweg continueren van levothyroxinegebruik de beste behandelwijze is voor ouderen. In de RELEASE-studie wordt onderzocht wat de effecten zijn van het afbouwen van levothyroxine bij 60-plussers in de eerste lijn.



Veel ouderen gebruiken levothyroxine levenslang, maar het is de vraag of dat wenselijk is.

Foto: Shutterstock

Levothyroxine wordt veel gebruikt en het meest voorgeschreven bij ouderen (50-70 jaar) voor de behandeling van (subklinische) hypothyreoïdie.<sup>1,2</sup> De NHG-Standaard Schildklieraandoeningen geeft een beperkt advies over herevaluatie van de indicatie.<sup>3</sup> Onderzoek toont echter aan dat initiële indicaties voor levothyroxinebehandeling soms inaccuraat of verouderd zijn en niet altijd goed zijn gedocumenteerd.<sup>4</sup> Daarnaast verandert het schildkliermetabolisme met de leeftijd en levert behandeling van subklinische hypothyreoïdie bij ouderen

geen significant klinisch effect op.<sup>5-8</sup> Het is dus waarschijnlijk dat niet alle ouderen optimaal worden behandeld. Dit kan schadelijk zijn, omdat het risico op overbehandeling met levothyroxine stijgt met de behandelduur en overbehandeling is geassocieerd met fracturen en atriumfibrilleren.<sup>9-11</sup> Een recente meta-analyse suggereert dat circa 37% van de gebruikers (2-81 jaar) euthyreoot blijft na het staken van de behandeling met levothyroxine.<sup>12</sup>

De RELEASE-studie is een observationeel, zelfgecontroleerd onderzoek, uitgevoerd in huisartsenpraktijken, waarbij de levothyroxinebehandeling stapsgewijs wordt afgebouwd onder regelmatige controle van de schildklierfunctie. De deelnemers zijn levothyroxinegebruikers van 60 jaar en ouder met een stabiele dosering van  $\leq 150$   $\mu\text{g}/\text{dag}$  en een TSH  $< 10$  mU/L.

De primaire uitkomstmaat is het percentage deelnemers dat deze medicatie 52 weken na de start volledig kan afbouwen met behoud van een normaal vrij T4 en een TSH  $< 10$  mU/L. Secundaire uitkomstmaten zijn de effecten op de schildklier-specifieke kwaliteit van leven en de algemene gezondheid. Het onderzoek startte in januari 2020 en er werden 399 deelnemers geïnccludeerd. De eerste resultaten worden halverwege 2024 verwacht. Meer informatie staat in het artikel over het protocol.<sup>13</sup> ■

## LITERATUUR

1. Zorginstituut Nederland. Aantal gebruikers 2018-2022 voor ATC-subgroep H03AA01: Levothyroxine. GIPdatabank.nl.
2. Jonklaas J, DeSalle S. The ages and TSH values of patients being prescribed levothyroxine. *Ther Adv Endocrinol Metab* 2020;11:2042018820937896.
3. NHG-werkgroep Schildklieraandoeningen. NHG-Standaard Schildklieraandoeningen. <https://richtlijnen.nhg.org>.

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

Ravensberg AJ, Poortvliet RKE. Nieuw onderzoek naar afbouwen levothyroxine bij 60-plussers. *Huisarts Wet* 2024;67(2):50. DOI:10.1007/s12445-023-2432-3. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijnsge-neeskunde: A.J. Ravensberg, aioto en specialist ouderengeneeskunde; dr. R.K.E. Poortvliet, huisarts en senior-onderzoeker, correspondentie: [release@lumc.nl](mailto:release@lumc.nl) Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

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

# Nieuw onderzoek naar online bijsluiters bij diagnostiekuitslagen

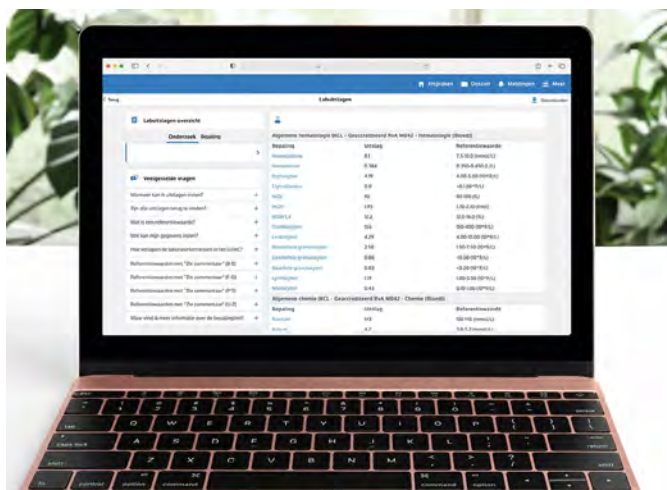
Frederieke van der Mee

Patiënten hebben inzage in hun online patiëntendossier. Naast voordelen heeft dit ook nadelen, bijvoorbeeld onnodige angst en zorgen onder patiënten bij onduidelijkheid over of misinterpretatie van uitslagen. Nieuw onderzoek ‘De DiagnostiekBijsluiter’ moet patiëntvriendelijke duiding geven bij diagnostiekuitslagen.

De mogelijkheid tot inzage in het eigen huisartsendossier is inmiddels wettelijk verplicht en beoogt te zorgen voor meer transparantie, overzicht en betrokkenheid van patiënten bij hun eigen zorgproces. In december 2022 maakten ongeveer 2,7 miljoen individuele Nederlanders gebruik van de mogelijkheid tot inzage en dit aantal zal naar verwachting verdubbeld zijn in 2025.<sup>1</sup> Hierbij zijn uitslagen van laboratoriumonderzoek, beeldvorming en medische microbiologie toegankelijk voor patiënten. Echter, het risico op misinterpretatie van testuitslagen door patiënten is groot, met name wanneer uitleg ontbreekt.<sup>2,3</sup> Dit kan onnodige angst en onrust bij patiënten tot gevolg hebben, wat weer kan leiden tot extra huisartsconsulten, (herhaling van) aanvullend onderzoek of zelfs ziekenhuisverwijzingen.<sup>4-6</sup> Het is daarom van belang dat patiënten testuitslagen ontvangen op een manier die begrijpelijk is en hen niet onnodig ongerust maakt.<sup>2,3,7</sup> Een bijsluiter, die samen met de testuitslagen in het online dossier ontvangen wordt, kan uitkomst bieden.

## ONDERSTEUNEN VAN DIAGNOSTIEKUITSLAGEN

In maart 2023 zijn we vanuit de vakgroep Huisartsgeneeskunde van Universiteit Maastricht gestart met het onderzoekstraject



Het is van belang dat patiënten testuitslagen ontvangen op een manier die begrijpelijk is.

Foto: Shutterstock

‘De DiagnostiekBijsluiter’. Hierbij ontwikkelen en evalueren we een methode voor het ondersteunen van diagnostiekuitslagen met online bijsluiters, bruikbaar voor zowel patiënt als huisarts. Patiënten krijgen zo meer duidelijkheid over en betrokkenheid bij het zorgproces. Huisartsen worden ontlast én kunnen de bijsluiters tevens gebruiken als naslagwerk. Het is niet mogelijk om direct voor alle testuitslagen een bijsluiter te ontwikkelen. Daarom starten wij met het in kaart brengen van behoeften van patiënten en huisartsen, middels kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Voor de hiervoor geselecteerde testen ontwerpen wij op basis van literatuuronderzoek passende tekstuele en visuele ondersteuning. De ontwikkelde DiagnostiekBijsluiters worden beschikbaar gesteld aan de onderzoeksdeelnemers via een schaduwversie van Thuisarts.nl. Deze bijsluiters worden vergeleken met standaardinformatie die te vinden is op internet. Gekeken wordt naar de effecten op cognitieve, psychosociale en gedragsgerelateerde uitkomsten onder patiënten. Het is de bedoeling dat de DiagnostiekBijsluiters ook na evaluatie een plek krijgen op Thuisarts.nl. De eerste resultaten, in de vorm van een systematische review, zijn eind 2023 verwerkt. ■

## LITERATUUR

1. OPEN-eerstelij. Wetenschappelijke eindbalans van OPEN-onderzoek: Online inzage verandert relatie patiënten en huisartsen (en heeft tijd nodig). 2023 [updated january 2023]. Beschikbaar via: <https://open-eerstelij.nl/wetenschappelijke-eindbalans-open-onderzoek/>.
2. Witteman HO, Zikmund-Fisher BJ. Communicating laboratory results to patients and families. *Clin Chem Lab Med* 2019;57(3):359-64.
3. Irizarry T, DeVito Dabbs A, Curran CR. Patient portals and patient engagement: a state of the science review. *J Med Internet Res* 2015;17(6):e148.

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

Van der Mee F. Nieuw onderzoek naar online bijsluiters bij diagnostiekuitslagen. *Huisarts Wet* 2024;67(2):51. DOI: 10.1007/s12445-023-2406-5. Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht, Nederland: F. van der Mee, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker, [frederieke.vander-mee@maastrichtuniversity.nl](mailto:frederieke.vander-mee@maastrichtuniversity.nl). Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

## Geen DSM maar DIY (Do It Yourself)!



Foto: Margot Scherder

**‘Het DSM-denken is geworden tot een onmisbare sleutel voor hulp’**

en snel ook. Want ik weet hoe ver je van huis raakt als op hulp wachten te lang duurt. Hulp in welke vorm dan ook. Sinds de podcast met psychiater Jim van Os en Peter Lucassen, ‘De DSM en onnodig medicaliseren’, probeer ik het DSM-denken los te laten.<sup>1</sup> Maar dat valt niet mee, want het voelt alsof ik iets niet goed doe. Zo zit het, ondanks kritische geluiden, nog steeds ingebakken in onze opleiding en standaarden, al jarenlang. Wat ooit begon als een administratief hulpmiddel is inmiddels geworden tot een onmisbare sleutel voor hulp. Daar moeten we vanaf. Ook voor deze mannen. Want wat belangrijk is, is ze helpen met wat zij nu in hun specifieke situatie nodig hebben om de balans te herstellen. Dat betekent dat ik als huisarts maar gewoon de telefoon pak. Mijn lijstje met lokale hulpbronnen groeit met de dag. Voor de eerste bel ik een coach, voor de ander een lokale fietsenmaker voor een stage. Van DSM naar DIY!

*Annet Sollie, huisarts en informaticus*

**‘Ik ga hier niet zitten huilen als een klein kind. Zo ben ik niet!’ mompelt hij met onvaste stem vanuit de stoel tegenover mij. Hij kijkt mij even aan, maar dan snel en veilig weer uit het raam. Deze slimme, ontwikkelde dertiger. ‘Ik ga door; ik wil me niet ziek melden. Maar er komt niks meer uit m’n handen. En daarom zit ik hier. Wat zou u me adviseren, dokter?’**

We praten verder: onbalans, veel én veeleisend werk dat nooit af is en steeds minder tijd en zin voor de dingen die hem eerder oplaadden. We bedenken een plan en hij vertrekt. Ik typ mijn verslagje, mijn HIS eist een hokje om deze patiënt in te proppen en ik val zoals vaak terug op mijn oude, vertrouwde ‘Surmenage, P78’.

Mijn gedachten gaan terug naar de laatste keer dat ik ‘P78, Surmenage’ aanvinkte. Vorige week nog: een andere dertiger, een ongeschoolde maar leergierige vluchteling, op het azc waar ik ook werk. Iedere keer dat ik hem zie lijken de levenslust en hoop verder afgebrokkeld. ‘Ik moet wat nuttigs doen, alstublieft, ik wil werken, er komt niks uit mijn handen. Straks word ik nog gek! Kunt u mij helpen, dokter?’

Net zo verdrietig, net zo wanhopig, net zo uit balans. ‘P78, Surmenage’, maar dan omgekeerd.

Beiden wil ik eigenlijk niet afvinken volgens DSM-lijstjes. Ik wil ze niet op een wachtlijst zetten voor een behandeling in een ggz-instelling over een half jaar. Ik wil ze ook geen label geven in een dossier waar ze nooit meer vanaf komen. Wat ik wel wil is deze mannen helpen,

1. HuisartsPodcast. De DSM en onnodig medicaliseren – psychiater Jim van Os. #1 – Wat moet de huisarts met de DSM?



# Volledige herziening NHG-Standaard Ziekte van Parkinson

Arianne Verburg-Oorthuizen, Selma Bouthoorn

De NHG-Standaard Ziekte van Parkinson is volledig herzien. De standaard geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en het beleid van de ziekte van Parkinson. In de herziene standaard wordt de rol van de huisarts bij patiënten met deze ziekte duidelijker beschreven. Daarnaast wordt het beleid bij niet-motorische symptomen en in de terminale fase uitgebreider besproken. Ten slotte is informatie over zeldzame, maar potentieel ernstige complicaties van de ziekte van Parkinson toegevoegd.

Na de ziekte van Alzheimer is de ziekte van Parkinson de meest voorkomende chronische neurodegeneratieve aandoening. De prevalentie in de huisartsenpraktijk bedraagt 3,7 per 1000 mannen en 2,4 per 1000 vrouwen en stijgt als gevolg van de vergrijzing. Verschillende verschijnselen kunnen al jaren aanwezig zijn, voordat de klassieke motorische klachten (bradykinesie in combinatie met rigiditeit, en/of tremor) tot uiting komen. Voorbeelden van deze zogenaamde prodromale symptomen zijn slaapproblemen, vermindering van het reukvermogen, duizeligheid en autonome stoornissen (bijvoorbeeld urge-incontinentie, obstipatie, overmatig transpireren).

## ROL VAN DE HUISARTS

De huisarts heeft een rol bij de vroege herkenning van symptomen die op de ziekte van Parkinson kunnen wijzen. Nadat een neuroloog de diagnose ziekte van Parkinson heeft gesteld, vindt de behandeling bij voorkeur plaats in een samenwerkingsverband van neuroloog, parkinsonverpleegkundige, huisarts en paramedici. In eerste instantie berusten de zorgcoördinatie en de behandeling van de ziekte van Parkinson en hieraan gerelateerde symptomen of aandoeningen vooral bij de neuroloog en de parkinsonverpleegkundige; in het eindstadium kan dit naar de huisarts verschuiven.

De huisarts kan een rol hebben bij:

- Signaleren van bijwerkingen en veranderingen in de effectiviteit of het gebruik van de medicatie. Dit kan aanleiding zijn om (vervroegd) de neuroloog te consulteren.
- Herkenning en eventuele behandeling van (niet-motorische) symptomen of aandoeningen die gerelateerd zijn aan de ziekte van Parkinson.
- Intensiveren en coördineren van zorg in de thuissituatie in de terminale fase.
- Signaleren van psychosociale problemen bij de patiënt en/of diens partner of mantelzorger.



In de herziene NHG-Standaard Parkinson wordt de rol van de huisarts bij parkinsonpatiënten duidelijker beschreven.

Foto: Shutterstock

## NIET-MOTORISCHE SYMPTOMEN

Niet-motorische symptomen (zoals apathie, depressie, slaapproblemen, autonome stoornissen) komen veel voor. Ze nemen meestal toe in intensiteit met het vorderen van de ziekte en kunnen na verloop van tijd op de voorgrond komen te staan. Hoewel de neuroloog hoofdbehandelaar is, heeft de huisarts een rol in het signaleren en soms ook het behandelen van deze symptomen. De herziene standaard geeft uitgebreidere informatie over diagnostiek en behandelopties, bijvoorbeeld bij vermoeidheid of pijn, welke in samenspraak met de neuroloog uitgevoerd kunnen worden.

## SPOEDEISENDE COMPLICATIES

Veelvoorkomende complicaties bij patiënten met de ziekte van Parkinson zijn vallen – bijvoorbeeld ten gevolge van balansstoornissen of orthostatische hypotensie – of een aspiratiepneumonie ten gevolge van slikproblemen. Daarnaast zijn er enkele minder bekende, maar potentieel ernstige complicaties waarbij directe verwijzing naar de neuroloog is aangewezen:

- Maligne levodopa onttrekkingssyndroom: meestal veroorzaakt door acute onthouding ( $\geq 24$  uur) van dopaminerge medicatie (vooral levodopa), bijvoorbeeld postoperatief. Andere oorzaken zijn een plotselinge verandering in dopaminerge medicatie (dosisreductie), verminderde absorptie (bijvoorbeeld door ernstige obstipatie), infecties, trauma en stress. Het beeld wordt gekenmerkt door een gedaald bewustzijn, extreme rigiditeit (met verhoogde spierenzymen), hoge koorts en autonome stoornissen (bijvoorbeeld tachycardie). Een ernstig beloop is mogelijk met aspiratiepneumonie, acuut nierfalen (als gevolg van rhabdomyolyse en dehydratie) en trombo-embolische complicaties. De mortaliteit bedraagt 4%. Verwijs direct naar de neuroloog bij vermoeden van een maligne levodopa onttrekkingssyndroom.

- Serotoninesyndroom: een medicatiegeïnduceerd syndroom dat veroorzaakt wordt door verhoogde serotonineconcentraties in het centrale en perifere zenuwstelsel. Dit syndroom wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door de combinatie van MAO-B-remmers met andere sterk serotonerg werkende medicatie, zoals SSRI's, TCA's en tramadol. De symptomen lijken op die van het maligne levodopa onttrekkingssyndroom, maar daarnaast kunnen verwijde pupillen, overactieve reflexen, diarree en acathisie (innerlijke onrust en karakteristieke bewegingen van de benen) bestaan.
- Paralytische ileus: als gevolg van autonome dysfunctie hebben veel patiënten een vertraagde darmmotiliteit. Dit kan leiden tot ernstige obstipatie en uiteindelijk een paralytische ileus. Preventieve adviezen en medicamenteuze behandeling gericht op het tegengaan van obstipatie is van belang.
- Neuropsychiatrische complicaties: psychose, impulscontrolestoornis (pathologisch gokken, hyperseksualiteit en compulsieve vormen van kopen, eten en internetgebruik als bijwerking van dopaminerge medicatie of overmatig gebruik hiervan) en dopaminedysregulatiesyndroom (toegenomen behoefte en overmatig gebruik van dopaminerge medicatie, wat gepaard kan gaan met motorische klachten, het compulsief bezig zijn met de beschikbaarheid van medicatie, opwindend, (hypo)manie, agressie en/of hallucinaties).

## TERMINALE FASE

De rol van de huisarts wordt meestal groter in de terminale fase van patiënten in de thuissituatie. Dit betekent dat de huisarts de coördinatie van de zorg van de neuroloog vaak overneemt en de neuroloog op consultatiebasis

betrokken blijft. Ook kan consultatie van een specialist ouderengeneeskunde of regionaal palliatief team zinvol zijn. In de standaard is een tabel toegevoegd met adviezen ten aanzien van de medicamenteuze behandeling van symptomen in de stervensfase. Aandachtspunten zijn:

- Continueer bij voorkeur de dopaminerge medicatie, eventueel via een neusmaagsonde. De motorische symptomen die kunnen ontstaan na staken van de medicatie kunnen zeer hinderlijk zijn. Daarnaast kan het abrupt staken van dopaminerge medicatie leiden tot ernstige rigiditeit, tremoren en in het meest ernstige geval het maligne levodopa onttrekkingssyndroom.
- Vermijd antidopaminerg werkende medicatie zoals metoclopramide en haloperidol. ■

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

Verburg-Oorthuizen AFE, Bouthoorn SH. Herziening NHG-Standaard Ziekte van Parkinson. Huisarts Wet 2024;67(2):53-4. DOI:10.1007/s12445-023-2438-x.

Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: A. Verburg-Oorthuizen, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker, [contactcentrum@nhg.org](mailto:contactcentrum@nhg.org); S. Bouthoorn, huisarts, wetenschappelijk medewerker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep bestond uit [op alfabetische volgorde]: Bouma M, Bouthoorn SH, Verburg-Oorthuizen AFE.

## COLOFON

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

### Redactie

Dr. Gijs Baaten [hoofdredacteur, huisarts], dr. Mariëlle van Avendonk [adjunct-hoofdredacteur, huisarts n.p.], dr. Pieter Buis [huisarts], dr. Susanne Claessen [huisarts], dr. Jacoba Greving [epidemioloog], dr. Annemarije Kruis [huisarts], prof. dr. Jean Muris [huisarts], Ariëtte Sanders [huisarts], dr. Lianne Stolwijk [huisarts] en dr. Loes Wouters [huisarts].

### Redactie bureau

Judith Mulder [bladmanager], Ajlina Muric, Ellen Olbers, Susan Umans [einden webredactie], Justus Raap [marketing], Mariëtte de Rie en Lianne van de Meeberg-Krebs [secretariaat], dr. Peter Lucassen [medisch-inhoudelijk adviseur], Margot Scheerder, Wendy Westerhof [beeldredactie], dr. Vincent van Vugt [redacteur digitale huisartsenzorg]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 506 55 00, [redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org).

### NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Beeld en beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, [forum@nhg.org](mailto:forum@nhg.org).

## Uitgever

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

## Advertentieverkoop

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

## Abonnementen

HGW verschijnt online, als nieuwsbrief, podcast, sociale media en als papieren tijdschrift. Het wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl). Abonnementsprijs: [print + online toegang] € 323,00, online-only abonnement € 194,00, studenten 35% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar [info@nhg.org](mailto:info@nhg.org) met daarin alle relevante informatie. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op [www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen](http://www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen).

## Voorwaarden

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



bohn  
stafleu  
van loghum



© 2024 NHG  
ISSN 0018-7070

## Dit zijn de nieuwe leden van de Verenigingsraad

**Drie nieuwe leden zijn in december benoemd om de NHG-Verenigingsraad te versterken: Nikki Claassen, Bram Gerrits en Marlous Konings. Samen met de andere leden geven zij de komende periode gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur.**

**Nikki Claassen:** 'Ik ben een echte generalist en hou van variatie in mijn werk. Ook vind ik het persoonlijke en laagdrempelige aan het vak erg fijn. Ik sta naast de patiënten en denk mee over hun gezondheid met een brede holistische blik. Dit geeft me veel werkplezier.

Tijdens mijn promotietraject werd mij duidelijk hoe belangrijk de wetenschappelijke basis is onder het huisartsenvak. Het NHG heeft met de standaarden en andere producten veel betekend voor de ontwikkeling en positionering van de huisartsenzorg. Door mijn lidmaatschap van de Verenigingsraad kan ik mijn steentje bijdragen aan de werkzaamheden van het NHG.'

**Waarvoor mogen collega's jou benaderen?**

'Voor alle vraagstukken waarbij input van praktiserende huisartsen gewenst is, zowel vanuit het perspectief van een waarnemer als vanuit het perspectief van een jonge praktijkhouder. Extra expertise en interesse heb ik op het gebied van ggz, ALK/SOLK en gynaecologie.'

**Bram Gerrits:** 'Met mijn broer heb ik de praktijk van mijn ouders overgenomen. Het huisartsenvak is mij met de paplepel ingegoten: laagdrempelig mensen bijstaan met een variatie aan klachten op verschillende vakgebieden in verschillende fases van hun leven. Daarnaast ben ik erg geïnteresseerd in hoe mensen omgaan met hun ziek zijn en welke keuzes zij maken.

De gezondheidszorg is continu in ontwikkeling. Kritisch denken, je afvragen waarom zaken gaan zoals ze gaan en zoeken naar verbetering en vooruitgang is belangrijk. Zoals velen heb ik daar ook een mening over en zocht ik een plek om die

mening op constructieve wijze te kunnen uiten. En om mee te kunnen werken aan de toekomst van ons huisartsenvak. Bij de Verenigingsraad denk ik dat op de inhoud te kunnen doen.'

**Waarvoor mogen collega's jou benaderen?**

'Overall voor, maar bovenal over makkelijke, laagdrempelige samenwerking in de zorg.'

**Marlous Koningsveld-Kortekaas:** 'Tijdens mijn aioto-traject leerde ik kritisch te denken over de inzet en waarde van onderzoek, zowel in de praktijk als in de academische wereld. Dit maakt dat ik breed naar ons vak en de geneeskunde kan kijken.

Als huisarts denk ik actief na over de uitdagingen die ons vak ondervindt. Ik denk graag in oplossingen en manieren om ons vak toekomstbestendig te houden. De inzet van digitalisering, het anders inzetten van mensen en middelen zijn volgens mij nodig. Om te weten hoe je dat goed doet en te weten wat werkt, is een instituut als het NHG belangrijk; die kan hierin een leidraad bieden en borgen dat interventies geëvalueerd en gewogen worden.

**Waarvoor mogen collega's jou benaderen?**

'Ik hoor het graag als mensen ideeën hebben over hoe de vertaalslag van evidence naar de praktijk (nog) beter kan en welke rol het NHG volgens hen hierin kan spelen.'



Meer lezen over de NHG-Verenigingsraad? Kijk op [nhg.org/over/vereniging](https://nhg.org/over/vereniging) of scan de QR-code.

### NIKKI CLAASSEN

Huisarts sinds 2018  
Praktijkhouder in Uitgeest  
Woonplaats: Haarlem



### BRAM GERRITS

Huisarts sinds 2010  
Apotheekhoudend huisarts in Horsens  
Woonplaats: Uden



### MARLOUS KONINGSVELD-KORTEKAAS

Huisarts sinds 2017  
Huisarts in Utrecht  
Woonplaats: Utrecht



# Vier nieuwe keuzehulpen op Thuisarts.nl

**Zowel patiënten als artsen vinden het belangrijk om samen te beslissen. Samen beslissen is meer dan de patiënt informeren en die vervolgens een keuze laten maken. Het houdt ook in om persoonlijke voorkeuren, waarden en context een rol te laten spelen in de beslissing voor een behandeling. De keuzehulpen op Thuisarts.nl helpen hierbij.**

Adviseer uw patiënt om thuis de keuzehulp te doorlopen. Tijdens dit proces krijgt de patiënt informatie over de aandoening en de voor- en nadelen van verschillende behandelingen. Patiënten beantwoorden bij het doorlopen vragen en stellingen die helpen bij het bepalen wat zij belangrijk vinden. Aan het einde van een keuzehulp volgt geen kant-en-klaar advies, maar een overzicht van de antwoorden op de vragen en stellingen. Dit overzicht kan geprint worden en tijdens een volgend consult helpen in een gesprek over de keuze voor een behandeling. Op Thuisarts.nl zijn 4 nieuwe keuzehulpen gepubliceerd.

## 1. Hernia in de rug

- Voor wie: patiënten met meer dan 6 weken beenpijn door een hernia.
- Keuzehulp: langer afwachten (met bewegen en pijnstillers) of een operatie? Patiënten lezen wat een hernia is en hoe lang de klachten meestal duren. Ook kunnen ze lezen wat ze zelf kunnen doen en wat de voor- en nadelen van een operatie zijn.



**De keuzehulpen zijn getest bij de doelgroepen**



## 2. Opvliegers

- Voor wie: vrouwen die last hebben van opvliegers en hiervoor een behandeling willen kiezen.
- Keuzehulp: welke behandeling voor opvliegers past bij jou? Naast uitleg over de overgang en de mogelijke behandelingen is er ook aandacht voor de beleving van de vrouw. Welke persoonlijke context en waarden zijn voor haar belangrijk om een behandeling te kiezen?

## 3. Risico op hart- en vaatziekten

- Voor wie: alle patiënten die hun verhoogde risico op een ziekte van hart of bloedvaten kleiner willen maken door gezonder te leven.
- Keuzehulp: hoe maak je jouw risico op ziekte van hart en bloedvaten kleiner? De patiënt kan kiezen uit verschillende onderdelen, bijvoorbeeld roken, gezond eten of slapen. Na het doorlopen van de keuzehulp heeft de patiënt concrete adviezen om gezonder te leven.

## 4. Depressie

- Voor wie: patiënten die de diagnose depressie hebben gekregen en willen weten welke behandelingen er mogelijk zijn.

- Keuzehulp: welke behandeling past bij jou? Patiënten lezen wat ze zelf kunnen doen om zich beter te voelen en kunnen nadenken hoe ze dat in de praktijk kunnen brengen. Ook krijgen ze meer informatie over welke behandelingen er mogelijk zijn.

## Gebaseerd op richtlijnen, getest door patiënten

Elke nieuwe keuzehulp is gemaakt door het NHG, de betreffende medisch-specialistische vereniging, de patiëntenvereniging en Patiënten Federatie Nederland (Pfn). Om te weten wat mensen belangrijk vinden bij hun keuze, deed de Pfn onderzoek bij de doelgroepen van de keuzehulpen. Ook zijn ze getest bij de doelgroepen. De keuzehulpen zijn gebaseerd op NHG-Standaarden en richtlijnen van medisch specialisten.

*Lara te Hennepe en Roos de Wit*



Kijk op [thuisarts.nl/overzicht/keuzehulpen](https://thuisarts.nl/overzicht/keuzehulpen) of scan de QR-code.  
Vragen of suggesties? Mail naar [info@thuisarts.nl](mailto:info@thuisarts.nl).



# Kom naar het NHG-Congres 15 maart in Den Bosch

**Wilt u op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen in het huisartsenvak? Collega's ontmoeten? Praktische vaardigheden oefenen? Ervaringen delen? Accreditatiepunten verdienen? Kom dan naar het NHG-Congres op vrijdag 15 maart 2024 in Den Bosch.**

Gedurende de gehele dag zijn er inspirerende lezingen en educatieve workshops. Niet over een specifiek onderwerp, maar vanuit de gehele breedte van het vak. U stelt uw eigen programma samen op basis van uw eigen voorkeuren.

## Wat mis ik als ik er niet heenga?

Pragmatische tips, inspirerende voorbeelden en interactie met collega's en experts. Het is de gelegenheid om uw kennis te verbreden en inzichten op te doen. De medische wereld en het huisartsenvak evolueert voortdurend en het congres is dé plek om op de hoogte te blijven van de laatste richtlijnen, protocollen en best practices. Kortom: een dag vol inspiratie, informatie en educatie.

## Wat zijn de uitsmijters?

Het oefenen van praktische vaardigheden in het NHG-skillslab. U kunt kiezen uit 9 skills: van het plaatsen van een pessarium tot cortico-injecties zetten in schouder, knie en triggerfinger. Natuurlijk mag u de afsluitende feestavond inclusief diner en live muziek niet missen. Lekker ongedwongen bijpraten met collega's en met de voetjes van de vloer.



Koop nu uw ticket met vroegboekkorting, geldig tot en met 15 februari. Scan de QR-code of ga naar [nhgcongres.nl](https://nhgcongres.nl).

Grote administratielast?  
Keynotespreker Boukje Keijzer helpt u om meer lucht te krijgen.



Duurzamer werken?  
Marjan Minnesma vertelt u hoe u nu in actie kunt komen.



Teveel taken? Ex-tophockeyster Joyce Sombroek leert u iets over winnaarsmentaliteit en blijven presteren onder uitdagende omstandigheden.



Wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk vertalen? Marco Blanker (L) en Jochen Cals (R) maken een 'grote visite' langs huisartsgeneeskundige studies en helpen u om een 'bullshit-radar' te ontwikkelen.

# Dien abstracts in voor de NHG-Wetenschapsdag

De NHG-Wetenschapsdag is op vrijdag 6 september 2024 in Rotterdam. Het thema is: **Samen het verschil maken – nu en straks. Doet u huisartsgeneeskundig onderzoek of bent u bezig met een project dat binnen dit thema past? Dien dan uiterlijk 3 maart 2024 uw abstract in.**

De huisartsenzorg staat voor uitdagingen en het is hoog tijd voor verandering. Onderzoekers en zorgverleners worden uitgedaagd om samen de koers uit te zetten voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. Eén ding is zeker: samen kunnen we het verschil maken. Op de komende NHG-Wetenschapsdag verkennen we welke cruciale veranderingen er nu nodig zijn voor een duurzame huisartsenzorg.



## Selectie en presentatie

Past uw onderzoek of project binnen het thema 'Samen verschil maken' of heeft het huisartsgeneeskundige relevantie? Dien dan uw abstract in. Een selectiecommissie van NHG-medewerkers en verschillende afdelingen Huisartsgeneeskunde beoordeelt de

ingediende abstracts. U hoort in mei 2024 of uw abstract is geselecteerd. Is dit het geval, dan vragen wij u om op 6 september een mondelinge presentatie te geven. Aansluitend is er een discussie met het publiek onder begeleiding van een moderator.

## HOE DIEN IK EEN ABSTRACT IN?

- ✓ Kijk of het onderzoek of project past binnen het thema 'Hoe kunnen we verschil maken – nu en straks?' of relevant is voor de huisartsgeneeskunde.
- ✓ Schrijf een tekst van maximaal 300 woorden met titel, introductie (onderzoeksvraag), methode, resultaten en discussie/conclusie.
- ✓ Dien de abstract **uiterlijk 3 maart 2024** in via de website [nhg.org/wetenschapsdag](https://nhg.org/wetenschapsdag).

## SAVE THE DATE: 6 SEPTEMBER 2024

De NHG-Wetenschapsdag is dit jaar op vrijdag 6 september in De Doelen in Rotterdam. Het NHG organiseert de dag in samenwerking met het ErasmusMC, voor iedereen die geïnteresseerd is in de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde. Verschillende onderzoekers delen de resultaten van huisartsgeneeskundig onderzoek met elkaar. Daarnaast zijn er inspirerende lezingen van keynotesprekers.



Kijk op [nhg.org/wetenschapsdag](https://nhg.org/wetenschapsdag) of scan de QR-code