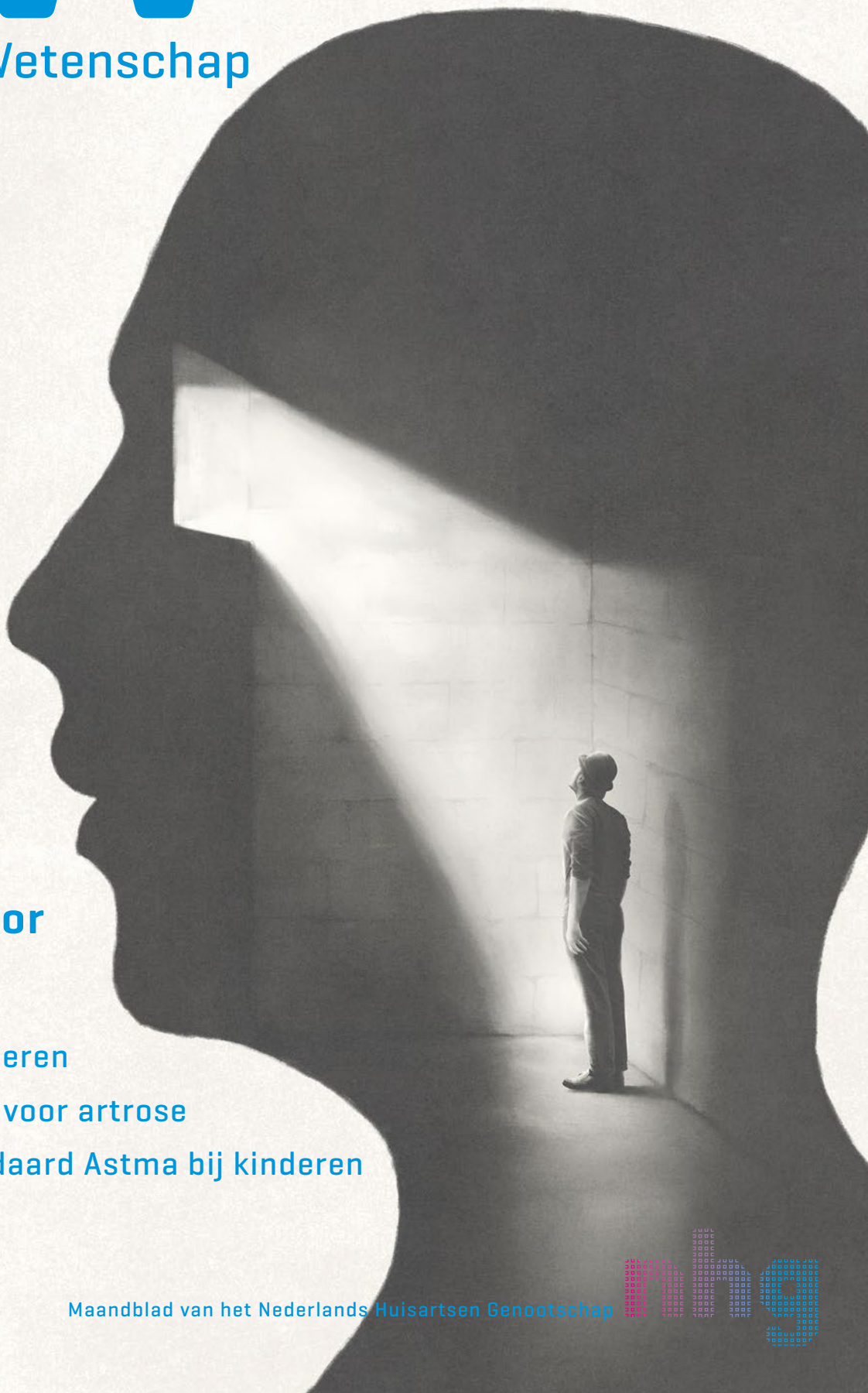
H&W

Huisarts en Wetenschap

6
juni 2022
jaargang 65



Gezondheid voor en na detentie

Appendicitis bij kinderen

Anderhalvelijnszorg voor artrose

Herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Geketend

Pijn op de borst! Een U1-rit! Vanavond ben ik niet gekluisterd aan de huisartsenpost. Na controle bij de detectiepoortjes haast ik mij achter de bewaarder aan door de donkere gangen van het historische huis van bewaring. 'Hoopt op een uitje naar het ziekenhuis', diagnosticeert de bewaarder alvast voor mij. 'Daar hebben we natuurlijk de tijd en mankracht niet voor,' helpt hij me verder, alsof de afweging wel of geen acuut coronair syndroom (ACS) al niet moeilijk genoeg is. Voorbij de dikke deur in het witte tl-licht van een kleine cel tref ik een ogenschijnlijk niet-zieke 40-jarige man, die 'bang is aan zijn end te kommen'. 'Zo'n steken op mijn borst! Krijg geen lucht!' De anamnese is gelukkig atypisch, de voorgeschiedenis blanco en de lichamelijke controles zijn goed. Opgelucht en nog steeds geflankeerd door 3 bewaarders stel ik hem gerust. Als ik doorvraag hoor ik dat de muren op hem afkomen. Als de rechter besluit dat hij schuldig is, volgt mogelijk een jarenlange gevangenisstraf. 'Dan mis ik de geboorte van mijn tweede kind.' Hij slaat zijn ogen neer.
Mensen die in detentie zitten hebben zowel voor als na detentie hoge en complexe gezondheidsbehoeften, melden Groenewegen et al. in deze H&W. Vergeleken met niet-gedetineerden hebben zij vooral meer psychische en sociale problemen, maar ook vaker bepaalde lichamelijke problemen. De onderzoekers konden geen gezondheidsverslechterend effect van detentie aantonen, maar de gezondheid werd er ook niet beter van. Het maakt veel uit hoe een gedetineerde de detentie heeft ervaren en hoe zij/hij is behandeld. De onderzochte gedetineerden kwamen relatief vaak met psychische problemen bij de huisarts.
Weggerukt worden uit de maatschappij. Alleen zijn. Er alleen voor staan. Ik besef dat ik weinig kennis heb van de specifieke gezondheidsproblemen van gedetineerden. Meer aandacht voor deze kwetsbare groep, ook buiten de gevangenis, helpt mogelijk om adequaat in te spelen op hun zorgbehoeften. Want mijn patiënt had weliswaar geen ACS, zijn hart was wel geketend. ■

Gijs Baaten, hoofdredacteur

Wetenschap

10 **Anderhalvelijnszorg voor knie- en heupartrose**
Wat levert het op wanneer orthopeden consulten bij knie- en heupartrose doen in de huisartsenpraktijk? In elk geval verbeteren de multidisciplinaire communicatie en de toegankelijkheid van de zorg.

16 **Gezondheid van gevangenen voor en na detentie**
Mensen met een slechte lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn oververtegenwoordigd in de gevangenispopulatie. (Ex-)gedetineerden blijven een kwetsbare patiëntengroep die ook buiten de gevangenis extra aandacht behoeft.

20 **Intercollegiale digitale psychiatrische consultaties**
Veel vragen bij psychiatrische casuïstiek zijn niet te beantwoorden met de NHG-Standaarden. Huisartsen kunnen in zo'n geval via het online overlegplatform Prisma psychiaters raadplegen.

26 **Diagnostiek appendicitis bij kind met acute buikpijn**
Appendicitis is in een vroeg stadium moeilijk te herkennen. Huisartsen missen bijna 1 op de 5 kinderen met appendicitis. Tegelijkertijd hebben bijna 2 op de 3 kinderen die door de huisarts worden verwezen geen appendicitis.

36 **Hypoxemie detecteren met de Roth-score**
De Roth-test kan een hulpmiddel zijn bij de triage en monitoring van laagrisicopatiënten met COVID-19. De test kan echter nooit het lichamelijk onderzoek vervangen.

Praktijk

35 **Ecg-casus 'Pijn na coronavaccinatie'**
Een 29-jarige man komt op het spreekuur omdat hij na zijn coronavaccinatie klachten kreeg. Acht dagen na de tweede vaccinatie krijgt hij een licht maar aanhoudend knijpend gevoel over de gehele borstkas. Hij is verder gezond en sport geregeld. Wat is er aan de hand?

40 **Van buikpijn tot appendicitis: let op de valkuilen!**
Huisartsen willen de diagnose 'appendicitis' niet missen vanwege de potentieel ernstige complicaties. Een behoorlijk percentage 'onnodige' spoedverwijzingen is dan onvermijdelijk.

51 **Uw diagnose 'Zonder haar'**
Een 40-jarige vrouw bezoekt de poli dermatologie omdat in 1 maand tijd al haar lichaamsbeharing is uitgevallen. Alle nagels van haar handen vertonen putjes en hebben een ruw oppervlak. Wat is uw diagnose?

52 **Kennistoets 'Appendicitis bij kinderen'**

huisartspodcast.nl/henw

Luister naar de interviews over de artikelen met een podcastlogo via een podcastapp, Spotify of op huisartspodcast.nl/henw.

Fotografie omslag: Shutterstock

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**

- Telemonitoring van patiënten met COVID-19
- NHG-Wetenschapsdag 2022: datagedreven zorg
- Fysieke activiteit helpt tegen vermoeidheid na kanker
- Eenzaamheid verhoogt de kans op dementie
- Korter amoxicilline bij kinderen met pneumonie?
- Minder sterfte en acute zorg-consumptie bij langdurige huisarts-patiëntrelatie

48 **Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie**
Patiënten met dementie willen vaak zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Casemanagement kan daarbij helpen.

50 **Voorspellen van het beloop van tromboflebitis**
Lopend onderzoek naar de individuele patiëntkenmerken die bijdragen aan een gecompliceerd beloop van tromboflebitis.

51 **Boek 'Netwerkboek praktijkvoering'**

55 **Heeft troponinesneltest meerwaarde bij pijn op de borst?**
Het POB-HELP-onderzoek moet uitwijzen of een klinische beslisregel in combinatie met een troponinesneltest een cardiale oorzaak van pijn op de borst veilig kan uitsluiten.

56 **Boek 'De gendersensitieve huisarts'**

56 **Ingezonden: Actuele tabel ICPC-codes en griepselectie**

57 **H&W-redacteur Jean Muris: 'Vroeger wilde ik het liefst arts en agrariër tegelijkertijd zijn'**

NHG

46 **Nieuwe ontwikkelingen in de herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen**
De NHG-Standaard Astma bij kinderen is volledig herzien. In dit artikel staan de belangrijkste wijzigingen, zoals het advies om bij kinderen < 6 jaar alleen bloedonderzoek op inhalatieallergenen te doen als er twijfel is over het in te stellen beleid.

60 **'Verkenning om Thuisarts.nl intuïtiever te maken'**
Thuisarts.nl bestaat 10 jaar en blijft stijgen in populariteit. Een strategisch team houdt zich bezig met innovaties en verbeteringen om een generieke digitale informatievoorziening voor iedereen in Nederland te worden.

62 **Foto's huidafwijkingen veilig digitaal verwerken**
Hoe verwerk je digitaal beeldmateriaal van afwijkingen van patiënten op een veilige manier? De een gebruikt een aparte tablet en smartphone, de ander een apart mailadres, een derde stuurt een link.

www.henw.org

- Weet de huisarts de gecombineerde leefstijlinterventies te vinden?
- Huisartsen kritischer over gebruik opioïden dan voorheen
- Bij welke ouderen suppleert u vitamine D?

Telemonitoring van patiënten met COVID-19

Jelmer Gaastra, Hanneke Borgdorff

De klinische conditie van patiënten met COVID-19 kan in korte tijd verslechteren waardoor frequente monitoring nodig kan zijn. Een pilotonderzoek uit het Verenigd Koninkrijk laat zien dat het mogelijk is om matig zieke COVID-patiënten op afstand te monitoren via een smartphone app in plaats van met telefonische controles. Deze aanpak bespaart mogelijk tijd.

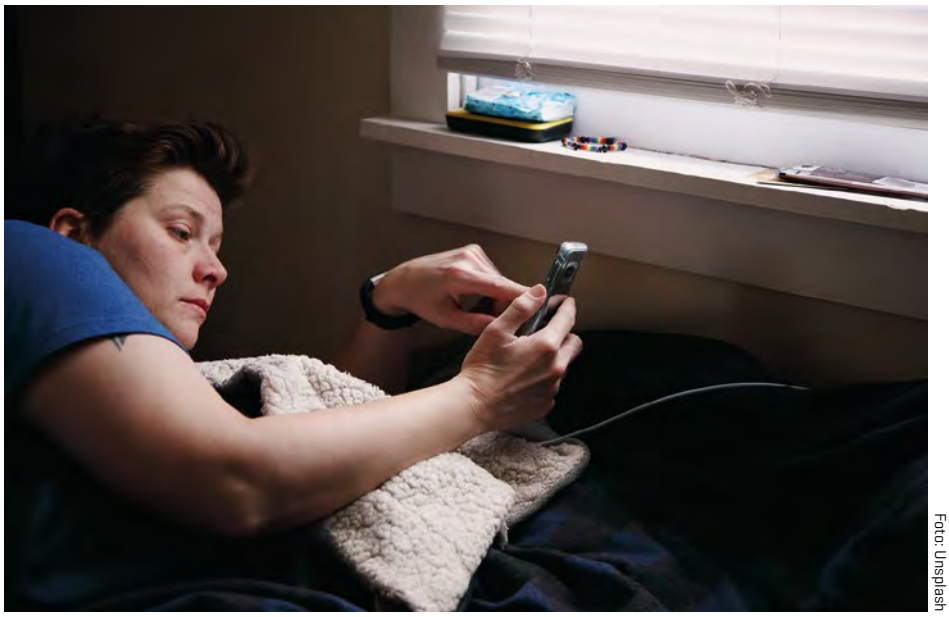


Foto: Unsplash

De onderzoekers voerden in mei 2020 een prospectief haalbaarheidsonderzoek uit onder 35 licht tot matig zieke COVID-19-patiënten die zich meldden op een COVID-19-eerstelijnspost in West-Londen. De patiënten werden thuis gedurende 14 dagen op afstand gevolgd, waarbij zij mochten kiezen tussen telefonische controles of controles via een app. Bij het telefonisch cohort (n = 12) informeerde een verpleegkundige driemaal daags naar de klachten (zowel ongestructureerd als met een vragenlijst). Van patiënten uit het appcohort (n = 23) werd 3 keer per dag de hartfrequentie, zuurstofsaturatie, temperatuur, symptomen en ervaren kortademigheid doorgegeven aan een verpleegkundige. Beide cohorten werden dagelijks door de huisarts gebeld.
De verpleegkundige besteedde gemiddeld 7,5 minuten (SD 0,84) aan een telefonisch contact en 2,5 minuten (SD 0,89) aan het bekijken van appdata. De huisartsconsulten duurden gemiddeld 12,5 minuten. In totaal duurde monitoring gemiddeld 490 minuten in het telefonische cohort en 280 minuten in het appcohort (tijdwinst van gemiddeld 210 minuten per patiënt). De deelnemers in het telefonisch cohort waren ouder (86% was ouder dan 50 jaar, tegenover 35% in het appcohort). Er waren geen verschillen in incidenten of mortaliteit, aldus de onderzoekers, hoewel zij daarvoor geen cijfers geven.
De onderzoekers concluderen dat monitoring via een app grote economische voordelen kan hebben. De kwaliteit van het onderzoek is echter laag vanwege de kleine patiëntaantallen en het ontbreken van randomisatie en klinische uitkomstmaten. Hoewel de toegevoegde waarde in de Nederlandse setting nog moet blijken, lijkt het een veelbelovende innovatie om op afstand patiënten te monitoren. ■

Shah SS, et al. A prospective observational real world feasibility study assessing the role of app-based remote patient monitoring in reducing primary care clinician workload during the COVID pandemic. BMC Fam Pract 2021;22:248.

NHG-Wetenschapsdag 2022 in het teken van datagedreven zorg

Redactie H&W

We beschikken over steeds meer data, ook in de huisartsenzorg. Hoe kunnen we die data zo goed mogelijk en op een veilige manier gebruiken? Dat is het thema van de NHG-Wetenschapsdag 2022. Wilt u hier meer over weten? Kom dan op vrijdag 10 juni naar Den Haag. Daar kunt u zich verdiepen in proactieve huisartsenzorg, gebaseerd op data.

Ieder jaar organiseert het Nederlands Huisartsen Genootschap, in samenwerking met een van de afdelingen huisartsgeneeskunde, de NHG-Wetenschapsdag. Hier presenteren auteurs het recentste huisartsgeneeskundig onderzoek en wat dit betekent voor de praktijk. Dit jaar werkt het NHG samen met de afdeling Public Health Eerstelijns Geneeskunde van het LUMC. Het thema is: proactieve huisartsenzorg, gebaseerd op data.
Het grootschalig gebruik van data in de huisartsenzorg roept veel vragen op. Hoe kunnen we beter gebruikmaken van onze HIS-gegevens? Welke methode van kunstmatige intelligentie kunnen we inzetten? Welke methodologie is nodig voor analyse van data, bijvoorbeeld in de zorg voor jeugd en ouderen of patiënten met hart- en vaatziekten?

Fysieke activiteit helpt tegen vermoeidheid na kanker

Mirrian Hilbink

Mensen die kanker hebben gehad hebben vaak last van klachten als vermoeidheid, angst en depressie. Sporten kan helpen, maar blijkt vaak ook lastig, onder andere door het aanbod van en de afstand tot de sportaccommodatie. Uit onderzoek blijkt dat fysieke activiteiten in de eigen leefomgeving op een zelfgekozen tijdstip vermoeidheid bij volwassen kankerpatiënten ook kan verminderen. Frequente coaching vergroot het effect van deze interventies.

Foto: Shutterstock

In een recent uitgevoerd systematisch literatuuronderzoek met meta-analyse werden 11 RCT's geïncludeerd met in totaal 1066 patiënten. Zevenenzeventig procent had een voorgeschiedenis van borstkanker, 14% eierstokkanker, 4% colorectale kanker, 4% prostaatkanker en 1% een andere vorm van kanker. De aangeboden interventies hadden met elkaar gemeen dat ze van lage tot gemiddelde intensiteit waren en individueel in of rond huis werden uitgevoerd. Slechts 1 onderzoek, waarbij de interventie bestond uit wijkgerichte groepswandelingen, vormde hierop een uitzondering. Negen onderzoeken richtten zich op vermoeidheid en 2 op depressie en/of angst. Meta-analyse toonde aan dat fysieke activiteit in de eigen leefomgeving tot een significante vermindering van vermoeidheid leidde, zowel direct na de interventie (SMD 0,22; 95%-BI 0,06 tot 0,37), na 3 maanden follow-up (SMD 0,27; 95%-BI 0,04 tot 0,51) als na 6 tot 9 maanden follow-up (SMD 0,31; 95%-BI 0,08 tot 0,55). Interventies waarbij minimaal driewekelijks coaching werd aangeboden hadden een sterker effect op vermoeidheid dan interventies waarbij minder vaak of geen coaching werd aangeboden. Omdat slechts 2 onderzoeken depressie en/of angst als uitkomstmaat hadden, kan over het effect van fysieke activiteit op depressie en angst geen betrouwbare uitspraak worden gedaan.

De auteurs concluderen dat fysieke activiteit leidt tot een afname van vermoeidheid bij volwassenen die kanker hebben gehad. Hoewel de positieve effecten bij de follow-up veelbelovend waren, waren zij afkomstig uit slechts 3 onderzoeken waarbij de populatie alleen uit borstkankerpatiënten bestond. Bewegen in en rondom huis blijkt voor de huisarts een goed te adviseren alternatief voor bewegen bij een sportfaciliteit. ■

Huizinga F, et al. Home-based physical activity to alleviate fatigue in cancer survivors. A systematic review and meta-analysis. Med Sci Sports Exerc 2021;53:2661-74.

Hoe kunnen we 'open tekst' op een systematische manier gebruiken voor onderzoek? Wat leveren al deze data en methoden ons op aan bruikbare kennis voor de praktijk? Interessante vragen waar we graag samen met u bij stilstaan. De NHG-Wetenschapsdag biedt inspirerende plenaire lezingen. Verder zijn er workshops over methodologie, *open science* en leiderschap, en presentaties van wetenschappelijk onderzoek. Ook is er volop ruimte voor discussie en voor de vertaling naar de (toekomstige?) praktijk van alledag. Meer weten? Kijk op nhgwetenschapsdag.nl. ■

Praktische informatie
Datum: 10 juni 2022
Tijd: 9.30 - 17:30 uur
Locatie: Universiteit Leiden, locatie Wijnhaven, Turfmarkt 99, 2511 DC Den Haag

Eenzaamheid verhoogt de kans op dementie

Silvan Licher

Ouderen die risico lopen op dementie voelen zich vaak eenzaam. Hebben zij een verhoogd risico op dementie door eenzaamheid of door de mate van ervaren sociale steun? Twee populatieonderzoeken tonen onafhankelijk van elkaar aan dat eenzaamheid het risico op dementie verhoogt, ongeacht de sociale steun. De huisarts moet dan ook alert zijn op cognitieve achteruitgang bij eenzame ouderen. Een lastige opdracht.

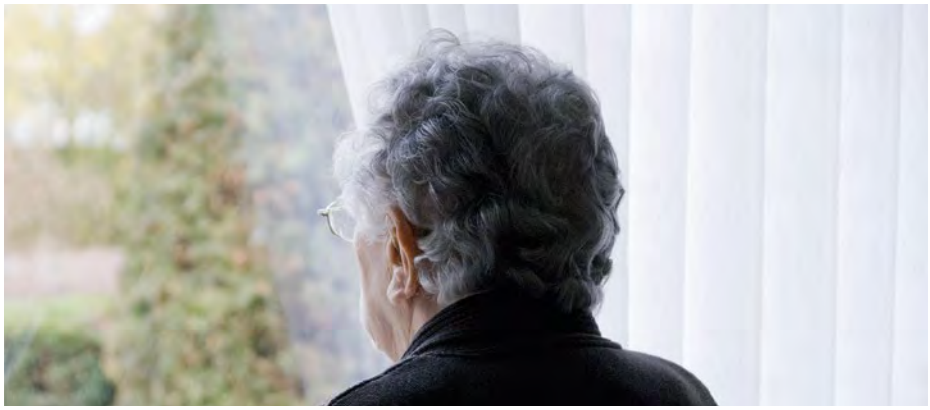


Foto: Shutterstock

Het onderhouden van een actief sociaal leven heeft een positieve invloed op onze (hersen)gezondheid. Hoe de vele facetten van een sociaal leven zich verhouden tot cognitieve achteruitgang en het ontstaan van dementie was echter lang onbekend. Onderzoekers van de Rotterdam Studie en de Swedish National study on Aging and Care (SNAC-K) volgden daarom in totaal meer dan 6500 niet-demente volwassenen zonder depressie (gemiddeld 71 jaar) om te bepalen wat het verband is tussen eenzaamheid en ervaren sociale steun in relatie tot cognitieve achteruitgang.
De onderzoekers gebruikten gevalideerde vragenlijsten om de mate van eenzaamheid en ervaren sociale steun in kaart te brengen. Jaren later (gemiddeld 6 tot 11 jaar later, afhankelijk van het cohort) maakten de deelnemers verschillende cognitieve tests en controleerden de onderzoekers de patiëntendossiers op symptomen van dementie. Daaruit bleek dat eenzaamheid het risico op dementie verhoogt, met een hazardratio (HR) van 1,34 (95%-BI 1,08 tot 1,60) in de Rotterdam Studie en een HR van 2,16 (95%-BI 1,12 tot 4,17) in de SNAC-K. Dit verband bleek in beide cohorten onafhankelijk van de mate van ervaren sociale steun. Overigens is het verband in dit observationele onderzoek mogelijk niet oorzakelijk, maar de relatief lange follow-upduur en consistente resultaten binnen 2 onafhankelijke cohorten maken dat wel waarschijnlijker. Verder lijkt het aannemelijk dat de resultaten van dit onderzoek een onderschatting zijn, aangezien het relatief gezonde ouderen betrof.
Op basis van deze resultaten is het wenselijk om eenzaamheid onder ouderen te reduceren met een integrale preventieve aanpak. De vraag is alleen wel hoe, aangezien de mate van ervaren sociale steun het risico op cognitieve achteruitgang niet direct verandert. Desondanks vragen eenzame ouderen om extra aandacht, waarbij de huisarts alert moet zijn op cognitieve achteruitgang onder deze kwetsbare patiëntengroep. ■

Freak-Poli R, et al. Loneliness, not social support, is associated with cognitive decline and dementia across two longitudinal population-based cohorts. J Alzheimers Dis 2022;85:295-308.

Korter amoxicilline bij kinderen met pneumonie?

Ariëtte Sanders-van Lennep

In de NHG-Standaard Acuut hoesten wordt een vijfdaagse kuur amoxicilline (40 mg/kg/dag in 3 doses) geadviseerd bij kinderen die vermoedelijk pneumonie hebben. Die kuur kan mogelijk korter. Een gerandomiseerd non-inferioriteitsonderzoek uit het Verenigd Koninkrijk en Ierland toont aan dat een driedaagse kuur niet leidt tot meer recidiefinfecties dan een zevendaagse kuur amoxicilline bij kinderen tussen 6 maanden en 5 jaar.

In Nederland wordt amoxicilline bij pneumonie relatief laag en kort gedoseerd ten opzichte van de adviezen uit buitenlandse richtlijnen. Minder antibioticagebruik voorkomt resistentie en bacteriële superinfecties en kan leiden tot minder bijwerkingen, betere therapietrouw en lagere kosten.
In het *Geneesmiddelen Bulletin* (GeBu) wordt de RCT beschreven waarin de behandeling gedurende 3 dagen werd vergeleken met behandeling gedurende 7 dagen. In deze RCT werd ook de lage dosis amoxicilline (35 tot 50 mg/kg/dag in 2 doses) vergeleken met een hoge dosis (70 tot 90 mg/kg/dag in 2 doses). De onderzoekers includeerden 814 kinderen met pneumonie die zij buiten het ziekenhuis hadden opgelopen (52% jongens; mediane leeftijd 2,5 jaar). In totaal moesten 100 van de 814 (12,5%;

Minder sterfte en acute-zorgconsumptie bij langdurige huisarts-patiëntrelatie

Sanne Dijkhuizen

Een van de 4 kernwaarden van het huisartsenvak is 'continuïteit'. Noors onderzoek laat zien dat continuïteit in de huisartsenpraktijk leidt tot minder acute ziekenhuisopnames, minder zorg buiten kantooruren en minder sterfte.

Foto: Shutterstock

Sinds 2001 heeft iedere Noor, net als iedere Nederlander, een vaste huisarts. Die huisarts werkt vaak in een praktijk met gemiddeld 3 tot 6 andere huisartsen. De onderzoekers verzamelden gegevens van ruim 4,5 miljoen Noren uit verschillende databases om de relatie te onderzoeken tussen continuïteit in de huisarts-patiëntrelatie en acute ziekenhuisopnames, zorg buiten kantooruren en sterfte.
Zij gebruikten data van 4.552.978 Noorse inwoners. Zij excludeerden 746.058 Noren die in het jaar van het onderzoek van huisarts wisselden. De duur van de relatie werd gestratificeerd in 6 categorieën en de uitkomsten werden gecorrigeerd voor patiënt- en doktervariabelen.
De kans op zorg buiten kantooruren was significant lager als de arts-patiëntrelatie langduriger was. Met een arts-patiëntrelatie van 1 jaar als referentie was de oddsratio 0,87 bij 2 tot 3 jaar (95%-BI 0,86 tot 0,88) tot OR 0,70 (95%-BI 0,69 tot 0,71) bij > 15 jaar. Ook de kans op een acute ziekenhuisopname nam af bij een langduriger arts-patiëntrelatie: OR 0,88 (95%-BI 0,86 tot 0,90) bij 2 tot 3 jaar tot OR 0,72 (95%-BI 0,70 tot 0,73) bij > 15 jaar. Zelfs de kans op sterfte was in het jaar van het onderzoek lager bij patiënten met een langduriger arts-patiëntrelatie (OR 0,92; 95%-BI 0,86 tot 0,98) bij 2 tot 3 jaar tot OR 0,75 (95%-BI 0,70 tot -0,80) bij > 15 jaar.
Dit onderzoek laat zien dat een langduriger arts-patiëntrelatie een positief effect heeft op de kans op sterfte en consumptie van acute zorg, en daarmee de zorgkosten verlaagt. De kans op acute ziekenhuisopnames, zorg buiten kantooruren en sterfte bij een arts-patiëntrelatie van 15 jaar of langer neemt zelfs af met 25 tot 30%. Dit bevestigt de waarde van de kernkwaliteit 'continuïteit' voor zowel de huisarts als de patiënt. ■

Sandvik H, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022;72:e84-e90.

Foto: Shutterstock

90%-BI 10,7 tot 14,6) kinderen binnen 28 dagen opnieuw voor een luchtweginfectie worden behandeld.
De driedaagse behandeling was niet inferieur aan de zevendaagse (verschil 0,1%; bovengrens eenzijdig 95%-BI 3,9%). De kenmerken van een pneumonie – zoals koorts, verhoogde ademhalingsfrequentie, piepende ademhaling, braken, slijmproductie en malaise – verdwenen in alle groepen even snel, zonder significante verschillen. Ook de bekende bijwerkingen van amoxicilline – zoals diarree (44%), huiduitslag (24%) en spruw (7%) – werden in gelijke mate gerapporteerd. Verder was de lage dosering niet inferieur aan de hoge dosering (verschil 0,2%; bovengrens eenzijdig 95%-BI 4,0%).
De toepasbaarheid van de bevindingen is nog beperkt. Zo wijken de dosering en de doseerintervallen af die in de Nederlandse situatie. Mogelijk hebben kinderen met een zeer ernstige pneumonie of comorbiditeit een hogere dosering of langere kuur nodig. De auteurs van het GeBu constateren terecht dat als deze bevindingen worden bevestigd, de behandelduur in de toekomst wellicht naar beneden kan in Nederland. ■

Schwarz EP. Amoxicilline bij kinderen met pneumonie; Lager en korter doseren? Geneesmiddelen Bulletin 2022;56(4):33-5.

Anderhalvelijnszorg voor knie- en heupartrose

Dieuwke Schiphof, Ilgin Arslan, Vincent Voorbrood, Saskia Stitzinger, Maarten-Paul van de Kerkhove, Rianne Rozendaal, et al.

Om het aantal verwijzingen naar tweedelijnszorg orthopedie terug te dringen zijn in Nederland diverse anderhalvelijnszorgpilotprojecten voor knie- en heupartrose opgezet. In een aantal van deze projecten leveren orthopeden consulten in de huisartsenpraktijk. Uit een evaluatie van 3 van deze pilotprojecten blijkt dat ze de multidisciplinaire communicatie en de toegankelijkheid van de zorg verbeterden. Bovendien vergrootten ze de kennis en vaardigheden van zorgverleners. Deze vorm van zorg had ook gevolgen voor het aantal verwijzingen naar fysiotherapie en de tweede lijn.

Artrose is een van de meest voorkomende chronische ziekten. In 2020 registreerden huisartsen 1,56 miljoen mensen met artrose en dit aantal zal naar verwachting alleen maar toenemen.[1] De zorg voor artrose vindt voornamelijk plaats in de huisartsenpraktijk. Als klachten verergeren krijgen patiënten een verwijzing naar de tweedelijnszorg. Met het stijgen van het aantal mensen met artrose, zullen ook de kosten voor artrosezorg toenemen. Die zorgkosten worden voornamelijk gemaakt in de tweede lijn (52%) en niet in de eerste lijn (6%).[2]
Om de zorgkosten terug te dringen is in 2012 in samenwerking met zorgverzekeraar CZ een aantal anderhalvelijnszorgprojecten gestart. Bij anderhalvelijnszorg wordt tweedelijns specialistische kennis onder regie van de huisarts in de huisartsenpraktijk toegepast.[3-5]
De anderhalvelijnsprojecten waren gericht op klachten van het bewegingsapparaat of specifiek op knie- en heupartrose. Het doel van alle projecten was het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg in de tweede lijn. Samen met zorgverzekeraar CZ hebben wij de anderhalvelijnszorg voor knie- en heupartrose geëvalueerd. Drie van de lopende pilotprojecten waren bereid mee te doen. We onderzochten de factoren die de anderhalvelijnszorg belemmerden en bevorderden, de patiënttevredenheid en het aantal verwijzingen naar de tweedelijnszorg. Meer informatie over de individuele pilotprojecten is te vinden in het stroomdiagram [**figuur**]. De methode van de evaluatie is beschreven in het [**kader**]. Details over het onderzoek zijn te vinden in de oorspronkelijke publicatie.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van: Arslan IG, Voorbrood VMI, Stitzinger SAG, Van de Kerkhove MP, Rozendaal RM, Van Middelkoop M, Bindels PJE, Bierma-Zeinstra SMA, Schiphof D. Evaluation of intermediate care for knee and hip osteoarthritis: a mixed-methods study. BMC Fam Pract 2021;22:131. Publicatie gebeurt met toestemming.

BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Huisartsen en orthopeden gaven aan dat de anderhalvelijnszorg de multidisciplinaire communicatie bevorderde, waarmee de transparantie en het wederzijds respect toenamen.

Huisarts: 'De specialist is zich meer bewust van de problemen die de huisarts heeft. Met andere woorden, je krijgt meer respect voor elkaar. Dat is ook een doel wat ik belangrijk vind. Dat je respect voor elkaar hebt en de patiënt voelt dat.'

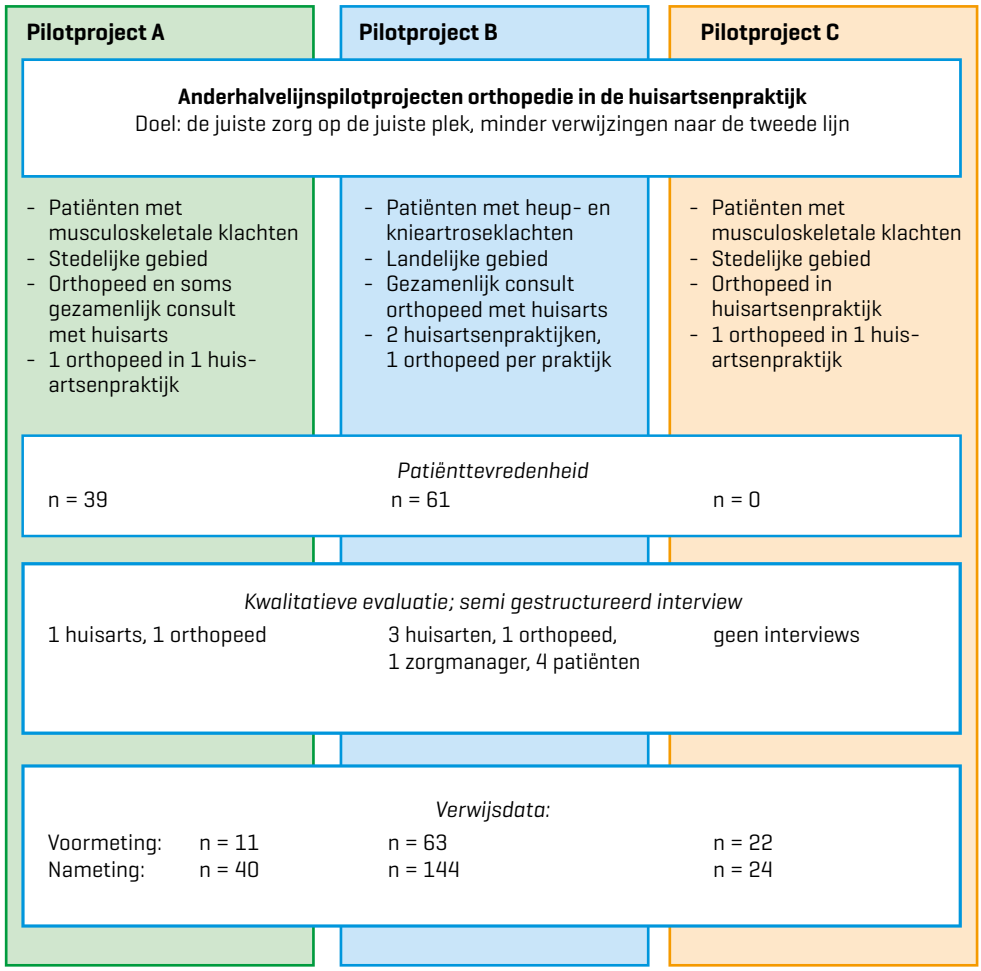
Huisartsen gaven ook aan dat hun kennis, vaardigheden en vertrouwen in hun klinische diagnose toenamen dankzij de samenwerking met orthopeden. Vooral de huisartsen die de consulten samen met een orthopeed voerden vertelden dat ze beter konden inschatten wanneer ze een patiënt naar de tweedelijnszorg moesten verwijzen.

Huisarts: 'Op het moment dat je iemand naast je hebt zitten die het heel veel doet, ga je dat ook vaker doen. Dat zie je met die knieën gebeuren. In de knie prikken is helemaal niet zo moeilijk, maar als je het niet doet en er niemand naast je zit die het een keer voordoet, ga je het zelf niet doen.'

Orthopeed: 'Je leidt elkaar een beetje op, ik leer van de huisarts en de huisarts leert van ons.'

Figuur

Stroomdiagram van het project



METHODE

We hielden semigestructureerde interviews, waarbij we de onderwerpen baseerden op literatuur en expertopinie. Voor de interviews nodigden we alle betrokken zorgverleners binnen de pilotprojecten uit. Eén praktijk heeft goedkeuring gegeven om patiënten via de huisarts te benaderen voor een interview. Twee onderzoekers hebben de interviews (n = 11, onder wie 4 patiënten) onafhankelijk gecodeerd en thematisch geanalyseerd, in navolging van Braun en Clarke.[6]. Een van de praktijken had geen tijd om patiënten te vragen, de andere sloot pas later aan, waardoor er geen tijd meer was om patiënten te benaderen en te interviewen.

We maten de patiënttevredenheid in ieder pilotproject met een vragenlijst, die de patiënten anoniem konden invullen. De lijst bestond uit vragen over de tevredenheid met het consult, de gegeven informatie en de patiënt-zorgverlenerrelatie. In de ene praktijk werden deze vragenlijsten op een schaal van 0-10 ingevuld, in de andere praktijk op een 4-puntslikertschaal. Patiënten mochten ook vrije tekst toevoegen. De hoogste score op beide schalen betekent zeer tevreden.

In het informatiesysteem van de huisarts zochten we retrospectief naar patiënten met een ICPC-code L89 (heupartrose) of L90 (knieartrose), in eenzelfde tijdsperiode voor de implementatie als na de implementatie van de anderhalvelijnszorg. We noteerden in beide groepen het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut en de tweede lijn. Absolute verschillen presenteren we met een 95%-betrouwbaarheidsinterval.

WAT IS BEKEND?

- De prevalentie van artrose is hoog en zal de komende jaren nog meer stijgen.
- Door deze toename zal het aantal verwijzingen naar de tweede lijn ook toenemen.
- Anderhalvelijnszorg kan zorgen voor minder verwijzingen en minder lange wachttijden voor de tweedelijnszorg.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen en orthopeden ervaren een betere samenwerking door de anderhalvelijnszorg.
- Huisartsen en orthopeden leren van elkaar en vergroten hun kennis over artrose.
- De anderhalvelijnszorg heeft het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut verhoogd.

Huisartsen en orthopeden leren van elkaar en patiënten zijn tevreden over de geleverde zorg. Foto: Shutterstock

Volgens de geïnterviewde zorgverleners verbeterde de anderhalvelijnszorg de toegankelijkheid van de zorg doordat wachttijden korter werden, zorgkosten daalden en reisafstanden afnamen. Patiënten voegden daaraan toe dat ze het prettig vonden dat ze de specialistische zorg in een vertrouwde omgeving ontvingen.

Patiënt: 'Het is een fijne omgeving, omdat het al bekend is.'

Huisartsen noemden weinig belemmerende factoren. De orthopeden ervoeren een hoge werkdruk en vonden het lastig dat de toegang tot diagnostische apparatuur beperkt was. De respondenten vonden het positief dat het aantal aanvullende onderzoeken afnam.

Orthopeed: 'Wij voeden elkaar daar ook in op en zeggen "onzinnige onderzoeken: doe dat niet". Het is ook allemaal een leerproces, het gaat ook minder diagnostiek opleveren.'

DE PATIËNTTEVREDENHEID

In 2 projecten hebben we de patiënttevredenheid (n = 100 patiënten) onderzocht [**box**]. De consultatie, informatievoorziening en de patiënt-zorgverlenerrelatie werden in beide projecten zeer positief beoordeeld. Verder waren de patiënten tevreden over het kennisniveau van de orthopeed, de korte wachttijden en de mogelijkheid van een avondspreekuur.

VERWIJZINGEN NAAR FYSIOTHERAPIE EN DE TWEEDE LIJN

Van de 3 pilotprojecten includeerden we 96 patiënten in de pre-implementatieperiode en 208 patiënten in de postimplementatieperiode. Na de start van de anderhalvelijnszorg nam het percentage verwijzingen naar fysiotherapie significant toe (absoluut verschil 15%; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 7,2 tot 22,8); [**tabel**]. Het percentage verwijzingen naar de tweede lijn nam ook licht toe, maar dit verschil was niet statistisch significant (absoluut verschil 6%; 95%-BI –6,2 tot 17,9).

BESCHOUWING

De anderhalvelijnszorg had de volgende positieve gevolgen: 1) verbeterde interdisciplinaire communicatie, 2) grotere toegankelijkheid van de zorg, 3) toename in kennis en vaardigheden van huisartsen en 4) hoge patiënttevredenheid. Orthopeden hadden problemen met de beperkte toegang tot specialistische apparatuur en de hoge werkdruk. Na de invoering van de anderhalvelijnszorg nam het percentage verwijzingen naar fysiotherapie toe. Dit verhoogt de kwaliteit van de zorg, omdat het aanbieden van fysiotherapie aan patiënten met artrose een indicator is voor hoge kwaliteit van zorg.[7] Een verrassende bevinding was dat huisartsen ervoeren dat de selectie van verwijzingen naar tweedelijnszorg orthopedie beter verliep, hoewel het percentage verwezen patiënten na de invoer van de anderhalvelijnszorg niet is gedaald. Eerdere onderzoeken rapporteerden wel een afname.[3,5,8,9] Mogelijk heeft dit verschil te maken met de korte looptijd (6-12 maanden) van de pilotprojecten van ons onderzoek.

Dankzij de samenwerking met orthopeden kregen huisartsen meer vertrouwen in hun kennis en vaardigheden. Eerdere onderzoeken lieten zien dat huisartsen weinig vertrouwen hebben in hun vaardigheden en kennis wat betreft aandoeningen van het bewegingsapparaat.[10,11] De samenwerking met de orthopeed kan hier dus verandering in brengen.

Een sterk punt van deze pragmatische evaluatie is de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens. Een beperking is dat we geen goede baselinemeting hebben gedaan. We beschikten niet over informatie over de ernst van de knie- en heupartrose. Daardoor weten we niet of de verschillen in percentage verwezen patiënten voor en na de invoer van de anderhalvelijnszorg een gevolg is van de pilotprojecten of van de ziekte-ernst. De kans om naar de tweedelijnszorg te worden verwezen is voor patiënten met een hogere ziekte-ernst immers groter. Vanwege het pragmatische karakter en de korte looptijd van de pilotprojecten moeten we de resultaten bovendien met enige terughoudendheid interpreteren.

Tabel

Kenmerken van patiënten en aantal verwijzingen voor (pre-implementatieperiode) en na (postimplementatieperiode) de start van de 3 anderhalvelijnszorgpilotprojecten

	Pre-implementatieperiode (n = 96)	Postimplementatieperiode (n = 208)	Absoluut verschil (%) (95%-BI)
Leeftijd, gemiddelde (sd)	71,3 (10,8)	69,3 (9,80)	
Vrouw, n (%)	64 (67)	138 (66)	
Knieartrose, n (%)	65 (68)	137 (66)	
Heupartrose, n (%)	31 (32)	71 (34)	
Verwezen naar fysiotherapie, n (%)	5 (5)	42 (20)	+15% (7,2 tot 22,8)
Verwezen naar orthopedie, n (%)	29 (30)	75 (36)	+ 6% (−6,2 tot 17,9)

sd = standaarddeviatie; n = aantal; BI = betrouwbaarheidsinterval.

Een herhaling van dit onderzoek met een gedegen baselinemeting, een langere follow-up en meer verschillende vormen van anderhalvelijnszorg, zoals videoconsulten, zal waardevolle informatie opleveren over de implementatie en (kosten)effectiviteit van anderhalvelijnszorg.

CONCLUSIE

Dit evaluatieonderzoek laat zien dat anderhalvelijnszorg de interdisciplinaire communicatie, de transparantie en het wederzijds respect bevordert. Zorgverleners leren van elkaar en de patiënten zijn tevreden met de geleverde zorg. Na de invoer van anderhalvelijnszorg zagen we een toename van het aantal verwijzingen naar eerstelijnszorg fysiotherapie, maar nog geen afname in de hoeveelheid verwijzingen naar tweedelijnszorg orthopedie. Het mogelijk terugdringen van de zorgkosten en het aantal onnodige verwijzingen naar de tweede lijn kon met de huidige projecten niet onderzocht worden. ■

LITERATUUR

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Prevalentie en aantal nieuwe gevallen van artrose in huisartsenpraktijk. 2021. https://www.vzinfo.nl/artrose/leeftijd-en-geslacht. Geraadpleegd op 7 maart 2022.
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Artrose. Kosten. 2018. https://www.vzinfo.nl/artrose/kosten. Geraadpleegd op 7 maart 2022.
3. Sibbald B, Pickard S, McLeod H, Reeves D, Mead N, Gemmell I, et al. Moving specialist care into the community: an initial evaluation. J Health Serv Res Policy 2008;13:233-9.
4. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database Syst Rev 2004;1:CD003798.
5. Black M, Leese B, Gosden T, Mead N. Specialist outreach clinics in general practice: what do they offer? Br J Gen Pract 1997;47:558-61.
6. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006;3:77-101.
7. Edwards JJ, Khanna M, Jordan KP, Jordan JL, Bedson J, Dziedzic KS. Quality indicators for the primary care of osteoarthritis: a systematic review. Ann Rheum Dis 2015;74:490-8.
8. Gosden T, Black M, Mead N, Leese B. The efficiency of specialist outreach clinics in general practice: is further evaluation needed? J Health Serv Res Policy 1997;2:174-9.
9. Van Hoof SJ, Spreeuwenberg MD, Kroese ME, Steevens J, Meerlo RJ, Hanraets MM, et al. Substitution of outpatient care with primary care: a feasibility study on the experiences among general practitioners, medical specialists and patients. BMC Fam Pract 2016;17:108.
10. Matheny JM, Brinker MR, Elliott MN, Blake R, Rowane MP. Confidence of graduating family practice residents in their management of musculoskeletal conditions. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2000;29:945-52.
11. Lillicrap MS, Byrne E, Speed CA. Musculoskeletal assessment of general medical in-patients – joints still crying out for attention. Rheumatology (Oxford) 2003;42:951-4.

Schiphof D, Arslan I, Voorbrood VMI, Stitzinger SAG, Van de Kerkhove M-P, Rozendaal RM, Van Middelkoop M, Bindels PJE, Bierma-Zeinstra, SMA. Anderhalvelijnszorg voor knie- en heupartrose. Huisarts Wet 2022;65(6):10-5. DOI:10.1007/s12445-022-1441-y.

ErasmusMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. D. Schiphof, universitair docent, d.schiphof@erasmusmc.nl; I.G. Arslan, PhD-student; V.M.I. Voorbrood, huisarts; dr. M. van Middelkoop, universitair hoofddocent; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde; prof. dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoofd afdeling onderzoek; dr. R.M. Rozendaal, coördinator Academisch huisartsennetwerk Primeur. Huisartsenpraktijk Pallion, Hulst: S.A.G. Stitzinger, huisarts. ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen, Orthopedie, Terneuzen: dr. M.P. van de Kerkhove, orthopeed.

Mogelijke belangenverstrengeling: CZ heeft de bij hun lopende pilotprojecten benaderd voor deelname en dit evaluatieonderzoek gefinancierd. CZ heeft verder geen rol gespeeld bij de uitvoering en publicatie van dit onderzoek.

Gezondheid van gevangenen voor en na detentie

Peter Groenewegen, Anja Dirkzwager, Paul Nieuwbeerta, Robert Verheij, Martijn Ruiten

Mensen met een slechte lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn oververtegenwoordigd in de gevangenispopulatie. Onduidelijk is of die gezondheidsproblemen er al waren voor de detentie, of juist in de gevangenis zijn ontstaan of verergerd. In een gematcht cohortonderzoek op basis van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en gevangenisgegevens is de gezondheid van gedetineerden in het jaar voor en het jaar na hun detentie vergeleken met die van niet-gedetineerden. Gedetineerden bleken al voor hun detentie relatief vaak psychische en sociale problemen te hebben. De gevangenschap zelf veranderde daar niet veel aan. (Ex-)gedetineerden blijven een kwetsbare patiëntengroep die ook buiten de gevangenis extra aandacht behoeft.

Wereldwijd verblijven er meer dan 10 miljoen mensen in penitentiaire inrichtingen.[1] De overgrote meerderheid wordt op een gegeven moment vrijgelaten en een aanzienlijk deel komt opnieuw in de gevangenis terecht. Dit maakt gezondheid van en zorg voor gedetineerden een belangrijk onderdeel van de volksgezondheid, waar in Nederland jaarlijks zo'n 30.000 mensen mee te maken hebben.[2] We weten dat mensen met een slechte gezondheid oververtegenwoordigd zijn in de gevangenispopulatie.[3–8] Systematische literatuuronderzoeken laten zien dat (ex-)gedetineerden in vergelijking met de algemene bevolking meer lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen hebben.[5–8] Bovendien komt multimorbiditeit bij (ex-)gedetineerden veel voor.[9–11] Onduidelijk is echter of hun gezondheidstoestand al voor hun detentie slecht was of een gevolg is van de detentie. Het is jammer dat er zo weinig empirisch onderzoek is, want de verwachtingen over het effect van detentie verschillen. De ontberingen van het gevangenisleven, de blootstelling aan stress, het leven in gemeenschap en het stigma van opsluiting zijn alle in verband gebracht met gezondheidsproblemen.[12,13] Aan de andere kant kunnen gevangenissen ook gezondheidsbevorderende effecten hebben, bijvoorbeeld voor mensen met reeds bestaande sociale, economische of gezondheidsproblemen, die voor hun detentie geen toegang tot gezondheidszorg hadden.[14,15] Meer dagelijkse structuur, regelmatige en voedzame maaltijden, minder mogelijkheden om alcohol en drugs te gebruiken en toegang tot gezondheidszorg zijn goed voor de gezondheid. Het meeste onderzoek naar gezondheid in gevangenissen is cross-sectioneel, maar sommige longitudinale onderzoeken hebben tijdens detentie verbetering van de geestelijke gezondheid laten zien.[16] Niet bekend is in hoeverre zulke gezondheidsverbeteringen ook blijven bestaan na vrijlating.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Dirkzwager AJ, Verheij R, Nieuwbeerta P, Groenewegen P. Mental and physical health problems before and after detention: A matched cohort study. Lancet Reg Health Eur 2021;8:100154. Publicatie gebeurt met toestemming.

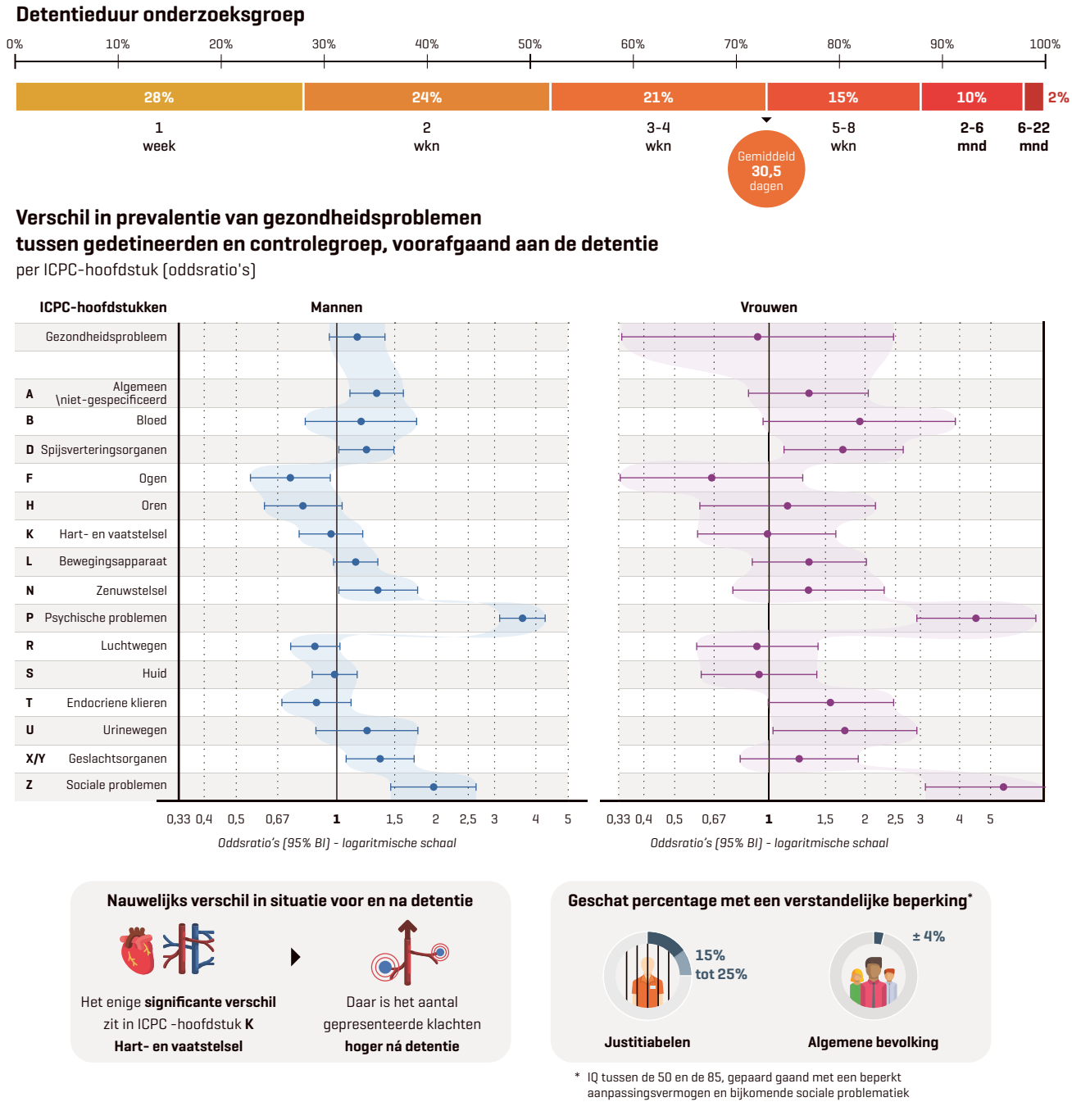
METHODE

Doel van ons onderzoek was om voor zowel mannelijke als vrouwelijke gedetineerden na te gaan (a) in hoeverre hun gezondheid voorafgaand aan de detentie verschilde van die van niet-gedetineerden, en (b) in hoeverre de gezondheidsproblemen en het verschil met niet-gedetineerden na de detentie veranderd waren.

Binnen de – streng beveiligde – omgeving van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) hebben we geanonimiseerde gegevens over gedetineerden en de periode waarin ze gedetineerd waren gekoppeld aan achtergrondgegevens uit het Stelsel van Sociaal-statistische Bestanden en aan gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn over gezondheidsproblemen waarvoor mensen naar de huisarts gingen.[17-19] We vergeleken een groep gedetineerden die in 2014 of 2015 vastzaten met een groep niet-gedetineerden die 1:5 gematcht waren qua leeftijd, geslacht en huisartsenpraktijk.

Per ICPC-hoofdstuk berekenden we de prevalentie van gezondheidsproblemen in het jaar voor en het jaar na de

Infographic



Infographic: Studio Wiegers

detentie. Voor de controlegroep namen we de start- en einddatum van de detentieperiode van de gedetineerde waaraan zij waren gekoppeld, zodat de analyse van controlepersonen en gedetineerden een identieke periode van 1 jaar betrof.
Ons onderzoeksvoorstel werd positief beoordeeld door de Commissie Ethiek Rechtswetenschappelijk & Criminologisch Onderzoek van de Vrije Universiteit (brief van 26.03.2018) en door de Kamer Huisartsen en de privacycommissie van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (nummer NZR-003.18.017).

RESULTATEN

De koppeling van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en de gegevens over gedetineerden leverde 2959 gekoppelde records op. Hiervan vielen er 1993 uit doordat in de Zorgregistraties gegevens ontbraken over het jaar voor of na detentie (686 betroffen de huisartsenpraktijk, 1307 betroffen de gedetineerde). Ten slotte vielen er nog 14 records uit door het ontbreken van voldoende matches. Uiteindelijk werden 952 gedetineerden vergeleken met 4760 niet-gedetineerden.
De [**infographic**] geeft een globaal beeld van de verschillen in gezondheidsproblemen. Vergeleken met niet-gedetineerden

WAT IS BEKEND?

- (Ex-)gedetineerden hebben een verhoogd risico op lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen.
- In principe kunnen de dagelijkse structuur, regelmatige en voedzame maaltijden, minder mogelijkheden om alcohol en drugs te gebruiken en toegang tot gezondheidszorg de gezondheid van gedetineerden bevorderen.

WAT IS NIEUW?

- Al voor hun detentie hadden gedetineerden een aanzienlijk slechtere gezondheid dan gematchte niet-gedetineerden.
- De detentie zelf had geen nadelig, maar ook geen positief effect op de gezondheid.

rapporteerden mannelijke gedetineerden in het jaar voor de detentieperiode vaker psychische problemen, sociale problemen, neurologische problemen, spijsverteringsproblemen, problemen gerelateerd aan het genitale systeem en niet-gespecificeerde gezondheidsproblemen. Ter illustratie: 43,7% van de mannelijke gedetineerden meldde zich in het jaar voorafgaand aan de detentie met psychische problemen bij hun huisarts, tegenover 17,6% van de niet-gedetineerden.
Bij een gedetailleerdere indeling in kleinere probleemclusters blijkt dat mannelijke gedetineerden in het jaar voor hun detentie ongeveer 17 keer zo veel kans hadden op een huisartsencontact in verband met drugsmisbruik, 7 keer zo veel kans op een contact in relatie tot alcoholmisbruik en circa 3 keer zo veel kans op stressreacties en persoonlijkheidsstoornissen. Bij vrouwelijke gedetineerden vonden we een soortgelijk patroon, maar door de kleinere aantallen waren de oddsratio's minder vaak significant. Vrouwelijke gedetineerden zochten in het jaar voor hun detentie wel aanzienlijk vaker dan niet-gedetineerde vrouwen contact met de huisarts vanwege persoonlijkheidsstoornissen en depressie, en ze hadden ongeveer 2 keer zo vaak een acute urineweginfectie of ernstige rugproblemen.
Tot op zekere hoogte waren de gezondheidsverschillen tussen gedetineerden en niet-gedetineerden voor detentie toe te schrijven aan sociaaleconomische verschillen: migratieachtergrond, sociaaleconomische positie (betaald werk, uitkering), inkomenspositie en het hebben van een partner. Als we hiermee rekening houden, verdwijnt een aantal verschillen met de controlegroep. Op een lichte toename van cardiovasculaire problemen na vonden we nauwelijks veranderingen in gezondheidsproblemen voor en na detentie.

BESCHOUWING

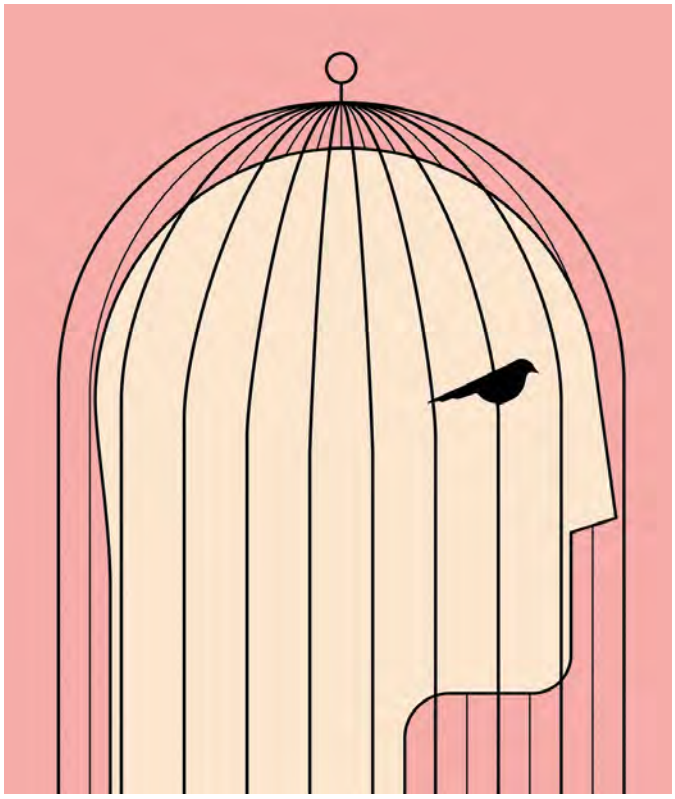
Naar de gezondheidseffecten van detentie is nog weinig onderzoek gedaan. In dit gematchte cohortonderzoek hebben we een breed scala aan lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen bij vrouwelijke en mannelijke gedetineerden vergeleken met de problemen bij gematchte niet-gedetineerden. Onze eerste kernbevinding is dat de gezondheidstoestand van gedetineerden voor detentie al slechter was dan die van niet-gedetineerden. Ook als je sociaaleconomische verschillen tussen gedetineerden en controlepersonen in aanmerking neemt, kwam een aantal gezondheidsproblemen vaker voor bij gedetineerden: psychische en sociale problemen (voor mannen en vrouwen); genitale problemen (mannen); coronaire hartziekte (mannen) en ernstige rugproblemen (vrouwen).
De tweede kernbevinding is dat de gezondheidsproblemen van gedetineerden voor en na de detentie nauwelijks verschilden, en dat hun gezondheid niet meer veranderde dan die van de controlepersonen. Kortom, ons onderzoek laat geen gezondheidseffect van detentie zien – noch schadelijk noch bevorderend – maar bevestigt dat personen die in gevangenissen terechtkomen dan al een relatief slechte gezondheid hebben.
Onze bevindingen zijn relevant voor zorgverleners binnen en buiten de gevangenismuren. Kennis van de specifieke gezondheidsproblemen van (ex-)gedetineerden kan hen helpen om de zorgbehoeften van deze bijzonder kwetsbare groep adequaat te herkennen en aan te pakken. In combinatie met onze bevinding dat personen die in detentie komen meer gezondheidsproblemen hebben, duidt het feit dat hun gezondheid na de detentie niet is verbeterd mogelijk op een gemiste kans om in de gezondheidsbehoeften van gedetineerden te voorzien. Kort na aankomst in de gevangenis is er een medische intake en de zorgverlener die de gedetineerde ziet, is dan in principe in de positie om diens gezondheid te versterken, bijvoorbeeld door gezondheidsbehoeften te signaleren, informatie te verstrekken, een behandeling te geven of de continuïteit van zorg voor, tijdens en na detentie te bewaken.

Sterke punten en beperkingen

De kracht van onze aanpak zit in het gebruik van gegevens uit de huisartsenpraktijk. Deze geven een beter beeld van de gezondheid dan ziekenhuisgegevens. Door administratieve gegevens en routine-zorggegevens te gebruiken, voorkwamen we problemen van zelfrapportage. Een beperking is dat we geen gegevens hadden over gedetineerden die niet waren ingeschreven bij een huisarts, bijvoorbeeld door thuisloosheid. Een andere beperking is dat de gemiddelde detentieduur van onze onderzoekspopulatie korter was dan het Nederlandse gemiddelde; dit vanwege de beperkte periode die ons onderzoek besloeg.

Belang voor huisartsen

Over het algemeen is de medische zorg binnen de meeste gevangenissen goed, maar zoals ons onderzoek heeft laten zien betekent dit niet dat mensen er beter uitkomen. Het maakt veel uit hoe men de detentie heeft ervaren en hoe men is behandeld. Los daarvan vormen (ex-)gedetineerden een kwetsbare groep waarover veel vooroordelen bestaan. Het is belangrijk dat huisartsen zich dat realiseren en (ex-)gedetineerden tegemoet treden als zorgbehoeftige personen, zonder te stigmatiseren. Mensen komen om veel verschillende rede-



(Ex-)gedetineerden zijn vaak kwetsbare patiënten die ook buiten de gevangenis extra aandacht behoeven. Foto: Shutterstock

nen in de gevangenis terecht en het zijn veelal geen ernstige vergrijpen. Vaak betreft het mensen die beperkt zelfredzaam zijn en makkelijk beïnvloedbaar. Moeilijkheden met leren en onvoldoende (sociale) vaardigheden zijn een onderschat probleem bij gedetineerden.[20] Naar schatting 15-25% heeft een verstandelijke beperking.[21,22] Dit is aanzienlijk meer dan in de algemene bevolking, waar circa 4% een lichte verstandelijke beperking heeft.[22]

Ons onderzoek bevestigt het beeld dat psychische problemen een belangrijke rol spelen bij gedetineerden: de gedetineerden in ons onderzoek kwamen relatief vaak met psychische problemen bij de huisarts. Het is daarom belangrijk dat huisartsen – als zij weten dat een patiënt een detentieverleden heeft – zich ervan bewust zijn van wie de gedetineerde is als patiënt, dat deze veelal kwetsbaar is en dat dit vraagt om zorg op maat. Bekend is dat lang niet alle patiënten willen dat hun eigen huisarts weet dat zij hebben vastgezeten, uit angst voor negatieve reacties. Daarom is het – mogelijk meer dan bij andere patiënten – belangrijk dat huisartsen investeren in het opbouwen van een vertrouwensrelatie met hun ex-gedetineerde patiënten en proberen de detentie bespreekbaar te maken, omdat de patiënt zich er mogelijk voor schaamt. Soms komt een huisarts juist in het gesprek over detentie erachter dat er grote problemen zijn. Denk aan de alleenstaande man met dementie die zijn rekeningen niet meer betaalt en in de gevangenis terechtkomt, terwijl dit voorkomen had kunnen worden als er eerder adequate hulp was geweest. Het is dan fijn als de medische dienst vanuit de gevangenis even belt om de eigen huisarts hiervan op de hoogte te stellen.

Een goede medische overdracht naar de eigen huisarts kan van groot belang zijn voor de gezondheid van ex-gedetineerden. In gevangenissen is 1 fte huisarts beschikbaar op gemiddeld 400 gedetineerden. Dit is 5 keer zoveel als buiten de muren. Huisartsen binnen de gevangenis kunnen dus veel betekenen voor de gedetineerde patiënt, maar momenteel vindt er niet of nauwelijks medische overdracht plaats naar de eigen huisarts. Dat zou veel beter kunnen. Het is belangrijk dat de eigen huisarts weet wat er zich heeft afgespeeld binnen de muren. Continuïteit van zorg zou zelfs kunnen helpen bij het voorkomen van een nieuwe detentie.[23]

Het gaat overigens niet alleen om medische onderwerpen die overgedragen zouden moeten worden. Tijdens de detentie wordt de zorgverzekering tijdelijk stopgezet. Gedetineerden zijn namelijk verzekerd via een collectieve verzekering van de Rijksoverheid. Na detentie moet de ex-gedetineerde zich zelf weer aanmelden bij een zorgverzekeraar. Men kan zich voorstellen dat dat niet altijd goed gaat. Wij pleiten daarom ook voor (betere) gegevensuitwisseling en samenwerking met het sociale domein,[24] bijvoorbeeld om een ex-gedetineerde patiënt op weg te helpen om uit de schulden te komen. ■

LITERATUUR

1. Walmsley R. World prison population list. London: ICPR, 2018.
2. World Health Organization. The Madrid recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health. Geneva: World Health Organization, 2009.
3. Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. J Epidemiol Community Health 2009;63:912-9.

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

Groenewegen PP, Dirkzwager AJ, Nieuwbeerta P, Verheij RA, Ruiten M. Gezondheid van gevangenen voor en na detentie. Huisarts Wet 2022;65(6):16-9. DOI:10.1007/s12445-022-1440-z.

Nivel, Utrecht: prof.dr. P.P. Groenewegen, senior onderzoeker zorgstelsel en sturing (tevens emeritus Universiteit Utrecht), p.groenewegen@nivel.nl; prof. dr. R.A. Verheij, programmaleider Zorgdata en het Lerend zorgsysteem (tevens Tilburg University). Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, Amsterdam: dr. A.J.E. Dirkzwager, senior onderzoeker. Universiteit Leiden, Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Leiden: prof. dr. P. Nieuwbeerta, hoogleraar criminologie. MedTzorg, Utrecht: dr. M. Ruiten, medisch directeur.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Intercollegiale digitale psychiatrische consultaties

Nynke Bock, Hans Wouters, Anne Lammers, Marco Blanker

Wanneer huisartsen vragen hebben aan psychiaters kunnen ze die sinds 2018 stellen via het online overlegplatform Prisma. In de eerste 13 maanden nadat het platform was gestart, stelden 70 gebruikers in totaal 169 diagnostische, therapeutische of verwijsvragen over 136 psychiatrische casussen. De beantwoording van vragen gebeurde in het algemeen snel: de helft van de vragenstellers had binnen 2 uur een eerste antwoord, 86% binnen 24 uur. Huisartsen consulteerden psychiaters over een breed scala aan psychische aandoeningen. Bij een aanzienlijk deel ging het om complexe vragen. Slechts een klein deel had ook met een NHG-Standaard beantwoord kunnen worden. Bij de meeste casussen waren meerdere specialisten betrokken.

Huisartsen merken dat zorgvragen over psychische en psychiatrische problematiek steeds complexer worden.[1] Terwijl lange wachtlijsten, beperkte vergoeding van zorg en een opdeling van problematiek tussen ggz-instellingen de mogelijkheid tot verwijzing belemmeren, zoeken huisartsen naar andere wegen om hun patiënten toch gepaste zorg te kunnen bieden. Wanneer ze met een specialist willen overleggen, kiezen veel huisartsen voor telefonisch contact met een zorginstelling in hun regio. Omdat huisartsen en psychiaters vaak beperkt beschikbaar zijn, kost dit veel tijd. In 2018 is het landelijke interdisciplinaire overlegplatform Prisma (https://www.siilo.com/nl/prisma) gestart.[2] Huisartsen kunnen hierop geanonimiseerde casuïstiek voorleggen aan collega-specialisten, onder wie psychiaters, orthopeden, reumatologen en internisten. Dit overleg is niet tijdgebonden en binnen het platform georganiseerd in zogenaamde tegels rond een specialisme of thema. Wij evalueerden de consulten binnen de psychiatrietegel om te zien welk soort vragen huisartsen aan specialisten stellen. Ook bekeken we of deze beantwoord hadden kunnen worden met de NHG-Standaarden.

METHODE

Voor een kwalitatieve beoordeling van casuïstiek binnen de psychiatrietegel van het Prisma-platform stelde Prisma alle van september 2018 tot en met oktober 2019 geplaatste berichten beschikbaar. We kregen ook het casusnummer, de code van de gebruiker en een tijdstempel (vastgelegde datum en tijd van een gebeurtenis), en een codelijst die gekoppeld was aan de functie en het nummer van de gebruikers.

We bundelden de berichten chronologisch en per casus, waarna 2 studenten geneeskunde (NWB en AJL) ze in het programma ATLAS.ti analyseerden. Ze startten met een open codering om de achtergrond van de casuïstiek te beschrijven. Discrepanties in coderingen bespraken ze tot er consensus was bereikt, waar nodig met inbreng van de andere auteurs.

We stelden een 'basiscodeboom' op met daarin de volgende onderwerpen: 1) de inhoud van de vraag; 2) de soort vraag (diagnostisch, therapeutisch, verwijzing); 3) de mate van complexiteit (soort vraag, aantal adviesstappen, aantal betrokken disciplines, aantal vervolgvragen van de huisarts en of het antwoord adviezen bevatte over communicatie met de patiënt);

4) koppeling aan 1 van 9 relevante NHG-Standaarden. Voor de meest voorkomende soort vragen onderzochten we of huisartsen deze ook hadden kunnen beantwoorden met de betreffende NHG-Standaarden. De standaarden hadden betrekking op ADHD bij kinderen [M104], angst [M62], delier [M77], dementie [M21], depressie [M44], enuresis nocturna [M59], overspanning en burn-out [M110], problematisch alcoholgebruik [M10] en slaapproblemen en slaapmiddelen [M23]). Vervolgens voerden we axiale codering uit om tot overkoepelende thema's te komen.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Bock NW, Wouters H, Lammers AJ, Blanker MH. Online consultations between general practitioners and psychiatrists in the Netherlands: a qualitative study. Front Psychiatry 2021;12:775738. Publicatie gebeurt met toestemming.

Beschrijvende statistiek
Alle codes extraheerden we uit ATLAS.ti en voerden we in SPSS in (versie 26.0). We registreerden leeftijd, geslacht, klacht (ICPC-code), medicatie en andere relevante gegevens die voortkwamen uit de vraag (zoals comorbiditeit). Deze beschreven we als percentages van de totale patiëntenpopulatie. Leeftijdscategorieën baseerden we op de levensfase: kindertijd en adolescentie (< 18 jaar), jongvolwassenheid (19 tot 30 jaar), midden volwassenheid tot middelbare leeftijd (31 tot 60 jaar) en latere volwassenheid en ouderdom (> 61 jaar). Met de tijdstempels van elk bericht berekenden we de tijd tussen het stellen van de vraag en het moment waarop het eerste antwoord kwam. We gebruikten de gebruikerscodes om het aantal gebruikers dat bij een casus betrokken was te achterhalen. Beide presenteren we als medianen met de interkwartielafstand (IQR). Citaten uit de casussen illustreren de uitkomsten.

RESULTATEN

Van de 138 aangeleverde casussen sloten we een technische mededeling en een incomplete casus uit. De overige 136 betroffen in 52,9% van de gevallen een vrouwelijke patiënt (41,9% man; 5,1% geslacht onvermeld) en in 44,1% patiënten van midden volwassenheid tot middelbare leeftijd. Zesenzestig verschillende huisartsen, 2 POH's-ggz, 1 arts-assistent en 1 reumatoloog plaatsten de casussen. Twaalf psychiaters beantwoordden de vragen (van wie 1 in opleiding), aangevuld met praktijkverpleegkundigen, psychologen en apothekers. Per casus was een mediaan aantal van 3 verschillende gebruikers betrokken (IQR 2-5). De tijd tussen het plaatsen van de vraag en het eerste antwoord had een mediane duur van 2 uur (IQR 0 tot 14,3 uur), waarbij 86% van de vragen binnen 24 uur en 95% binnen 48 uur werd beantwoord.
De 136 casussen bevatten 169 verschillende vragen: 19 diagnostische (11,2%; [**kader, citaat 1**]), 113 therapeutische (66,9%; [**citaat 2**]) en 37 verwijzingsvragen (21,9%; [**citaat 3**]. In 29 (21,3%) gevallen was er sprake van een combinatie van categorieën.

WAT IS BEKEND?
- Huisartsen consulteren psychiaters voor patiënten die zij zelf in zorg houden (en niet verwijzen).
- De meeste consultaties met specialisten uit de regio vinden telefonisch plaats.

WAT IS NIEUW?
- Via het landelijke interdisciplinaire overlegplatform Prisma consulteren huisartsen (onder anderen) psychiaters over een breed scala aan onderwerpen.
- De voorgelegde casuïstiek was in bijna de helft van de gevallen complex en in het merendeel niet te beantwoorden met beschikbare NHG-Standaarden.

Er blijkt een brede variatie te bestaan in psychiatrische casuïstiek en vragen die huisartsen aan het overlegplatform Prisma voorleggen.

Foto: Unsplash

Van de therapeutische vragen ging 73,5% over medicatie; de overige vragen betroffen andere behandelvormen. Vragen over verwijzingen betroffen onder andere moeilijkheden bij het nemen van de beslissing dan wel of een verwijzing op zijn plaats was [**citaat 4**] en het vinden van de juiste plek voor verwijzing bij verslavingsproblemen [**citaat 5**].
Voor 76 (55,9%) van de casussen bestond ook een NHG-Standaard. Met deze standaarden konden slechts 11 van de 83 vragen over medicatie worden beantwoord. Beantwoording was vooral lastig doordat er sprake was van meerdere psychiatrische diagnoses of comorbiditeit.
We scoorden 63 casussen (46,3%) als complex. Dit percentage was gelijk voor onderwerpen met en onderwerpen zonder een gerelateerde NHG-Standaard.
Bij 4 casussen zagen we dat huisartsen zich door hun patiënten onder druk gezet voelden of onzeker waren over hun rol bij de zorg voor patiënten [**citaat 6 en 7**].

BESCHOUWING

Er blijkt een brede variatie te bestaan in psychiatrische casuïstiek en vragen die huisartsen aan het overlegplatform Prisma voorleggen.[3] In een ruime meerderheid van de gevallen ontving de vraagsteller binnen een dag antwoord, zoals dat ook bij andere vormen van digitale interdisciplinaire consultatie het geval is.[4-6] In de helft van de gevallen kwam het antwoord zelfs binnen 2 uur. Bij de meeste casussen waren meerdere gebruikers betrokken. Dit illustreert het interactieve karakter

CITATEN TER ILLUSTRATIE VAN DE THEMA'S

Citaat 1, casus 118 (*palliatieve zorg psychiatrische patiënte, heeft schizofrenie en uitgezaaide tumor*): 'Hebben jullie tips over eventueel in te zetten (palliatieve, psychiatrische) zorg?'

Citaat 2, casus 145: 'Patiënt, 40 jaar, ADHD, gebruikt al jaren 3 dd 12,5 mg dexamfetamine en gaat hier ontzettend goed op. Nu mogen apotheken dit niet meer leveren, alleen Amfexa. Patiënt bemerkt dat hij dan minimaal 3 dd 20 mg nodig heeft om enigszins hetzelfde effect te bereiken en vraagt of dit kwaad kan. Ik heb een hele Google search gedaan, maar kan alleen de maximale hoeveelheid bij kinderen vinden (40 mg). Kan hij gewoon 60 mg/dag gebruiken of moet ik hem dan overzetten op een ander middel?'

Citaat 3, casus 126: 'Het betreft een morbide obese vrouw van 32. Vele medische diagnoses in voorgeschiedenis (...) Nu vooral beperkt door chronische pijn bij chronische rugklachten. Onbehandelbaar door overgewicht. Enige behandeloptie die ik met patiënte kan bedenken is ergens een klinische opname met psychotherapie, diëtistebegeleiding, fysiotherapie en ergotherapie. Waar zou zoiets kunnen? Ik heb vele obesitasklinieken gebeld... het lijkt niet te bestaan.'

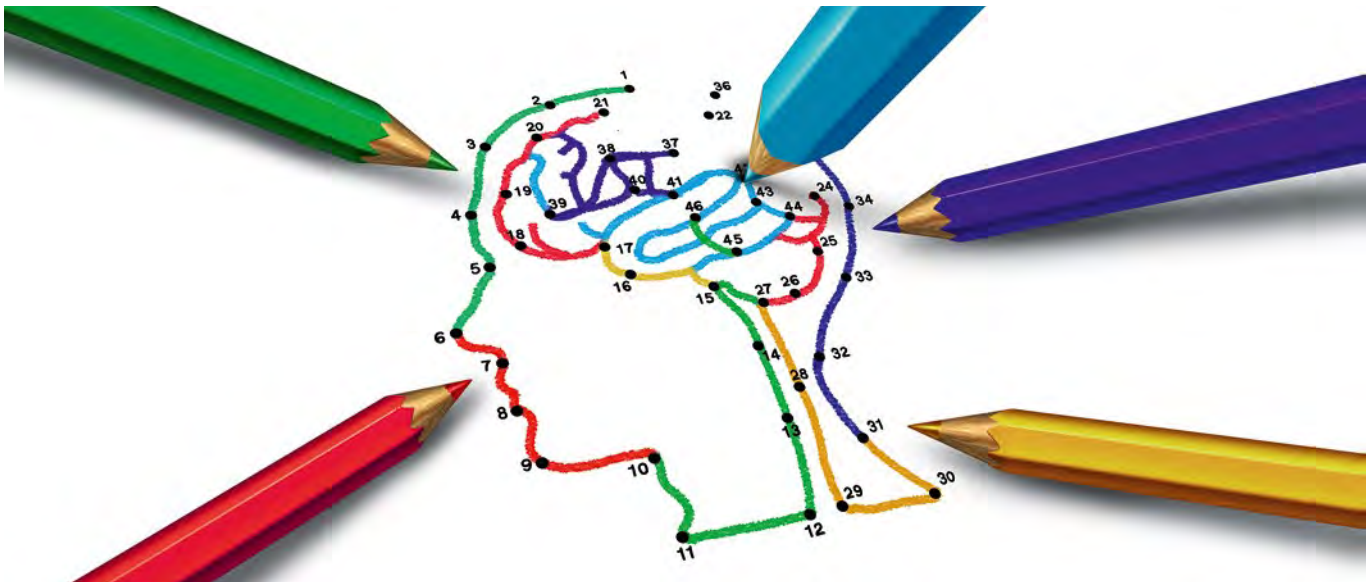
Citaat 4, casus 46: 'Patiënte heeft nu al 16 jaar nortrilen 50 mg 's ochtends en 100 mg 's avonds. Depressie is op dit moment niet aanwezig, maar sinds een aantal jaar hevige paniekaanvallen, waarvoor psychotherapie bij een instelling zonder psychiater. Zou nu graag zelf willen afbouwen met nortrilen (...) Kan dit onder begeleiding van huisarts of moet het onder begeleiding van een psychiater?'

Citaat 5, casus 86: 'Man met een gelogen verhaal de praktijk ingekomen. Blijkt nu al jaren verslaafd te zijn. Slikt nu (*verschillende soorten medicatie*). Daarbij nog wat hij kan krijgen op de zwarte markt. Alcohol sociaal en drugs ongeveer 3 joints per week. Hadden hem in eerste instantie (*voordat we van medicatieverslaving afwisten*) verwezen naar (*ggz-instelling*), mede in verband met zijn ADD en angstklachten (...) Daar kon hij niet terecht toen het echte verhaal kwam (...) Dan komt er ook nog bij dat wij deze hoeveelheden niet willen blijven voorschrijven.'

Citaat 6, casus 32: 'Ik heb een man in de praktijk met ernstige slaapproblemen. Mijn voorganger schreef hem Zopiclon voor. Toen ik zijn huisarts werd zat hij inmiddels op 4-6 tabletten per nacht (...) Het enige waar hij voor openstaat is terug naar de grote hoeveelheden Zopiclon, omdat hij daarop wel sliep en dus functioneerde. Dreigt met "anders trek ik de stekker er wel uit".'

Citaat 7, casus 115: 'Drieënzeventigjarige dame welke haar heil liever zoekt in alternatieve geneeswijzen dan in de reguliere. Heeft nu sinds een half jaar maag/darmklachten met afvallen, verminderde eetlust en veranderd ontlastingspatroon, alarmsignalen dus. (*Patiënt accepteert pas na 2 maanden bloed- en fecesonderzoek, maar accepteert geen vervolgdiagnostiek of behandeling*). Ze geeft aan de gevolgen van haar niet-handelen te begrijpen, dat is meerdere malen door mij en collega besproken. Ze heeft geen acuut psychiatrisch toestandsbeeld en is mijns inziens wilsbekwaam. Hoe ver moet/kan ik gaan?'

De cursieve tekst betreft samenvattende toelichtingen op de casussen ter verduidelijking van het citaat of voor anonimisering (citaat 1, 5 en 7).



Zorgvragen over psychiatrische problematiek worden steeds complexer. Niet altijd bieden de NHG-Standaarden antwoorden. Foto: Shutterstock

van het Prisma-platform, waarin geen vast format wordt gehanteerd, maar huisartsen vrij zijn om informatie te delen die zij relevant vinden voor een goede overdracht.
Slechts een klein deel van de gestelde vragen hadden de huisartsen ook met de relevante NHG-Standaarden kunnen beantwoorden. Dit is vergelijkbaar met de vragen over nagelafwijkingen binnen het Prisma-platform.[7] Vooral comorbiditeit en de aanwezigheid van meerdere psychiatrische diagnoses maakten dat de standaarden minder goed van toepassing waren. Het overlegplatform vormt daarmee een nuttige aanvulling op de NHG-Standaarden.
Ons onderzoek kent enkele beperkingen. Zo waren patiënten met angststoornissen ondervertegenwoordigd als we hun aantal vergelijken met de incidentie van angst in de Nederlandse eerste lijn. Het blijft onduidelijk of dit komt door de volledigheid van de NHG-Standaard Angst (M62) of omdat huisartsen het Prisma-platform minder geschikt vonden om psychiaters over angst te raadplegen. Een andere beperking was dat er vervolginformatie ontbrak over de impact van de adviezen via Prisma. Eerder toonde een klein onderzoek aan dat eerstelijnszorgverleners in de Verenigde Staten driekwart van de adviezen van psychiaters opvolgden.[8] Ander onderzoek suggereerde dat in 94% van de psychiatrische elektronische consultaties in een academisch medisch centrum in het Verenigd Koninkrijk ten minste 1 advies werd uitgevoerd.[4]
Het overlegplatform biedt ruimte voor vragen over complexe casuïstiek, inclusief vragen die meer op het persoonlijke vlak van de huisarts lagen. Dat de huisartsen de consulterend psychiaters niet uit hun regio kennen, vormde kennelijk geen bezwaar. Op het platform zijn de deelnemers met naam en foto zichtbaar. Met het oog op de privacy maakten we voor ons onderzoek geen gebruik van deze informatie. Of huisartsen met de antwoorden geholpen waren, konden we daardoor niet nagaan. Ook dat is een beperking van ons onderzoek. Daarom doen we geen uitspraak over het nut van deze consultatie. Eerder onderzoek suggereerde wel dat dit soort consultaties een duidelijk nut had, ook voor andere onderwerpen dan psychiatrie.[4,8,9] In een aanvullend interviewonderzoek gaan we in gesprek met gebruikers over de mogelijke voor- en nadelen van deze vorm van consultatie voor psychiatrische en niet-psychiatrische casuïstiek. Daarnaast doen we onderzoek naar de impact van de introductie van dit platform op verwijzingen naar de tweede lijn. Daarmee hopen we een beter beeld te krijgen van het nut van deze vorm van interdisciplinair overleg. ■

LITERATUUR

1. De Beurs D, Prins A, Nielen M. Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011-2017. Utrecht: Nivel, 2018.
2. Sanavro SM, Van der Worp H, Jansen DCEM, Koning P, Blanker MH. Evaluation of the first year(s) of physicians' collaboration on an interdisciplinary electronic consultation platform in the Netherlands: a mixed-methods observational study. JMIR Human Factors 2022;9:e33630.
3. Nielen MMJ, Hak K, Schermer TRJ. Jaarcijfers aandoeningen: incidenties en prevalenties. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Utrecht: Nivel, 2020.
4. Avery J, Dwan D, Sowden G, Duncan M. Primary care psychiatry eConsults at a rural academic medical center: descriptive analysis. J Med Internet Res 2021;23:e24650.
5. Hensel JM, Yang R, Rai M, Taylor VH. Optimizing electronic consultation between primary care providers and psychiatrists: mixed-methods study. J Med Internet Res 2018;20:e124.
6. Zemanek CE, Martin KB. Assessing for clinical trends over the first year of a psychiatric electronic consult service. J Acad Consult Liaison Psychiatry 2021;S2667-2960:00157-9.
7. Hulshof MA, Vroom IR, Schelhaas W, Koning SN, Jansen DE, Blanker MH. Zakboek en teledermatologie bij nagelproblematiek. Huisarts Wet 2021;64:54-7.
8. Lowenstein M, Bamgbose O, Gleason N, Feldman MD. Psychiatric consultation at your fingertips: descriptive analysis of electronic consultation from primary care to psychiatry. J Med Internet Res 2017;19:e279.
9. Muris D, Krekels M, Spreeuwenberg A, Blom M, Bergmans P, Cals JWL. Gebruik van e-meedenkconsulten interne geneeskunde door huisartsen. Ned Tijdschr Geneeskd 2020;164:D3860.

Bock NW, Wouters H, Lammers AJ, Blanker MH. Intercollegiale digitale psychiatrische consultaties. Huisarts Wet 2022;65(6):20-5. DOI:10.1007/s12445-022-1456-4.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Groningen: N.W. Bock, student geneeskunde; A.J. Lammers, student geneeskunde; dr. M.H. Blanker, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, m.h.blanker@umcg.nl. General Practitioners Research Institute, Groningen: dr. H. Wouters, psycholoog, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Diagnostiek van appendicitis bij kinderen met acute buikpijn

Guus Blok, Laura Veenstra, Johan van der Lei, Marjolein Berger, Gea Holtman

Voor huisartsen is het een uitdaging om acute buikpijn bij kinderen te beoordelen. In dit retrospectieve cohortonderzoek is gekeken naar hun handelen en naar de diagnostische waarde van de (alarm)symptomen die bij anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen worden gevonden. De auteurs includeerden 5691 kinderen van 4 tot 18 jaar die in de periode 2010-2016 bij de huisarts waren geweest met acute buikpijn (≤ 7 dagen). Van de kinderen die waren verwezen (16,6%) had een derde (5,1%) appendicitis. Vooral het lichamelijk onderzoek is belangrijk om appendicitis meer of minder waarschijnlijk te maken: loslaatpijn (32,1%) en défense musculaire(35,8%) vergroten die kans, afwezigheid van drukpijn in de rechter onderbuik (0,6%) maakt de kans kleiner.

Van de kinderen van 5 tot 14 jaar die met buikpijn bij de huisarts komen, heeft 4,4% appendicitis.[1] Die aandoening is in een vroeg stadium moeilijk te onderscheiden van onschuldige aandoeningen.[2] Vanwege de kans op een perforatie of fatale peritonitis is het belangrijk de diagnose 'appendicitis' niet te missen, maar aan de andere kant zorgt een onterechte verwijzing voor onnodige diagnostiek en voor spanning en angst bij het kind en de ouders.[3,4]

De diagnostiek bij de huisarts bestaat, in tegenstelling tot het ziekenhuis, hoofdzakelijk uit anamnese en lichamelijk onderzoek. De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen noemt een aantal klinische (alarm)symptomen, maar de waarde daarvan is in de eerste lijn nog niet onderzocht.[1] Naar verwachting hebben deze symptomen in de huisartsenpraktijk meer diagnostische waarde dan in het ziekenhuis. Huisartsen verwijzen kinderen die veel (alarm)symptomen hebben, en ze hebben de diagnostische waarde van die symptomen daardoor als het ware al opgebruikt. We onderzochten het diagnostische proces bij kinderen met acute buikpijn en de diagnostische waarde van symptomen van appendicitis in de huisartsenpraktijk.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Blok GC, Veenstra LM, Van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. Appendicitis in children with acute abdominal pain in primary care, a retrospective cohort study. Fam Pract 2021;38:758-65. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Voor dit retrospectieve cohortonderzoek gebruikten we gepseudonimiseerde registratiedata van 368 huisartsenpraktijken uit de Integrated Primary Care Information database (IPCI), die wordt beheerd door het Erasmus MC. We includeerden kinderen van 4 tot 18 jaar zonder voorafgaande appendicitis, die tussen november 2010 en 2016 voor de eerste keer met acute buikpijn (≤ 7 dagen) bij de huisarts kwamen.

Uitkomstmaten en data-extractie

We onderzochten welke beslissing de huisarts tijdens het eerste consult had genomen: verwijzen, een herbeoordeling plannen of afwachten. Daarnaast keken we of het C-reactief proteïne (CRP) bepaald was. De symptomen die we beoordeelden waren gebaseerd op 6 in ziekenhuizen ontwikkelde klinische predictieregels.[5] De symptomen waren gecodeerd als 'aanwezig', 'afwezig' of 'ontbrekend'. We noteerden de diagnose 'appendicitis' als de ontslagbrief van de specialist die vermeldde en we noteerden 'afwezigheid van appendicitis' als de diagnose ontbrak in de ontslagbrief of in het huisartsendossier tot 6 weken na het eerste consult. Ook als het kind een andere diagnose had gekregen, noteerden we die.

De onderzoeksgegevens werden voor een deel geautomatiseerd verzameld en voor een deel door 4 medische studenten gecodeerd op basis van vrijetekstvelden. Dat gebeurde aan de hand van gestandaardiseerde instructies.

WAT IS BEKEND?

- Appendicitis in een vroeg stadium is moeilijk te herkennen.
- De diagnostische waarde van symptomen in de eerste lijn is nog niet bekend.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen missen bijna 1 op de 5 kinderen met appendicitis.
- Bijna 2 op de 3 kinderen die door de huisarts worden verwezen, hebben geen appendicitis.
- Het lichamelijk onderzoek heeft een betere voorspellende waarde dan de anamnese.

Statistische analyse

Het beleid van de huisarts analyseerden we met beschrijvende statistiek. De diagnostische waarde van de symptomen gaven we weer als positieve en negatieve *likelihood ratio's* (LH+ en LH–) met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI), uitsluitend voor de kinderen bij wie het betreffende symptoom was genoteerd, en van elk symptoom berekenden we de pre- en posttestwaarschijnlijkheid [**kader**]. Per symptoom vergeleken we de posttestwaarschijnlijkheid met de beslissing van de huisarts om direct tijdens het eerste consult te verwijzen.

Tabel

Diagnoses gesteld bij kinderen die met acute buikpijn bij de huisarts kwamen

Diagnose	n (%)
Aspecifieke buikpijn	3430 (61,3)
Gastro-enteritis	1023 (18,0)
Obstipatie	883 (15,5)
Diagnoses waarvoor ziekenhuisopname nodig was	
appendicitis	**291 (5,1)**
andere chirurgische diagnose	28 (0,5)
internistische diagnose	15 (0,3)
urologische diagnose	15 (0,3)
gynaecologische diagnose	6 (0,1)
Totaal	**5691 (100)**

RESULTATEN

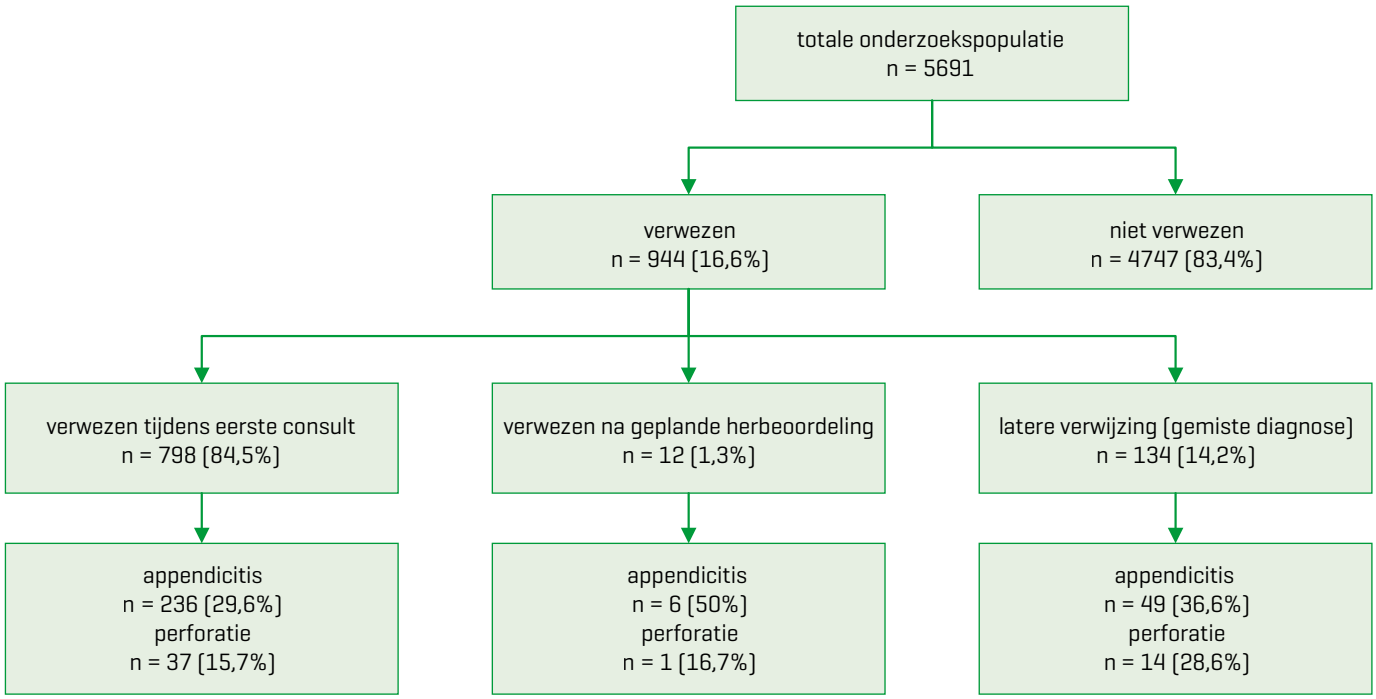
Diagnoses

Van de 15.607 kinderen die tijdens de onderzochte periode met buikklachten bij de huisarts kwamen, voldeden er 5691 aan de inclusiecriteria. Behandeling of verwijzing was nodig bij 291 kinderen (5,1%) met appendicitis en 64 kinderen (1,2%) met een andere diagnose [**tabel**]. De prevalentie van appendicitis was hoger bij jongens (6,8%) dan bij meisjes

Van de kinderen van 5 tot 14 jaar die met buikpijn bij de huisarts komen, heeft 4,4% appendicitis. Foto: Shutterstock

Figuur 1

Verwijsbeleid en diagnose 'appendicitis' bij kinderen met acute buikpijn



(3,6%), en hoger bij oudere kinderen (9 tot 12 en 13 tot 18 jaar; beide 6,9%) dan bij jongere kinderen (4 tot 8 jaar; 2,2%); 52 kinderen (17,9%) hadden een perforatie. Perforaties kwamen vaker voor in de leeftijdsgroepen 4 tot 8 jaar (36,2%) en 9 tot 12 jaar (24,0%) dan bij 13 tot 18 jaar (7,1%).

Beleid van de huisarts

Van de 5691 kinderen kregen er 944 (16,6%) een verwijzing en bij 798 (84,5%) gebeurde dat al in het eerste consult. Bij 55 (18,9%) van de 291 kinderen met appendicitis had de huisarts dit tijdens het eerste consult gemist. Van deze 55 kinderen hadden er 15 (27,2%) een perforatie; bij 6 van hen (11%) plande de huisarts een herbeoordeling [**figuur 1**]. Bij 81 kinderen werd de appendicitis die de huisarts had aangegeven (ICPC-code D88.00) niet bevestigd door de diagnose van de specialist.

Bij 598 kinderen (10,5%) liet de huisarts het CRP bepalen. Kinderen zonder appendicitis kregen significant vaker een CRP-bepaling dan kinderen met appendicitis (10,7 versus 6,9%; p = 0,038).

Diagnostische waarde van symptomen

Zoals de dumbbellplot in [**figuur 2**] laat zien, verhoogden défense musculaire en loslaatpijn de kans op appendicitis tot respectievelijk 35,8% (95%-BI 29,8 tot 42,3) en 32,1% (95%-BI 27,2 tot 37,4). Deze symptomen hadden een hogere positieve posttestwaarschijnlijkheid dan directe verwijzing door de huisarts (29,6%; 95%-BI 27,6 tot 31,6). De negatieve posttestwaarschijnlijkheid bij afwezigheid van drukpijn in de rechteronderbuik was 0,6% (95%-BI 0,3 tot 1,1), die van afwachten door de huisarts was 1,1% (95%-BI 0,9 tot 1,4).

LIKELIHOOD RATIO

De positieve likelihood ratio (LH+) van een symptoom is het percentage kinderen met appendicitis die dat symptoom hadden, gedeeld door het percentage kinderen zonder appendicitis die dat symptoom hadden. De LH+ geeft aan hoe aannemelijk de ziekte is in aanwezigheid van een bepaald symptoom.

De negatieve likelihood ratio (LH–) van een symptoom is het percentage kinderen met appendicitis die dat symptoom niet hadden, gedeeld door het percentage kinderen zonder appendicitis die dat symptoom ook niet hadden. De LH– geeft aan hoe aannemelijk de ziekte is in afwezigheid van een bepaald symptoom.

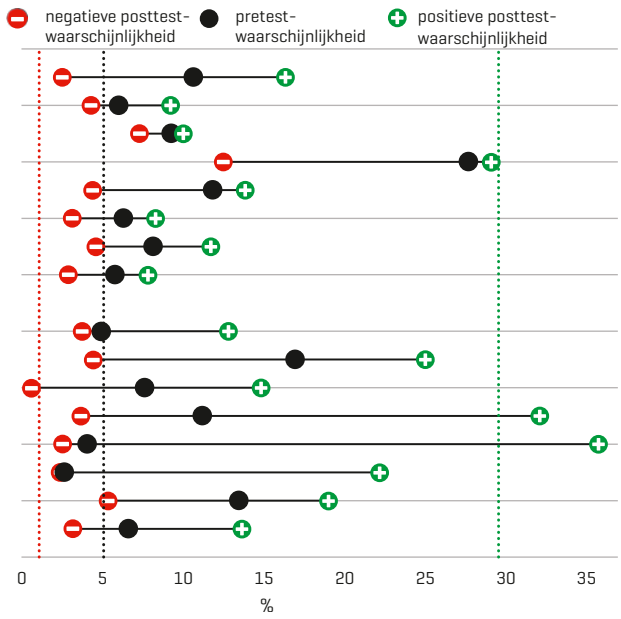
PRE- EN POSTTESTWAARSCHIJNLIJKHEID

De pretestwaarschijnlijkheid van een symptoom is de kans op appendicitis voor kinderen bij wie de huisarts dat symptoom had genoteerd. De positieve posttestwaarschijnlijkheid is de kans op appendicitis na een positieve testuitslag voor dat symptoom, de negatieve posttestwaarschijnlijkheid is de kans op appendicitis na een negatieve testuitslag voor dat symptoom.

Figuur 2

Pre- en posttestwaarschijnlijkheid van symptomen van appendicitis

symptoom	n	likelihood ratio (95%-BI)	
		LH+	LH–
anamnese			
pijn rechtsonder	1649	1,61 (1,51 tot 1,72)	0,22 (0,14 tot 0,35)
duur < 24 uur	4305	1,61 (1,42 tot 1,82)	0,70 (0,62 tot 0,80)
ernstige pijn	914	1,08 (0,97 tot 1,21)	0,77 (0,49 tot 1,19)
pijnmigratie	191	1,07 (0,99 tot 1,16)	0,37 (0,09 tot 1,58)
toenemende pijn	657	1,19 (1,10 tot 1,29)	0,34 (0,16 tot 0,74)
misselijkheid	2175	1,34 (1,23 tot 1,46)	0,48 (0,34 tot 0,68)
braken	2654	1,50 (1,36 tot 1,64)	0,54 (0,43 tot 0,67)
anorexie	1516	1,39 (1,24 tot 1,56)	0,48 (0,32 tot 0,73)
lichamelijk onderzoek			
abnormale peristaltiek	3449	2,82 (2,25 tot 3,54)	0,75 (0,67 tot 0,83)
pijn bij bewegen	1036	1,63 (1,51 tot 1,76)	0,23 (0,15 tot 0,36)
drukpijn rechts onder	3152	2,11 (2,01 tot 2,21)	0,08 (0,04 tot 0,14)
loslaatpijn	1265	3,75 (3,23 tot 4,34)	0,30 (0,22 tot 0,40)
défense musculaire	3470	13,1 (9,94 tot 17,2)	0,61 (0,53 tot 0,70)
harde buik	3079	10,4 (4,91 tot 22,2)	0,91 (0,85 tot 0,98)
niet kunnen lopen	415	1,51 (1,30 tot 1,75)	0,36 (0,20 tot 0,67)
verhoging, koorts	3459	2,22 (2,00 tot 2,46)	0,46 (0,38 tot 0,56)



De stippellijnen representeren de waarschijnlijkheid van appendicitis zoals beoordeeld door de huisarts. Rood: posttestwaarschijnlijkheid voor kinderen die niet tijdens het eerste consult zijn verwezen. Zwart: pretestwaarschijnlijkheid voor alle kinderen. Groen: posttestwaarschijnlijkheid voor kinderen die tijdens het eerste consult verwezen zijn. Een hoge LH+ geeft een grotere verschuiving van pretestwaarschijnlijkheid (zwart) naar positieve posttestwaarschijnlijkheid (groen), een lage LH– geeft een grotere verschuiving van pretestwaarschijnlijkheid (zwart) naar negatieve postttestwaarschijnlijkheid (rood).

BESCHOUWING

Bij de kinderen met acute buikpijn in ons onderzoek was appendicitis de diagnose waarvoor het vaakst moest worden verwezen. Van de kinderen die al in het eerste consult werden verwezen had 69% geen appendicitis en bij 19% van de kinderen met appendicitis had de huisarts de diagnose aanvankelijk gemist. Bij slechts 11% van laatstgenoemde kinderen had de huisarts een herbeoordeling gepland. Symptomen uit het lichamelijk onderzoek hadden een grotere diagnostische waarde dan symptomen uit de anamnese. Daarnaast zagen we dat huisartsen het lieten afhangen van de kans op appendicitis of zij een symptoom noteerden. Dit wijst erop dat de huisartsen selectief de informatie verzamelden die de sterkste voorspellende waarde had, en dat ze stopten met informatie verzamelen als dit hun beslissing niet meer beïnvloedde.[6] Het wijst er ook op dat de huisartsen in staat waren om goed en betrouwbaar lichamelijk onderzoek te doen.

Risico op bias

We hebben voor ons onderzoek registratiedata gebruikt. Dat had het voordeel dat we veel patiënten konden includeren, maar er zitten ook methodologische problemen aan vast.[6] Ten eerste was het lastig om de onderzoekspopulatie te selecteren. Om alle kinderen met acute buikpijn te selecteren moesten we de medische dossiers handmatig bekijken en de duur van de buikklachten was niet altijd goed te achterhalen. Ten tweede moesten de vrije tekstvelden worden geïnterpreteerd en ontbraken er veel gegevens.

Voor de diagnostische waarde van symptomen van appendicitis is het belangrijk te beseffen dat we die alleen konden bepalen voor kinderen bij wie de huisarts het betreffende symptoom in het dossier had genoteerd. De gevonden waarden zijn dus niet per se toepasbaar voor alle kinderen met acute buikpijn. Ten slotte bestaat de mogelijkheid dat we kinderen hebben gemist bij wie de appendicitis spontaan is genezen. Dit sluit weliswaar goed aan bij de klinische praktijk, maar het kan verificatiebias veroorzaken bij het bepalen van de diagnostische waarde van de symptomen.

Vergelijking met bestaande literatuur

De diagnostische waarde van de individuele symptomen van appendicitis bij kinderen met acute buikpijn in de eerste lijn is nog niet eerder onderzocht. De waarden die wij vonden, weken af van die in het ziekenhuis. Zo was de LR+ voor défense (13,1) hoger dan in het ziekenhuis (2,07 tot 2,48) en de LR– voor drukpijn rechtsonder juist lager (0,08 versus 0,25 tot 0,55).[7,8] Dit kan samenhangen met verschillen in prevalentie en ernst van de ziekte, en met de interpretatie van symptomen in de eerste en de tweede lijn.[9,10]

De huisartsen in ons onderzoek misten bijna 1 op de 5 kinde-

ren met appendicitis, vergelijkbaar met wat in ziekenhuizen wordt gemist (11 tot 28%).[11] Daartegenover staat dat 70% van de verwezen kinderen geen appendicitis had en dat relatief weinig kinderen voor andere aandoeningen werden verwezen. Klinische predictieregels blijken in ziekenhuizen appendicitis veilig te kunnen uitsluiten en kunnen bloedonderzoek, röntgenonderzoek of beoordeling door een chirurg voorkomen.[12] Zo'n regel zou ook huisartsen misschien kunnen helpen om kinderen met buikpijn goed en tijdig te verwijzen, maar in de eerste lijn is nog geen enkele klinische predictieregel gevalideerd. Onder de verwezen kinderen in onze populatie was de prevalentie van appendicitis laag (30%) in vergelijking met de spoedeisende hulp (27 tot 72%). In onze onderzoekspopulatie werden naar verhouding veel jonge kinderen verwezen, bij wie de kans op appendicitis laag is maar de kans op perforatie hoog. Dat onderstreept het belang van de internationale aanbevelingen om bij jonge kinderen extra voorzichtig te zijn.[13] Een CRP-bepaling wordt in het ziekenhuis veel gebruikt bij kinderen met acute buikpijn, maar wordt in de eerste lijn nog niet aanbevolen omdat de diagnostische waarde nog niet is onderzocht.[1] In ons cohort kreeg 10% een CRP-test, te weinig om de diagnostische waarde adequaat te bepalen. Er is meer onderzoek nodig naar de diagnostische waarde van CRP en de interpretatie van afkappunten in de eerste lijn.

Klinische toepasbaarheid

Vooral lichamelijk onderzoek is belangrijk om appendicitis tijdig te herkennen. Défense musculaire en loslaatpijn vergroten de kans op appendicitis; afwezigheid van pijn in de rechter onderbuik verkleint de kans op appendicitis. Wij benadrukken het belang van een vangnetadvies met duidelijke instructies om contact op te nemen bij twijfel of verergering van klachten. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Buikpijn bij kinderen. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. https://richtlijnen.nhg.org, geraadpleegd 14 maart 2022.
2. Andersson RE. The natural history and traditional management of appendicitis revisited: Spontaneous resolution and predominance of prehospital perforations imply that a correct diagnosis is more important than an early diagnosis. World J Surg 2007;31:86-92.
3. Pledger G, Stringer MD. Childhood deaths from acute appendicitis in England and Wales 1963-97: Observational population based study. BMJ 2001;323:430-1.
4. Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. Br J Gen Pract 2011;61:43-6.
5. Craig S, Dalton S. Diagnosing appendicitis: What works, what does not and where to go from here? J Paediatr Child Health 2016;52:168-73.
6. Oostenbrink R, Moons KG, Bleeker SE, Moll HA, Grobbee DE. Diagnostic research on routine care data: Prospects and problems. J Clin Epidemiol 2003;56:501-6.
7. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. Br J Surg 2004;91:28-37.
8. Dahabreh I, Adam G, Halladay C, Steele D, Daiello L, Weiland L, et al. Diagnosis of right lower quadrant pain and suspected acute appendicitis. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2015.
9. Leeflang MM, Rutjes AW, Reitsma JB, Hooft L, Bossuyt PM. Variation of a test's sensitivity and specificity with disease prevalence. CMAJ 2013;185:537-44.
10. Usher-Smith JA, Sharp SJ, Griffin SJ. The spectrum effect in tests for risk prediction, screening, and diagnosis. BMJ 2016;353:i3139.
11. Yu CW, Juan LI, Wu MH, Shen CJ, Wu JY, Lee CC. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of procalcitonin, C-reactive protein and white blood cell count for suspected acute appendicitis. Br J Surg 2013;100:322-9.
12. Rietveld RP. Veilig uitsluiten van appendicitis bij kinderen. Huisarts Wet 2018;61;(6).
13. National Institute for Health and Care Excellence. Appendicitis [Clinical Knowledge Summary]. London: NICE, 2015.

Blok GC, Veenstra LM, Van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. Diagnostiek van appendicitis bij kinderen met acute buikpijn. Huisarts Wet 2022;65(6):26-30. DOI:10.1007/s12445-022-1455-5.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: G.C.G.H. Blok, huisarts te Harlingen; L.M.M. Veenstra, aios; prof. dr. M.Y. Berger, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. G.A. Holtman, klinisch epidemioloog, g.a.holtman@umcg.nl. Erasmus MC, Rotterdam: prof.dr. J. van der Lei, hoogleraar medische informatica.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus
‘Pijn na coronavaccinatie’

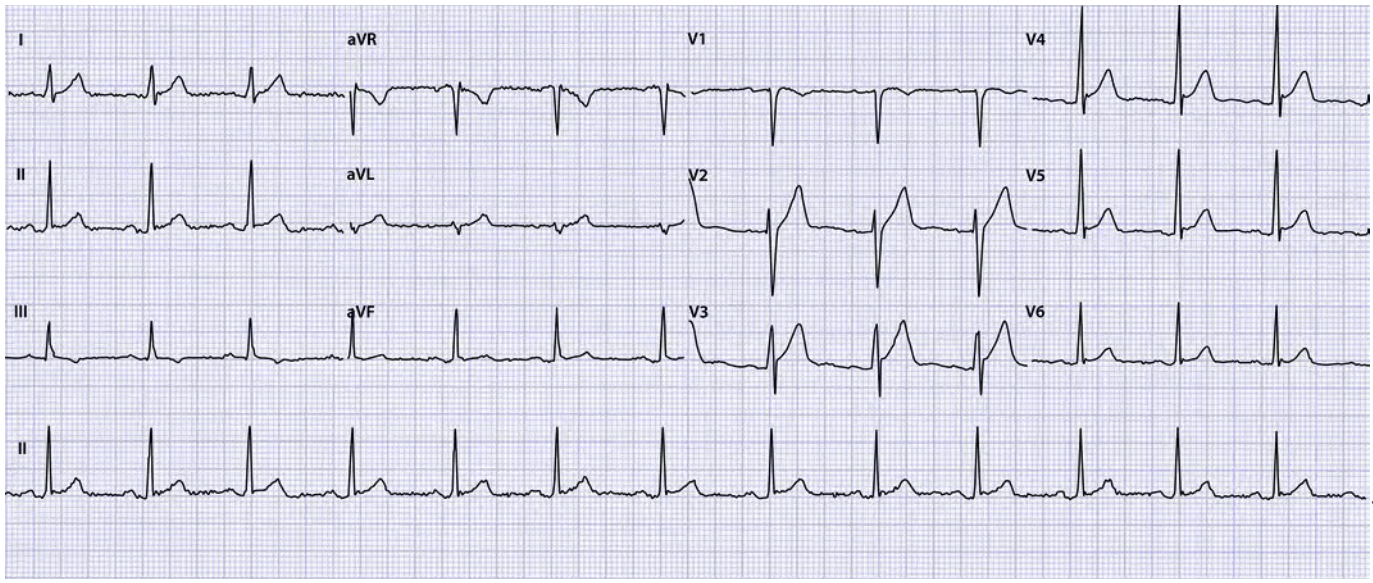
Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 29-jarige man bezoekt het spreekuur van zijn huisarts omdat hij na zijn coronavaccinatie klachten kreeg.
Voorgeschiedenis: Astma, atopisch. Sensibilisatie voor huisstofmijt, gras- en boompollen, katten.
Medicatie: Formoterol 6 µg/do, beclomethason 200 µg/do DA 2dd 2 inhalaties, salbutamol 100 µg/do DA zo nodig. Verder 1 tot 2 maal per jaar een prednisonstootkuur.
Anamnese: Vanwege zijn vrij ernstige astma kwam de patiënt versneld in aanmerking voor coronavaccinatie, met 1 van de vaccins uit het Rijksvaccinatieprogramma. Acht dagen na de tweede vaccinatie krijgt hij een licht maar aanhoudend knijpend gevoel over de gehele borstkas. Er zijn geen andere klachten. Hij leeft gezond, sport geregeld en heeft nooit gerookt.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 134/78 mmHg, pols 65/min, regelmatig. Temperatuur 36,8 °C. Saturatie 99%. Hart: normale tonen, geen souffle of pericardwrijven. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. De pijn op de borstkas is niet met uitwendige druk op te wekken. Enkels: geen oedeem.

Gezien de leeftijd van de patiënt denkt de huisarts aan een gastritis of oesofagitis, thoracale wandpijn of een pericarditis. Een CRP-sneltest is negatief (< 2 mmol/l) en een coronasneltest is negatief. De huisarts maakt een ecg om een pericarditis uit te sluiten.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG 10+.[1,2]
2. Wat is uw verdere beleid?

➤ Het antwoord vindt u op pagina 45 en op www.henw.org, zoek op ‘Ecg-casus’ en ‘Pijn na coronavaccinatie’.

LITERATUUR

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

Hypoxemie detecteren met de Roth-score

Charlotte ten Broeke, Jochen Cals, Ralf Harskamp

In de COVID-19-pandemie werd beoordeling op afstand belangrijk, maar het kan lastig zijn om op afstand de respiratoire status van de patiënt in te schatten. Een eenvoudig hulpmiddel is de Roth-test: instrueer de patiënt om in 1 uitademing zo snel mogelijk tot 30 te tellen en noteer tot welk getal deze komt *(counting number)* en hoeveel seconden dat kost *(counting time)*. We lieten 33 huisartsen de Roth-test uitvoeren bij 105 patiënten en vonden dat een counting number ≥ 20 samenhangt met een verlaagde SpO2 (sensitiviteit 93,3%, specificiteit 77,8%). Uitgebreider validatieonderzoek is echter nodig om de test te kunnen implementeren in triageprotocollen.

Gedurende de COVID-19-pandemie zijn huisartsen patiënten met milde COVID-klachten massaal op afstand gaan beoordelen.[1-3] Bij die beoordeling is het zaak een respiratoire verslechtering tijdig te herkennen. Dat is een uitdaging, want bij COVID-patiënten kan 'stille hypoxemie' optreden zonder alarmsymptomen, en niet elke patiënt beschikt over een zuurstofsaturatiemeter of kan daarmee overweg.[4-7] Tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie werden via sociale media diverse hulpmiddelen aangeboden om respiratoire verslechtering op afstand te herkennen, maar geen daarvan was voldoende gevalideerd.[1,3-5,8,9] De Roth-test is een eenvoudige ademtest die in 2015 is onderzocht bij patiënten die met hart- of longproblemen in het ziekenhuis waren opgenomen.[10] De Roth-test bleek sterk te correleren met de perifere zuurstofsaturatie (SpO_2) en had een goed onderscheidend vermogen voor hypoxemie, maar is tot op heden niet gevalideerd voor gebruik in de eerste lijn en ook niet bij COVID-patiënten. Omdat er tijdens de vroege fase van de pandemie grote behoefte was aan efficiënte, evidence-based hulpmiddelen voor risicostratificatie in de eerste lijn onderzochten wij de diagnostische accuratesse van de Roth-score bij patiënten die vermoedelijk COVID-19 hadden.[11]

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Ten Broeke CE, Himmelreich JC, Cals JW, Lucassen WA, Harskamp RE. The Roth score as a triage tool for detecting hypoxaemia in general practice: a diagnostic validation study in patients with possible COVID-19. Prim Health Care Res Dev 2021;22:e56.

METHODE

Onderzoeksopzet en inclusiecriteria

Voor dit cross-sectionele validatieonderzoek benaderden we via beroepsorganisaties en sociale media (*snowball sampling*) een aantal huisartsen om tijdens een fysiek consult de Roth-test af te nemen bij patiënten ≥ 18 jaar met hetzij een positieve PCR-test voor SARS-CoV-2, hetzij symptomen die bij COVID-19 pasten. De huisartsen noteerden de uitslag samen met de aansluitend gemeten zuurstofsaturatie en andere demografische en klinische patiëntkarakteristieken in een daarvoor bestemd elektronisch formulier.

Zuurstofsaturatiemeting

Bij de Roth-test vraagt de arts de patiënt om na een diepe ademteug zo snel mogelijk hardop van 1 tot 30 te tellen bij het uitademen. De arts kijkt dan tot welk getal de patiënt komt (*counting number*) en hoeveel seconden hiervoor nodig zijn (*counting time*).[10] Als referentiewaarde voor hypoxemie gebruikten we de zuurstofsaturatie zoals gemeten met een gevalideerde pulsoximeter bij kamerlucht. Pulsoximetrie is goedkoop, efficiënt en niet-invasief, en de gemeten perifere zuurstofsaturatie (SpO_2) geeft een betrouwbare indruk van de arteriële zuurstofsaturatie (SaO_2).[12] Als primair afkappunt voor hypoxemie kozen wij een $SpO_2 < 95\%$, aangezien lagere zuurstofsaturaties bij patiënten zonder bestaande pulmonale comorbiditeit een hoog risico voor respiratoire verslechtering inhouden.[1,4,12]

Patiëntkarakteristieken

Aantal

105 patiënten

Geslacht

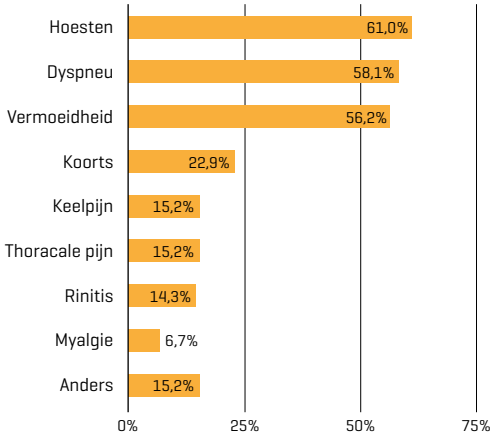
Leeftijd

(Gemiddelde ± SD)

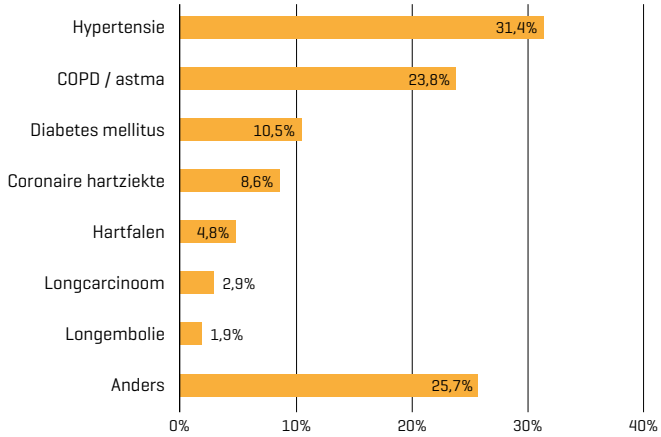
Setting van presentatie

COVID-19 status

Symptomen



Voorgeschiedenis



Instructies voor het afnemen van de Roth-test

Instrueer de patiënt

Neem een
diepe ademteug

Tel tijdens exhalatie
zo snel mogelijk
hardop tot 30

Noteer

Het **hoogst getelde getal**
tijdens uitademing
(counting number)

De **tijdsduur** (sec.) tot
het hoogst getelde getal
(counting time)

De Roth-score is gecorreleerd aan de SpO_2
Counting number ≤ 20:
sensitiviteit 93,3% en specificiteit 77,8% voor zuurstofsaturatie < 95%

Infographic: Studio Wiegers

De Roth-test kan een hulpmiddel zijn bij de triage en monitoring van laagrisicopatiënten met COVID-19. De test kan echter nooit het lichamelijk onderzoek vervangen.

Foto: Shutterstock

Uitkomstmaten

Onze primaire uitkomstmaat was de correlatie tussen counting number, counting time en SpO_2. Secundaire uitkomstmaat was de diagnostische accuratesse (c-statistiek, sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellende waarde) voor het signaleren van een $SpO_2 < 95\%$.

RESULTATEN

Drieëndertig huisartsen includeerden 105 patiënten (voor de belangrijkste patiëntkenmerken zie [**infographic**]). Van deze 105 hadden er 15 (14,3%) een $SpO_2 < 95\%$. We vonden een positieve lineaire relatie tussen counting number en SpO_2 (rangcorrelatiecoëfficiënt (rs) 0,44, $p < 0{,}001$) en een zwakke positieve correlatie tussen counting time en SpO_2 (rs 0,15, $p = 0{,}14$). Counting number en counting time waren gemiddeld hoger bij patiënten met een $SpO_2 \geq 95\%$ dan bij patiënten met een lagere zuurstofsaturatie. Het counting number onderscheidde patiënten met een $SpO_2 < 95\%$ beter dan de counting time (c-statistiek 0,91 versus 0,77; 95%-BI 0,85 tot 0,96 versus 0,62 tot 0,93). De afkappunten met de hoogste diagnostische accuratesse voor een $SpO_2 < 95\%$ waren counting number ≤ 20 (sensitiviteit 93,3%, specificiteit 77,8%) en counting time ≤ 7 seconden (sensitiviteit 85,7%, specificiteit 81,1%).

WAT IS BEKEND?

- Tele- en videoconsultatie is belangrijker geworden sinds COVID-19, maar respiratoire verslechtering bij COVID-patiënten blijft op afstand moeilijk te beoordelen.
- De Roth-test is een eenvoudige ademtest die in ziekenhuizen een hoge sensitiviteit en specificiteit voor hypoxemie heeft, maar is in de eerste lijn nog niet onderzocht.

WAT IS NIEUW?

- Als een COVID-19-patiënt bij een consult-op-afstand een counting number ≤ 20 heeft op de Roth-test, kan dat aanleiding zijn voor een lichamelijk onderzoek om hypoxemie uit te sluiten.
- Verdere validatie is nodig voordat implementatie van deze test in triageprotocollen overwogen kan worden.

BESCHOUWING

Vergelijkbare onderzoeken

De weinige onderzoeken naar de validiteit van de Roth-score die na ons onderzoek gepubliceerd zijn, waren inconsistent voor wat betreft de correlatie met de SpO_2 en de diagnostische accuratesse.[4,5,10,11] Dat is mogelijk voor een deel te wijten aan verschillen in methodiek. De wisselende resultaten hebben ertoe geleid dat deskundigen het gebruik van de Roth-score als surrogaatmarker voor hypoxemie uiteindelijk ontraden en adviseren om vast te houden aan lichamelijk onderzoek en aan thuismonitoring met pulsoximetrie.[4,5,8,9] De schaarse en moeilijk vergelijkbare onderzoeken met kleine patiëntpopulaties laten volgens ons momenteel echter geen definitieve

uitspraak toe over de validiteit en bruikbaarheid van de Roth-score.

Consequenties voor de praktijk en toekomstig onderzoek
In de eerste lijn zijn de telefonische triageprotocollen voor COVID-19 gericht op (alarm)symptomen en risicofactoren voor complicaties.[13] Afgaand op onze resultaten kan de Roth-test, als men de juiste afkapwaarde kiest, een efficiënt en eenvoudig aanvullend hulpmiddel zijn bij de triage en monitoring van laagrisicopatiënten met COVID-19 die thuis geen zuurstofsaturatiemeter hebben. Een counting number ≤ 20 op de Roth-test kan aanleiding zijn voor een lichamelijk onderzoek om hypoxemie uit te sluiten. We willen wel benadrukken dat de Roth-score alleen geschikt is als signaal-op-afstand en nooit het lichamelijk onderzoek kan vervangen.
De schaarse en inconsistente bevindingen van het tot nog toe uitgevoerde onderzoek en de beperkingen van ons eigen onderzoek dwingen tot voorzichtigheid. De Roth-score is veelbelovend, maar pas nadat externe (multicentrische) validatieonderzoeken met grotere patiëntaantallen zijn uitgevoerd valt implementatie in de huidige triageprotocollen te overwegen. ■

LITERATUUR

1. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182.
2. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. BMJ 2020;368:m998.
3. Ponnapalli A KY, Dominic C, Ganesh S, Bhalla G, Gokani SA. Remote risk-stratification of dyspnoea in acute respiratory disorders: a systematic review of the literature. J R Coll Physicians Edinb 2021;51:221-9.
4. Berezin L, Zhabokritsky A, Andany N, Chan AK, Estrada-Codecido J, Gershon A, et al. Diagnostic accuracy of subjective dyspnoea in detecting hypoxaemia among outpatients with COVID-19: a retrospective cohort study. BMJ Open 2021;11:e046282.
5. Wilcock J, Grafton-Clarke C, Coulson T. What is the value of community oximetry monitoring in people with SARS-CoV-2? A prospective, open-label clinical study. Arch Clin Biomed Res 2022.
6. McIsaac WJ, Upshur R, Kukan S. Challenges in the virtual assessment of COVID-19 infections in the community. Can Fam Physician 2021;67:e6-8.
7. Ottestad W, Seim M, Maehlen JO. COVID-19 with silent hypoxemia. Tidsskr Nor Laegeforen 2020;140(7).
8. Greenhalgh T. Question: Should the Roth score be used in the remote assessment of patients with possible covid-19? Answer: No. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine, 2020. https://www.cebm.net/covid-19/roth-score-not-recommended-to-assess-breathlessness-over-the-phone, geraadpleegd april 2022.
9. Greenhalgh T, Kotze K, Van Der Westhuizen HM. Are there any evidence-based ways of assessing dyspnoea (breathlessness) by telephone or video. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine, 2020. https://www.cebm.net/covid-19/are-there-any-evidence-based-ways-of-assessing-dyspnoea-breathlessness-by-telephone-or-video/, geraadpleegd april 2022.
10. Chorin E, Padegimas A, Havakuk O, Birati EY, Shacham Y, Milman A, et al. Assessment of Respiratory Distress by the Roth Score. Clin Cardiol 2016;39:636-9.
11. Ten Broeke CE, Himmelreich JC, Cals JW, Lucassen WA, Harskamp RE. The Roth score as a triage tool for detecting hypoxaemia in general practice: a diagnostic validation study in patients with possible COVID-19. Prim Health Care Res Dev 2021;22:e56.
12. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V; BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. Thorax 2017;72(Suppl 1):ii1-90.
13. Heesen G, Kant J, van Wijngaarden JA. Artsen triagehulp COVID-19. Utrecht: Kaderhuisartsen spoedzorg, 2020. https://www.spoedhag.nl/telefonische-triage-covid-19-laatste-update/, geraadpleegd april 2022.

Ten Broeke CE, Cals JW, Harskamp RE. Hypoxemie detecteren met De Roth-score. Huisarts Wet 2022;65(6):36-9. DOI:10.1007/s12445-022-1470-6.

Universiteit van Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: C.E.M. ten Broeke, basisarts huisartsgeneeskunde; prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts en hoogleraar. Universiteit van Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. R.E. Harskamp, huisarts en universitair docent: r.e.harskamp@amsterdamumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Van buikpijn tot appendicitis: let op de valkuilen!

Paul Giesen

Als huisarts wil je de diagnose 'appendicitis' niet missen vanwege de potentieel ernstige complicaties zoals perforatie, abcesvorming en sepsis. Appendicitis geeft soms echter een aspecifiek beeld met een uitgebreide differentiaaldiagnose en er is in de eerste lijn nog geen gevalideerd scoringssysteem. Daarom moet de patiënt ook bij een lage a-priorikans op zijn minst een vangnetadvies krijgen en binnen 24 uur opnieuw lichamelijk worden onderzocht. Een zeker percentage 'onnodige' spoedverwijzingen moet daarbij voor lief worden genomen.

Acute appendicitis is een acute infectie van de appendix vermiformis, een 'waar' divertikel van het caecum, met als histologisch kenmerk leukocytaire infiltratie door de gehele wand of pus in het lumen. Men onderscheidt simpele, 'ongecompliceerde' appendicitis – een flegmoneuze appendicitis zonder necrose of perforatie die weinig progressief en mogelijk reversibel is – en gecompliceerde appendicitis. Deze laatste variant is ernstig en progressief, met necrose en perforatie van de appendix. Een gecompliceerde appendicitis moet snel, liefst binnen 24 uur, worden geopereerd om soms dodelijke complicaties zoals peritonitis, abcesvorming en sepsis te voorkomen, en om de kans op problemen op de lange termijn te verkleinen, zoals infertiliteit en chronische buikpijn als gevolg van verklevingen.[1-2]
De lifetime-prevalentie van appendicitis is bij mannen (9%) iets groter dan bij vrouwen (7%); de incidentie is het hoogst bij jongvolwassenen. De kans op een gecompliceerde appendicitis met perforatie is het grootst bij kinderen (40 tot 57%) en bejaarden (55 tot 70%).[3-5] Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 15.000 appendectomieën uitgevoerd. Een deel van de patiënten geneest overigens spontaan.[1-5]

CASUS: VROUW MET PIJN IN RECHTER ONDERBUIK

Een 20-jarige vrouw komt bij de waarnemend huisarts met sinds 1,5 dag pijn in de rechter onderbuik en een pijnlijk rechterbeen bij optillen. De klachten zijn 'vanuit het niks' ontstaan en patiënt voelt zich futloos en moe. Ze heeft geen eetlust, is misselijk en heeft minimaal diarree. Haar verdere anamnese en voorgeschiedenis zijn blanco.
De vrouw maakt geen zieke indruk, maar het gaan liggen op de onderzoeksbank is pijnlijk. Ze heeft geen koorts (37,5 °C met oorthermometer) en heeft vage drukpijn ter hoogte van het mcburneydrukpunt, zonder défense en loslaatpijn. Het rechterbeen is pijnlijk bij optillen tegen weerstand en bij extensie. Inwendig onderzoek wordt niet verricht.
Het urineonderzoek is normaal en de zwangerschapstest is negatief.
De waarnemer twijfelt: de patiënt maakt geen zieke indruk, heeft wel verhoging, maar geen koorts en de buik is soepel. Ze schat de kans op een appendicitis laag in, ze denkt eerder aan een gastro-enteritis of liesblessure. Voor alle zekerheid vraagt ze toch bloedonderzoek aan en een dag later ziet ze de uitslagen: CRP 30 mg/L (referentiewaarde: < 5 mg/L) en leukocyten 12 × 10^9/L (referentiewaarde: < 12 × 10^9/L) met linksverschuiving.
Diezelfde ochtend belt de patiënt voor de uitslag. Ze vertelt dat ze zich steeds zieker voelt met koorts, rillingen en braken, en kan niet van haar bed komen. Tijdens de huisvisite maakt de patiënt nu wel een zieke indruk, ze heeft koorts (39 °C), een lage bloeddruk (95/60 mmHg) en een snelle pols (110/min). De buik is iets opgezet, er is nu sprake van druk- en loslaatpijn over de hele onderbuik. De patiënt wordt ingestuurd met een vermoeden van een geperforeerde appendicitis en mogelijk sepsis. De chirurg bevestigt dit vermoeden en vindt ook een retrocaecaal abces. De patiënt wordt opgenomen op de ic, krijgt antibiotica en het abces wordt gedraineerd. Ze herstelt, maar blijft langdurig buikpijn houden.

DIAGNOSTIEK

Het klassieke beeld van appendicitis is een in korte tijd ontstane, migrerende pijn naar de rechter onderbuik met gebrek aan eetlust, misselijkheid, braken, hoestpijn en vervoerspijn. Klassieke bevindingen bij lichamelijk onderzoek zijn temperatuur > 37,3 °C, drukpijn ter hoogte van het mcburneydrukpunt, (contralaterale) loslaatpijn, pijn bij percussie en palpatie, actief of passief spierverzet (défense musculaire) en het psoasfenomeen [**kader**].[1-7] Elk van deze kenmerken is terug te vinden in de ongeveer 26 scoringssystemen die wereldwijd worden gebruikt op SEH's.[4] Helaas is er nog geen gevalideerd scoringssysteem voor de eerste lijn.
Bij het klassieke beeld van appendicitis is een spoedverwijzing geïndiceerd, maar helaas zijn de verschijnselen niet altijd even duidelijk, zoals onze casus laat zien. In dat geval moeten contextuele factoren de doorslag geven, zoals ziektebeloop, leeftijd, (blanco) voorgeschiedenis en het eigen niet-pluisgevoel. Herhaald appelleren is ook een relevant alarmsignaal om het lichamelijk onderzoek op korte termijn (< 24 uur) te herhalen.[8]

DE KERN

- Bij (semi-)acuut ontstane buikpijn staat appendicitis hoog in de differentiaaldiagnose.
- Omdat het missen van een appendicitis kan leiden tot abcesvorming, sepsis en zelfs sterfte, wordt de patiënt bij een hoge a-priorikans direct ingestuurd.
- Een normaal bloedonderzoek sluit appendicitis niet uit.
- Bij twijfel of een lage a-priorikans moet de patiënt een vangnetadvies krijgen en uiterlijk binnen 24 uur opnieuw lichamelijk worden onderzocht.

De differentiaaldiagnose van acute appendicitis is uitgebreid:[1-5,9-14]

- virale of bacteriële gastro-enteritis
- cystitis of pyelonefritis
- urolithiasis
- lymphadenitis mesenterica
- geruptureerde ovariumcyste
- adnexitis
- buikwand- of liespijn
- extra-uteriene graviditeit
- diverticulitis
- meckeldivertikel
- diabetische ketoacidose

BESCHOUWING

In onze casus waren de meeste klassieke symptomen al bij het eerste contact aanwezig, behalve de vage drukpijn en het ontbreken van loslaatpijn bij het buikonderzoek. Achteraf had de waarnemer er beter aan gedaan de patiënt zonder bloedonderzoek in te sturen. Maar achteraf heeft men gemakkelijk praten! Wat waren de valkuilen?

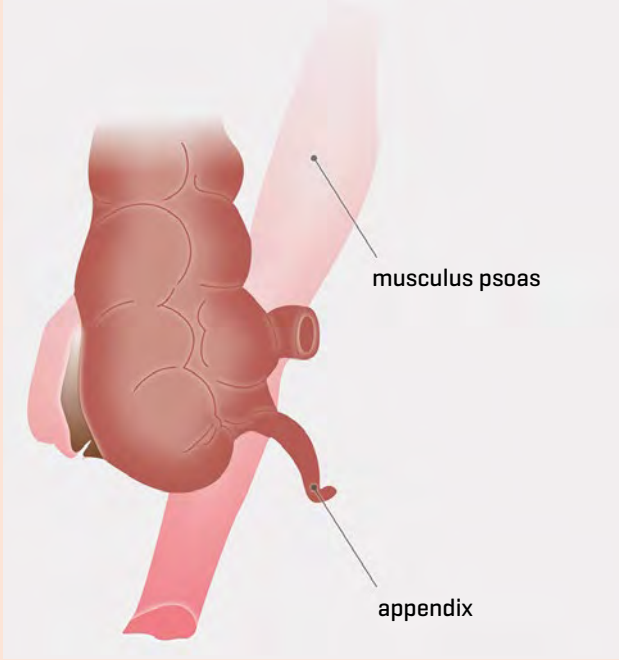
De huisarts constateerde dat de patiënt geen koorts had (37,5 °C), maar ook een subfebriele temperatuur > 37,3 °C geldt als klassiek symptoom.[1-8] Daarnaast zag ze de pijn bij optillen van het rechterbeen aan voor een mogelijke liesblessure. In werkelijkheid ging het om prikkeling van de musculus psoas door de ontstoken, retrocaecaal gelegen appendix. Lokale drukpijn en loslaatpijn staan dan vaak wat meer op de achtergrond – ook in onze casus.[6] Vanwege de diarree dacht de waarnemer nog aan gastro-enteritis, maar daarbij staat pijn niet op de voorgrond en begint die in de maagstreek, gevolgd door buikkrampen en diarree. Verder maakte de waarnemer geen vervolgafspraak, terwijl het beter is ook bij een gering vermoeden van appendicitis het lichamelijk onderzoek uiterlijk de volgende ochtend te herhalen, want vertraging vergroot de kans op complicaties.[8] Een andere vertragende factor was het bloedonderzoek, dat niet cito werd uitgevoerd. Bloedonderzoek om een appendicitis uit te sluiten kan een valkuil zijn, want een klein deel van de patiënten met een niet-afwijkend CRP en leukocyten blijkt achteraf toch een appendicitis te hebben.[15] Overigens zou dan ook een glucosebepaling zinvol zijn geweest om een extra-abdominale oorzaak zoals diabetische ketoacidose uit te sluiten.[13]

PSOASFENOMEEN

Bij een retrocaecaal gelegen appendicitis kan de musculus psoas [**figuur 1**] geprikkeld raken met een pijnlijke kramp wanneer men het been in de heup buigt en strekt. Laat de patiënt op de linkerzijde liggen en breng de rechterheup in hyperextensie. Pijnlijke hyperextensie geldt als positieve test voor appendicitis. Een alternatief is de patiënt op de rug te laten liggen en te vragen de rechterheup actief tegen de hand van de onderzoeker te buigen [**figuur 2**].[6,7]

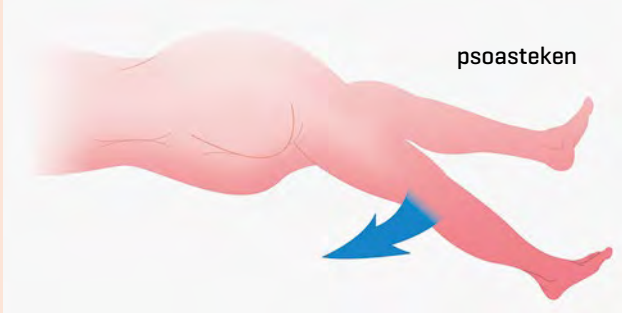
Figuur 1

Musculus psoas



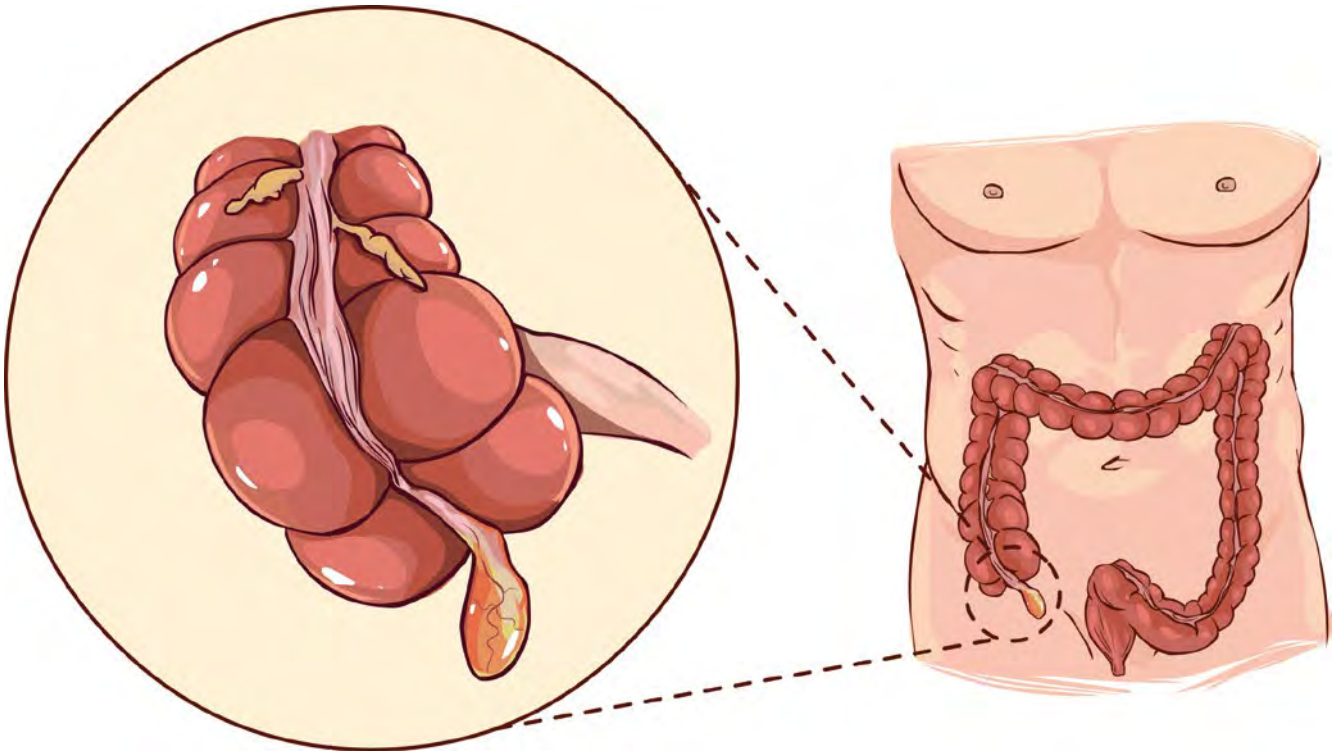
Figuur 2

Testen van het psoasfenomeen (psoasteken)



TEN SLOTTE

In de dagelijkse praktijk moeten huisartsen afgaan op anamnese en lichamelijk onderzoek wanneer de diagnose 'appendicitis' nog onzeker is. Ook bij een minder duidelijk beeld is appendicitis nooit uit te sluiten en kan het van levensbelang



Een behoorlijk percentage 'onnodige' spoedverwijzingen is onvermijdelijk als men de kans op ernstige complicaties wil verkleinen. Foto: Shutterstock

zijn de patiënt een zorgvuldig vangnetadvies mee te geven, en op korte termijn een vervolgafspraak te plannen. Raadpleeg bij twijfel desnoods een collega en beschrijf de overwegingen en adviezen goed in de P-regel van het dossier, zodat de collega's en de HAP geïnformeerd zijn. Bedenk tot slot dat een behoorlijk percentage 'onnodige' spoedverwijzingen onvermijdelijk is als men de kans op ernstige complicaties wil verkleinen.
Al met al blijft appendicitis een diagnose die door huisartsen en specialisten makkelijk te missen is. Onderzoek naar de voorspellende waarde en afkappunten van CRP-bepaling en onderzoek naar de meerwaarde van een scoringssysteem in de eerste lijn zou in de toekomst kunnen helpen bij adequatere diagnostiek van appendicitis. ■

LITERATUUR

1. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet 2015;386:1278-87.
2. Bom WJ, Knaapen M, Gorter RR, Van Rossem CC. Acute appendicitis. Behandeling volgens de nieuwe richtlijn. Ned Tijdschr Geneeskd 2020;164:D4690.
3. Krzyzak M, Mulrooney SM. Acute appendicitis review: background, epidemiology, diagnosis, and treatment. Cureus 2020;12:e8562.
4. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg 2020;15:27.
5. Diagnostische strategie bij volwassenen met acute appendicitis. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde/Nederlandse Vereniging voor Radiologie, 2019. https://richtlijnendatabase.nl, geraadpleegd 15 maart 2022.
6. Moll van Charante EP, De Jongh TO. Onderzoek bij patiënten met een acute buik. Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155:A2658
7. Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP, editors. Bates' guide to physical examination and history taking. New York: Lippincott, Williams & Wilkins, 2021.
8. Cameron DB, Williams R, Geng Y, Gosain A, Arnold MA, Guner YS, et al. Time to appendectomy for acute appendicitis: A systematic review. J Pediatr Surg 2018;53:396-405.
9. NHG-werkgroep Buikpijn bij kinderen. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Utrecht: NHG, 2012, www.richtlijnen.nhg.org, geraadpleegd 14 maart 2022.
10. Richtlijn diagnostiek acute buikpijn bij volwassenen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde/Nederlandse Vereniging voor Radiologie, 2013.
11. Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. Huisarts Wet 2002;45:299-302.
12. De Vries H, Van Alphen MK, De Beer SA, De Jong D. Acute buikpijn. Huisarts Wet 2003;46:569-73.
13. Keurlings PA, Van der Louw J, Schol R. Acute suikerbuik. Huisarts Wet 2018;61:50-1.
14. Atema J, Vrouenraets B. Een kleuter met pijn rechts onderin de buik. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D802.
15. Atema JJ, Gans SL, Beenen LF, Toorenvliet BR, Laurell H, Stoker J, et al. Accuracy of white blood cell count and C-reactive protein levels related to duration of symptoms in patients suspected of acute appendicitis. Acad Emerg Med 2015;22:1015-24.

Giesen P. Van buikpijn tot appendicitis: let op de valkuilen! Huisarts Wet 2022;65(6):40-2. DOI:10.1007/s12445-022-1462-6.

Radboudumc, IQhealthcare, Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts en senior onderzoeker, paul.giesen@radboudumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Antwoord ecg-casus 'Pijn na coronavaccinatie'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie en regelmaat* | Het RR-interval is 5 blokjes (25 mm), dat is 1 seconde. De frequentie is dus 60/min. Anders beredeneerd: er zijn van links naar rechts in 10 seconden 10 complexen te zien; ook dat weerspiegelt een frequentie van 60/min. Er is een constant RR-interval, dus een regelmatig ritme.
2. *As* | Normaal. De meest positieve afleiding is afleiding II (wijst naar linksonder, +60 graden). De meest iso-elektrische as is afleiding avL (deze afleiding verloopt onder een hoek van –30 graden, een as loodrecht daarop past daarom eveneens bij +60 graden). De as is dus normaal. Kortweg: als I (horizontaal) en avF (verticaal) beide een overwegend positief QRS-complex tonen, ligt de as per definitie in het normale kwadrant.
3. *P-top* | Normaal. Overal positief en niet vergroot (alleen negatief in avR, zoals het hoort).
4. *PQ-tijd* | Normaal (< 5 mm ofwel < 200 ms). Er is hier wel iets anders wat opvalt. In II, avF en V3-6 ligt het stukje tussen de P-top en het QRS-complex onder de iso-elektrische lijn: dat noemen we PTa-depressie. Het PTa-segment bestaat uit het moment vanaf atriale depolarisatie (de P-top) tot en met de atriale repolarisatie (de atriale T-top, oftewel de Ta), die op het ecg niet zichtbaar is omdat de geringe stroom die hierbij opgewekt wordt, wegvalt in het QRS-complex. Het PTa-segment is de atriale equivalent van de QT-tijd, die de ventriculaire depolarisatie, rustfase en vervolgens repolarisatie behelst. Van het PTa-segment zijn normaal gesproken de P-top en een iso-elektrisch stukje tussen P en Q zichtbaar. Bij pericarditis verandert dit PTa-segment: door de ontsteking van het hartzakje lekken elektrolyten tijdens de atriale contractie naar buiten. Dat wordt zichtbaar als PTa-depressie. Daarnaast leiden de lekstroompjes veelal tot enige ST-elevatie in veel/alle afleidingen. Zie verder in dit antwoord.
5. *Q* | Normaal. Nergens pathologische Q's zichtbaar.
6. *QRS* | Normaal. Slank QRS, normale voltages en normale R-progressie over de voorwand.
7. *ST-segment* | Vroege repolarisatie (verhoogd J-punt) in V2-3: dit past bij de fysiologie van een jonge man. Daarnaast komvormig oplopende ST-segmenten in I, II, V2-5. Bij pericarditis worden er ook tijdens de ventrikelcontractie elektrolyten uit het pericard naar buiten geduwd, waardoor 'lekstroompjes' ontstaan. Deze uiten zich als milde, maar diffuus aanwezige ST-elevaties. Dit past onmogelijk bij infarcering in het stroomgebied van 1 kransslagader (onderwand, voorwand of lateraal). Kenmerkend verschil met ST-elevaties bij een infarct is verder dat reciproke depressies ontbreken. Ook is de vorm van de ST-elevaties hier opvallend komvormig oplopend. Dat zegt niet alles, maar is wel vrij kenmerkend voor pericarditis.
8. *T-top* | Min of meer normaal. Geringe T-top inversie in III.
9. *QT-tijd* | Normaal (< 10 mm ofwel < 400 ms en minder dan de helft van de cyclusduur).
10. *Ritme* | Normaal SR. Normale P-toppen voor ieder QRS-complex.

\+ *Conclusie* | PTa-depressie en komvormig oplopende ST-elevatie in veel afleidingen, zonder signalen van ischemie in een specifiek stroomgebied: ecg dat mogelijk wijst op pericarditis. Milde, maar daarbij passende klachten.

2. HET VERDERE BELEID

De huisarts constateert een pericarditis, schrijft 3 dd 600 mg ascal voor en volgt het herstel van de patiënt. Ze meldt de bijwerking bovendien bij Lareb. Binnen 72 uur is de patiënt volledig klachtenvrij en normaliseert het ecg. Pericarditis en myocarditis zijn zeer zeldzame bijwerkingen van diverse coronavaccins en werden in de eerste maanden van de vaccinatie 321 maal per 197 miljoen vaccinaties gerapporteerd. Het beloop hierbij is gunstig. De patiënt is uiteindelijk ook weinig bezorgd over de pericarditis en is vooral blij dat de huisarts hem kan verzekeren dat het vaccin bij deze bijwerking niet minder werkt. ■

Nieuwe ontwikkelingen in de herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen

Lia Boelman, Jip de Jong, Heleen van Boetzelaer

De volledig herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen bevat verschillende wijzigingen. Zoals het advies om bij kinderen < 6 jaar alleen bloedonderzoek op inhalatieallergenen te doen als er twijfel is over het in te stellen beleid. Ook vervangt de tweedeling in 'goede' en 'onvoldoende' astmacontrole de driedeling in 'goede', 'gedeeltelijke' en 'slechte' astmacontrole. Verder onderscheidt de standaard gepland en ongepland gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders (SABA) bij kinderen die veel sporten. Bij kinderen met goede astmacontrole gedurende ≥ 1 jaar wordt aangeraden inhalatiecorticosteroïden (ICS) af te bouwen. Tot slot bevat de standaard instructies voor thuisgebruik van SABA na een longaanval en is de duur van een prednisonkuur verkort tot 3 dagen.

De arts stelt de diagnose 'astma' op basis van het klinische beeld, er is geen gouden standaard. Foto: Shutterstock

Er is geen gouden standaard waarmee de diagnose 'astma' bij kinderen met zekerheid kan worden gesteld of verworpen. De arts stelt de diagnose op basis van het klinische beeld. De diagnose wordt meer of minder waarschijnlijk gemaakt door een aantal kenmerken uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek zoals recidiverend piepen, een voorgeschiedenis met atopie en/of een eerstegraads familielid met astma of atopie. Bij kinderen < 6 jaar is de diagnose 'astma' vaak niet goed te stellen. Daarom adviseert de huidige versie van de standaard, net als de vorige, terughoudend te zijn met deze diagnose en de symptoomdiagnose 'episodisch expiratoir piepen' te stellen bij ≥ 2 episodes met expiratoir piepen.
Als astma op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek waarschijnlijk is, heeft spirometrie geen toegevoegde waarde. In geval van twijfel kan men bij kinderen vanaf ongeveer 6 jaar een spirometrie overwegen, bij voorkeur tijdens klachten. Bij twijfel over het starten van een inhalatiecorticosteroïd (ICS) bij kinderen < 6 jaar kan een bloedonderzoek op inhalatieallergenen behulpzaam zijn. Een positieve uitslag maakt astma waarschijnlijker; de voordelen van ICS wegen dan op tegen de mogelijke bijwerkingen.

OOK BIJ KINDEREN GEEN 3 MAAR 2 NIVEAUS VAN ASTMACONTROLE

De driedeling in 'goede', 'gedeeltelijke' en 'slechte' astmacontrole leidde in de praktijk tot verwarring omdat het beleid bij gedeeltelijke en slechte astmacontrole niet verschilde. Daarom is er, net als bij volwassenen, gekozen voor een tweedeling in 'goede' en 'onvoldoende' astmacontrole. Het onderscheid berust op een aantal kenmerken zoals klachten overdag, beperkingen in activiteiten en klachten tijdens het slapen. Een patiëntvragenlijst – de ACQ6 of de (C-)ACT, afhankelijk van de leeftijd – kan ook bij kinderen uitkomst bieden.

OVERMATIG GEBRUIK VAN LUCHTWEGVERWIJDERS EN SPORTENDE KINDEREN

In de afgelopen jaren is duidelijker geworden dat overmatig gebruik (> 2 × per week) van een kortwerkend bèta-2-sympathicomimeticum (SABA) schadelijk kan zijn. Het is meestal een teken van onvoldoende astmacontrole en geeft een groter risico op longaanvallen en ziekenhuisopname.
Een deel van de kinderen met astma krijgt klachten tijdens of na inspanning. Bewegen is voor kinderen met astma echter belangrijk. Een SABA uiterlijk 10-15 minuten voor de inspanning kan klachten voorkomen. Als kinderen frequent sporten (arbitrair > 2 × per week) is het zinvol om onderscheid te maken tussen 'gepland' en 'ongepland' gebruik. Als een kind zich vaak en intensief inspant, is gepland gebruik van een SABA (met een arbitrair maximum van 5 × per week) acceptabel en hoeft de volgende stap in het stappenplan niet te worden gezet.

ICPC-registratieadvies voor astma bij kinderen

- Kies bij het registreren van een episode een passende ICPC-klasse op het niveau van *true level of understanding*. Als de diagnose nog niet zeker is, benoem dan de episode op symptoom- en klachtniveau, bijvoorbeeld met ICPC-code R02 (Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan de luchtwegen), R03 (Piepende ademhaling) of R05 (Hoesten). Voeg eventueel in de vrije tekst een werkhypothese of differentiaaldiagnose aan de ICPC-naam toe.
- Pas de episodetitel (naam en/of ICPC-code) aan indien uw oordeel over het gezondheidsprobleem na verloop van tijd verandert. Zo geeft de episodetitel altijd een actuele weergave van de stand van zaken.
- Gebruik ICPC-code R29.02 (Prikkelbare luchtwegen) voor de symptoomdiagnose 'episodisch expiratoir piepen'.
- Gebruik ICPC-code R96 (Astma) of R96.02 (Allergisch astma) alleen als de diagnose 'astma' zeker is. In de regel kan dit alleen bij kinderen ≥ 6 jaar.

Figuur

Overzicht ICPC-codes bij astma

Klachten	Recidiverende klachten	Diagnose
Benauwdheid	**Episodisch expiratoir piepen**	**Astma**
R02 Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan de luchtwegen	**R29.02** Prikkelbare luchtwegen	**R96** Astma
Piepen		**Allergisch astma**
R03 Piepende ademhaling		**R96.02** Allergisch astma
Hoesten		**Andere diagnose**
R05 Hoesten		

Casus: meisje met piepende ademhaling
Nina Willems, 4 jaar, is tijdens een luchtweginfectie kortademig en heeft een piepende ademhaling. U schrijft salbutamol voor en registreert in het SOEP-verslag 'Piepende ademhaling bij virale luchtweginfectie', ICPC-code R03 (Piepende ademhaling).
Een jaar later ziet u Nina opnieuw met haar vader op het spreekuur. Afgelopen jaar heeft ze meerdere episodes doorgemaakt met kortademigheid en piepende ademhaling bij een luchtweginfectie. Ook nu is Nina benauwd. Bij lichamelijk onderzoek hoort u een verlengde piepende expiratie over meerdere longvelden. Nina's vader heeft zelf ook astma. U stelt de symptoomdiagnose 'episodisch expiratoir piepen' en u past de ICPC-code aan naar R29.02 (Prikkelbare luchtwegen). Vanwege de frequentie van de klachten schrijft u beclometason voor.

AFBOUWEN VAN INHALATIECORTICOSTEROÏDEN

Het valt te overwegen de onderhoudsmedicatie met ICS af te bouwen als de astmacontrole ≥ 1 jaar goed is geweest. Houd bij de afweging rekening met seizoensinvloeden en streef naar een stabiele situatie. Wees daarom terughoudend met afbouwen van ICS bij kinderen die in voorgaande jaren een ziekenhuisopname, longaanval of orale prednisonkuur hebben gehad.

THUISGEBRUIK VAN LUCHTWEGVERWIJDERS NA LONGAANVAL EN DUUR VAN PREDNISONKUUR

Na een longaanval is het belangrijk om duidelijke instructies te geven over het gebruik van SABA thuis. Tot aan de controle op de volgende dag moet het kind elke 3-4 uur 4 inhalaties nemen; wanneer de klachten afnemen moet het de dosering geleidelijk verminderen.
De duur van een orale prednisonkuur, als die is geïndiceerd, is in de nieuwe versie verkort tot 3 dagen (1 mg/kg in 2 giften tot maximaal 40 mg per dag). De aanbevolen duur blijft 5 dagen voor kinderen die in de voorgaande 3 jaar een ziekenhuisopname, longaanval of orale prednisonkuur hebben gehad, en voor kinderen die in de afgelopen 5 jaar vanwege astma opgenomen zijn geweest op de ic. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Astma bij kinderen op richtlijnen.nhg.org.

Boelman L, De Jong J, Van Boetzelaer, H. Nieuwe ontwikkelingen in de herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen. Huisarts Wet 2022;65(6):46-7. DOI:10.1007/s12445-022-1466-2.
Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: L. Boelman, huisarts, wetenschappelijk medewerker, L.Boelman@nhg.org; dr. J. de Jong, senior wetenschappelijk medewerker; H. van Boetzelaer, wetenschappelijk medewerker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep die de herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen heeft geschreven bestond uit (op alfabetische volgorde): Bhogal-Statham MJ, Bindels PJE, Boelman L, Boers S, De Jong J, Leendertse A, Looijmans I, Muris JWM, Oud M, Schouten F, Van de Griendt EJ en Van Ewijk B.

Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie

Rob van de Ven

Voor patiënten met dementie en hun naasten heeft opname in een verpleeghuis een grote impact. Ze stellen opname dan ook vaak liever uit. Casemanagement dementie wordt geregeld ingezet om ervoor te zorgen dat de patiënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Drie meta-analyses lijken erop te wijzen dat casemanagement dementie gedurende de eerste 18 maanden uitstel van opname bevordert. Omdat de functie van casemanager in de geanalyseerde onderzoeken verschillend wordt ingevuld, kunnen we de uitkomsten echter niet zomaar naar de Nederlandse situatie extrapoleren.

Samen met een 85-jarige vrouw – bij wie we eerder de diagnose dementie hadden gesteld – formuleerden we een individueel zorgbehandelplan. De patiënte wilde zelf zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Daarom zetten we casemanagement dementie in. De casemanager dementie voorziet in psychoeducatie, en biedt ondersteuning bij het leren omgaan met het gedrag van de patiënt, bij het leveren van zorg, op het sociale vlak en voor mantelzorgers. Ook ondersteunt de casemanager bij het aanvragen van een WLZ-indicatie of crisisopname.

Slaagt een casemanager dementie erin de patiënt langer thuis te laten wonen? De herziene NHG-Standaard Dementie geeft geen antwoord op die vraag.[1] Ook de handreiking Diagnostiek van dementie van de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) doet daarover geen uitspraak.[2] Volgens de richtlijn Dementie van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) kan casemanagement dementie opname in een verpleeghuis niet uitstellen, hoewel de bewijskracht daarvan laag is.[3] Deze richtlijnen zijn reeds enkele jaren oud of doen geen uitspraak over de vraag of casemanagement dementie opname in een verpleeghuis kan uitstellen. Levert systematisch literatuuronderzoek nieuwe inzichten op?

ZOEKSTRATEGIE

De PICO luidde: kan casemanagement dementie (I) bij patienten met dementie (P) opname in het verpleeghuis uitstellen (O) ten opzichte van geen casemanagement (C)? De Cochrane-database leverde 1 meta-analyse op. Op 16 maart 2022 werd gezocht in PubMed vanaf 2005, met de volgende zoektermen: ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields])

Patiënten met dementie willen vaak zo lang mogelijk thuis blijven wonen en casemanagement kan daarbij helpen. Foto: Shutterstock

AND ("case managers"[MeSH Terms] OR "case managers" [All Fields] OR "case manager"[All Fields] OR "case management"[all fields] OR "home support"[all fields]). Dat leverde 282 resultaten op. Een filter op systematische literatuuronderzoeken en meta-analyses resulteerde in 30 artikelen. Op basis van titel, samenvatting en inhoud bleven er 3 meta-analyses over. De kwaliteit beoordeelden we met de critical appraisal-criteria van het Centre of Evidence-based Medicine.[4] Twee artikelen waren van methodologisch hoge kwaliteit.[6,7] Het derde artikel was van voldoende hoge kwaliteit.[5]

RESULTATEN

De uitkomsten van de artikelen staan in de [**online tabel**]. Luker en collega's includeerden 5 RCT's die de PICO-vraag beantwoorden.[5] Reiley en collega's hanteerden een bredere zoekstrategie en includeerden daarom 9 verschillende RCT's, waarvan 2 onderzoeken overeenkomen met die van Luker en collega's.[6] Ook Tam-Tham en collega's includeerden deze onderzoeken.[7] Zij namen verder 2 onderzoeken op die Reiley en collega's ook includeerden.

De RCT's die Luker en collega's voor hun analyse gebruikten betreffen vooral op dementie gerichte complexe interventies, die multifactorieel en persoonsgebonden zijn, en waarbij casemanagement de belangrijkste component was. Reiley en collega's doen hetzelfde, maar wijzen daarbij op de variatie die er desondanks bestaat, bijvoorbeeld in het aanbod van casemanagementinterventies, de doelpopulatie, de mate van invloed op de toewijzing van de zorg, en de intensiteit en duur. Tam-Tham en collega's zien ook dat de vorm van casemanagement varieert, bijvoorbeeld betrokkenheid van een enkele casemanager versus een multidisciplinair team, huisbezoeken versus telefonisch contact en een eenmalig versus herhaald contact. Ook wijzen ze erop dat de controlegroepen varieerden van alleen informatiemateriaal tot laagintensief casemanagement. Tam-Tham en collega's concluderen dat casemanagement de kans op opname in een verpleeghuis op de korte termijn significant kan verkleinen. Vanaf 18 maanden na de start van het casemanagement verdwijnt het effect. De analyse van Luker en collega's is niet gestratificeerd naar follow-upduur. Toch vinden zij een klein significant verschil in het voordeel van casemanagement. Casemanagement dementie moet dan echter wel onderdeel zijn van een multifactorieel, op de individuele patiënt gericht aanbod van interventies. Ook de meta-analyse van Reiley en collega's laat zien dat casemanagement in de periode van 0 tot 18 maanden na de start ervan tot uitstel van opname in een verpleeghuis leidt.

BESCHOUWING

Uit de 3 meta-analyses blijkt dat casemanagement dementie de kans op opname in een verpleeghuis op de korte termijn (0 tot 18 maanden) kan verlagen. Op de lange termijn lijkt er geen verschil meer te zijn tussen patiënten met en patiënten zonder casemanagement.

Er vallen enkele kanttekeningen te plaatsen bij de interpretatie van de uitkomsten. De functie casemanager is op verschillende manieren in te vullen. Zo kan het een op zichzelf staande interventie betreffen, waarbij alleen sprake is van informatievoorziening, maar het kan ook om een multifactorieel aanbod van interventies gaan. De achtergrond, opleiding en thuisbasis van de casemanagers variëren per onderzoek en land. Ook zijn er verschillen in de manier waarop landen patiënten ondersteuning bieden, bijvoorbeeld wat betreft de toegang tot een arts, dagbestedingsmogelijkheden en sociale ondersteuning. Casemanagement is geen uniforme interventie, wat ook tot uiting komt in de heterogeniteit die we in alle meta-analyses zien. Bedenk verder dat er maar 2 Nederlandse RCT's zijn geïncludeerd, die een relatief kleine onderzoekspopulatie hadden en tegenstrijdige resultaten lieten zien.[8,9]

CONCLUSIE

Op basis van de gevonden onderzoeken kunnen we concluderen dat casemanagement dementie uitstel van opname in een verpleeghuis mogelijk maakt. Daarnaast kunnen er uiteraard tal van andere redenen zijn om casemanagement in te zetten. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Dementie. NHG Standaard Dementie. Utrecht: NHG, 2020. https://richtlijnen.nhg.org, geraadpleegd op 16 maart 2022.
2. Verenso. Handreiking diagnostiek van dementie. Utrecht: NVVA, 2009. www.verenso.nl, geraadpleegd op 16 maart 2022.
3. NVKG. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van dementie. Utrecht: NVKG, 2014. www.nvkg.nl, geraadpleegd op 16 maart 2022.
4. Center for Evidence-Based Management. Critical appraisal of a meta-analysis or systematic review. Leiden: Center for Evidence-Based Management, 2014. https://richtlijnendatabase.nl, geraadpleegd op 16 maart 2022.
5. Luker JA, Worley A, Stanley M, Uy J, Watt AM, Hillier SL. The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review. BMC Geriatr 2019;19:217.
6. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2015;1(1):CD008345.
7. Tam-Tham H, Cepoiu-Martin M, Ronksley PE, Maxwell CJ, Hemmelgarn BR. Dementia case management and risk of long-term care placement: a systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2013;28:889-902.
8. Jansen AP, Van Hout HP, Nijpels G, Rijmen F, Dröes RM, Pot AM, et al. Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. Int J Nurs Stud 2011;48:933-43.
9. Vernooij-Dassen M. Dementie en thuiszorg: een onderzoek naar determinanten van het competentiegevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1993.

Van de Ven R. Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie. Huisarts Wet 2022;65(6):48-9. DOI:10.1007/s12445-022-1463-5.

Het Spectrum, Dordrecht: dr. R. van de Ven, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts eerstelijnsouderengeneeskunde, r.vd.ven@hetspectrum.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Voorspellen van het beloop van tromboflebitis

Florien van Royen

Tromboflebitis is een meestal goedaardige aandoening waarbij afwachtend beleid volstaat. Een kleine maar relevante subgroep patiënten ondervindt echter complicaties doordat de trombus in het oppervlakkige syteem doorgroeit naar een diepveneuze trombose of longembolie (circa 4%). Daarnaast kan de tromboflebitis gepaard gaan met langdurige of recidiverende pijnklachten. Het is nog onduidelijk welke individuele patiëntkenmerken bijdragen aan een gecompliceerd beloop bij tromboflebitis in de eerste lijn.

In de huisartsenpraktijk is de incidentie van tromboflebitis 1,3 per 1000 persoonsjaren, vergelijkbaar met de incidentie van een diepveneuze trombose (DVT) of longembolie (LE).[1] De NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie adviseert echografisch onderzoek bij een grote tromboflebitis, bij uitbreiding van een oppervlakkige trombus naar het diepe systeem en bij een tromboflebitis die dicht bij een verbinding met het diepe systeem ligt (lies of knie). De meeste onderzoeken hierover zijn in de tweede lijn uitgevoerd. Er is meer onderzoek in de eerste lijn nodig om een gedetailleerder beeld te krijgen van de prognose van tromboflebitis bij de individuele patiënt in de huisartsenpraktijk.
Ons onderzoek moet het huisartsen mogelijk maken om het risico op complicaties (DVT/LE, langdurige of recidiverende pijnklachten) te voorspellen bij de individuele tromboflebitispatiënt. Hiervoor ontwikkelen we 3 modellen en maken we gebruik van routinezorgdata uit 4 grote databases met huisartsgegevens uit Nederland en het Verenigd Koninkrijk. We verwachten dat we ongeveer 700.000 tromboflebitiscasussen kunnen onderzoeken. Voorspellende factoren die we gaan bekijken zijn onder andere leeftijd, geslacht, medische voorgeschiedenis en tromboflebitiskenmerken, zoals lengte en locatie van de ontsteking. De voorspelmodellen geven op basis van individuele patiëntfactoren een risico-inschatting op het ontwikkelen van complicaties. Deze modellen kunnen de huisarts ondersteunen bij de beleidsvoering, bijvoorbeeld door vroegtijdig anticoagulantia in te zetten bij hoogrisicopatiënten en af te wachten bij laagrisicopatiënten. Het protocol voor dit onderzoek hebben we elders gepubliceerd.[2] De eerste resultaten verwachten we in 2024. ■

Het is onduidelijk welke individuele patiëntkenmerken bijdragen aan een gecompliceerd beloop van tromboflebitis. Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. Geersing GJ, Cazemier S, Rutten F, Fitzmaurice DA, Hoes AW. Incidence of superficial venous thrombosis in primary care and risk of subsequent venous thromboembolic sequelae: a retrospective cohort study performed with routine healthcare data from the Netherlands. BMJ Open 2018;8:e019967.
2. Van Royen FS, Van Smeden M, Moons KGM, Rutten FH, Geersing GJ. Management of superficial venous thrombosis based on individual risk profiles: protocol for the development and validation of three prognostic prediction models in large primary care cohorts. Diagn Progn Res 2021;5:15.

Van Royen FS. Voorspellen van het beloop van tromboflebitis. Huisarts Wet 2022;65(6):50. DOI:10.1007/s12445-022-1454-6.
UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: F.S. van Royen, aioto, f.s.vanroyen-5@umcutrecht.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

NETWERKBOEK PRAKTIJKVOERING

Janneke Belo, Fred Dijkers, Joost Leferink, Kees in 't Veld | Handboek praktijkvoering – Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde | Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021 | 232 pagina's | € 59,95 | ISBN: 9789036826464

Het *Handboek praktijkvoering – Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde* is de opvolger van de editie *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde* uit 2011. De redactie heeft ervoor gekozen om niet zozeer een leerboek te maken, als wel een netwerkboek, waaraan experts uit verschillende vakgebieden een actuele bijdrage leveren. In de huisartsenpraktijk is tegenwoordig immers veel meer samenwerking vereist binnen het lokale netwerk in de wijk, gemeente en regio. De verschillende hoofdstukken vormen hierbij de bouwstenen voor de praktijkvoering, die steeds veelomvattender wordt.

Het is de redactie gelukt om een veelomvattend handboek samen te stellen met een diversiteit aan onderwerpen, geschreven door auteurs met verschillende achtergronden (kaderhuisartsen Beleid en Beheer, praktijkmanager, juridisch adviseur, supervisor/coach, belastingadviseur, directeur van een huisartsencoöperatie).
De laatste paragraaf van elk hoofdstuk ('Aan de slag') bevat prikkelende vragen voor de praktijk, die je uitdagen om te reflecteren op je eigen netwerk. Het is leuk om ze met je collega praktijkhouder eens door te spreken of als kapstok te gebruiken bij onderwijs Praktijkmanagement tijdens de huisartsopleiding. Bovendien is er een online dossier waarop actuele informatie te vinden is via de QR-code in het boek.
In de inleiding spreken de samenstellers over looplijnen door het boek, die geformuleerd kunnen worden vanuit persoonlijke omstandigheden of ontwikkelingen in de praktijk/huisartsgeneeskunde. Die looplijnen zijn echter niet gevisualiseerd in het boek, waardoor de indeling rommelig oogt. Wellicht was het overzichtelijker geweest om de hoofdstukken meer te bundelen op thema of gericht op bijvoorbeeld de startende versus meer ervaren huisarts. Sommige hoofdstukken, zoals 'Governance in de Huisartsgeneeskunde', zijn voor de startende huisartsen vrij abstract, terwijl dit wel een actueel thema kan zijn voor huisartsen die een actieve rol hebben binnen een zorggroep of coöperatie. Een logischer indeling zou de hoofdstukken meer recht doen.
Verder hadden onderwerpen als de rol van de huisartsengroep en dilemma's en overwegingen bij een overnametraject, gericht op de startende en stoppende huisarts, wat ons betreft ook een plekje verdiend in dit netwerkboek.
Dit uitgebreide boek geeft veel inzicht in de complexe wereld rond de huisarts(enpraktijk). Het nodigt uit tot reflectie en kan voor zowel de startende als meer ervaren huisarts verdieping geven in de praktijkvoering. Grotere overzichtelijkheid en meer aandacht voor de perikelen rond praktijkovername hadden het boek nog completer gemaakt. ■

Marian van den Brink, Pieter Buis

WAARDERING: ●●●●○

Uw diagnose 'Zonder haar'

Een 40-jarige vrouw bezoekt de poli dermatologie omdat in 1 maand tijd al haar lichaamsbeharing is uitgevallen, inclusief het haar van het gelaat en de hoofdhuid. Anamnestisch is er geen uitlokkende oorzaak voor het haarverlies. De medische voorgeschiedenis vermeldt atopisch en contactallergisch eczeem van de handen. Ze slikt omeprazol en krijgt vitamine B12-injecties. In haar familie komen geen huid- en haaraandoeningen voor.
Bij lichamelijk onderzoek zien we dat alle lichaamsbeharing ontbreekt. Daarnaast valt op dat alle nagels van de handen putjes vertonen en een ruw oppervlak hebben. Wat is uw diagnose?

1. Nagelafwijkingen bij psoriasis vulgaris
2. Nagelafwijkingen bij alopecia areata
3. Nagelafwijkingen bij lichen planus
4. Nagelafwijkingen bij contacteczeem

➤ Het antwoord leest u op pagina 58 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Zonder haar'.

Met dank aan Sander Kuipers, anios Dermatologie Erasmus MC, en Petra Dikrama, dermatoloog Erasmus MC.

Foto's: Petra Dikrama

Appendicitis bij kinderen

1. Blok et al. onderzochten de diagnostische waarde van symptomen van appendicitis. Défense musculaire voorspelt in hun onderzoek appendicitis het best. Wat is daarna de beste voorspeller?[1]
a. Doorverwijzing door de huisarts
b. Drukpijn in de rechteronderbuik
c. Loslaatpijn
d. Vervoerspijn

2. Slechts 4,4% van de kinderen die met buikpijn bij de huisarts komen, heeft appendicitis. Toch mag de huisarts appendicitis niet missen, vanwege de kans op ernstige complicaties. Bij welke groep kinderen is extra voorzichtigheid geboden vanwege hoge kans op perforaties?[1]
a. Kinderen van 4-8 jaar
b. Kinderen van 9-12 jaar
c. Kinderen van 13-8 jaar

3. De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen geeft de 4 meest voorkomende oorzaken van buikpijn bij kinderen die bij de huisarts op het spreekuur komen. Welke van de 4 komt bij twee derde van de kinderen voor?[2]
a. Appendicitis
b. Functionele buikpijn
c. Gastro-enteritis
d. Urineweginfectie

4. Blok et al. tonen aan dat appendicitis een lastige diagnose is. Eén op de 5 kinderen met appendicitis werd in het eerste consult gemist. Bij 11% van die 'gemiste' kinderen vond herbeoordeling plaats. Van de kinderen die werden verwezen had 69,9% geen appendicitis. Waarover zijn Blok et al. kritisch?[1]
a. Het missen van de diagnose bij 1 op de 5 kinderen.
b. Het lage aantal herbeoordelingen onder de groep 'gemiste' diagnoses.
c. Het aantal verwezen kinderen dat geen appendicitis had.

5. CRP-bepaling wordt in de eerste lijn niet aanbevolen bij kinderen met acute buikpijn. In het onderzoek van Blok kreeg 10% een CRP-test. Bij welke groep vond CRP-bepaling vaker plaats?[1]
a. Kinderen met appendicitis
b. Kinderen zonder appendicitis

6. Huisartsen noteren bij kinderen met acute buikpijn bij wie zij appendicitis vermoeden de symptomen op een bepaalde wijze in het medisch dossier. Wat viel Blok et al. daarbij op?[1]
a. Huisartsen noteerden met name positief voorspellende symptomen, totdat de beslissing werd genomen.
b. Huisartsen noteerden zowel positief als negatief voorspellende symptomen, de beslissing volgde na afweging.
c. Huisartsen noteerden ook bij een licht vermoeden van appendicitis alle symptomen in het dossier.

7. Het beleid bij een sterk vermoeden van appendicitis is een spoedverwijzing. Bij een licht vermoeden is het beleid lastiger, het beeld is nog aspecifiek. Giesen staat stil bij valkuilen: 'normale' bevindingen die dat achteraf niet blijken te zijn. Welk beleid adviseert hij bij de 'licht-vermoeden-groep'?[3]
a. Alleen vangnetadviezen
b. Vangnetadviezen en herbeoordeling binnen 24 uur
c. Verwijzen

8. Het ziekenhuis maakt bij de diagnostiek van appendicitis gebruik van een klinische predictieregel. Deze regels blijken in het ziekenhuis appendicitis veilig te kunnen uitsluiten. Spoort het ziekenhuis appendicitis dan ook beter op dan de eerste lijn (20% diagnoses gemist)?[1]
a. Ja, het ziekenhuis mist de diagnose appendicitis minder vaak (< 20% diagnose gemist).
b. Nee, het ziekenhuis mist de diagnose appendicitis even vaak (20% diagnoses gemist).

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

LITERATUUR

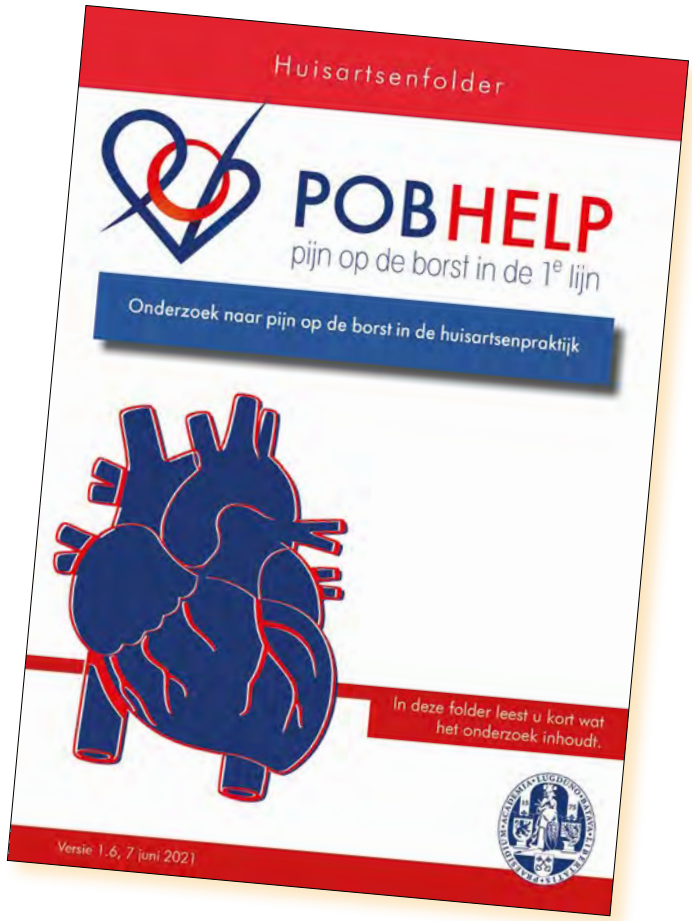
1. Blok GC, Veenstra LM, Van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. Diagnostiek van appendicitis bij kinderen met acute buikpijn in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2022;65(6):26-30. DOI:10.1007/s12445-022-1455-5.
2. NHG-werkgroep Buikpijn bij kinderen. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Utrecht: NHG, 2012. https://richtlijnen.nhg.org/.
3. Giesen P. Van buikpijn tot appendicitis: let op de valkuilen! Huisarts Wet 2022;65(6): 40-2. DOI:10.1007/s12445-022-1462-6.

ANTWOORDEN

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

Heeft troponinesneltest meerwaarde bij pijn op de borst?

Nicole Zwaga, Simone van den Bulk, Tobias Bonten



Huisartsen zien geregeld patiënten met pijn op de borst. Het is dan niet altijd even gemakkelijk om te bepalen of het om een acuut coronair syndroom (ACS) gaat of dat er andere oorzaken aan de pijn ten grondslag liggen. Het POB-HELP-onderzoek moet uitwijzen of een klinische beslisregel in combinatie met een troponinesneltest een cardiale oorzaak van pijn op de borst veilig kan uitsluiten.

Bij pijn op de borst wordt in ongeveer 40% van de gevallen aan een cardiale oorzaak gedacht en is een ACS uiteindelijk in slechts 4 tot 7% de oorzaak van de klachten.[1,2] Het klinisch onderscheid tussen ACS en andere oorzaken is moeilijk te maken, wat tot een groot aantal verwijzingen naar de tweede lijn kan leiden.[3]

Het Pijn Op de Borst Help (POB-HELP)-onderzoek is een geclusterd, gerandomiseerd onderzoek dat 1500 patiënten zal includeren in 90 huisartsenpraktijken in de regio's Leiden, Maastricht en Venlo. Huisartsenpraktijken worden gerandomiseerd in een verhouding van 2:1, waarbij de interventiegroep 2 keer zo groot is als de controlegroep. De klinische beslisregel in het onderzoek bestaat uit de Marburg Heart Score (MHS) en een high sensitivity (hs)-troponine-point-of-care-test (POCT).[4] De MHS is de enige beslisregel die in de eerste lijn is onderzocht en deze bleek op zichzelf onvoldoende sensitief om een ACS veilig uit te sluiten.[5,6] De toevoeging van een hs-troponine-POCT zou voor extra diagnostische zekerheid kunnen zorgen.[7]

De primaire uitkomstmaten van het onderzoek zijn het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en het aantal terecht niet verwezen patiënten. Daarnaast kijken we naar de kosten en de mate van geruststelling bij patiënten, en retrospectief naar de voorspellende waarde van de MHS. We excluderen patiënten die hemodynamisch instabiel zijn of klinisch een zeer hoge kans op ACS hebben, om vertraging tot behandeling te voorkomen. De resultaten worden in 2025 verwacht. Kijk voor meer informatie op www.pobhelp.nl of mail naar pobhelp@lumc.nl. ■

LITERATUUR

1. Hoorweg BBN, Willemsen RT, Cleef LE, Boogaerts T, Buntinx F, Glatz JFC, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. Heart 2017;103:1727-32.
2. Bosner S, Becker A, Haasenritter J, Abu Hani M, Keller H, Sonnichsen AC, et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. Eur J Gen Pract 2009;15:141-6.
3. Harskamp R, Van Peet P, Bont J, Ligthart S, Lucassen W, Van Weert H. The conundrum of acute chest pain in general practice: a nationwide survey in The Netherlands. BJGP Open 2018;2:1-10.
4. Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. CMAJ 2010;182:1295-300.
5. Schols AMR, Willemsen RTA, Bonten TN, Rutten MH, Stassen PM, Kietselaer BLJH, et al. A nationwide flash-mob study for suspected acute coronary syndrome. Ann Fam Med 2019;17:296-303.
6. Harskamp RE, Laeven SC, Himmelreich JCL, Lucassen WAM, Van Weert HCPM. Chest pain in general practice: a systematic review of prediction rules. BMJ Open 2018;9:1-10.
7. Apple FS, Schulz K, Schmidt CW, Van Domburg TSY, Fonville JM, De Theije FK. Determination of sex-specific 99th percentile upper reference limits for a point of care high sensitivity cardiac troponin I assay. Clin Chem Lab Med 2021;59:1574-8.

Zwaga N, Van den Bulk S, Bonten T. Heeft troponinesneltest meerwaarde bij pijn op de borst? Huisarts Wet 2022;65(6):55. DOI:10.1007/s12445-022-1433-y.
LUMC, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Leiden: N. Zwaga, huisartsopleider, kaderhuisarts spoedzorg in opleiding, n.zwaga@sgzoetermeer.nl; S. van den Bulk, aioto; dr. T. Bonten, huisarts-epidemioloog.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus en een kaderhuisarts spoedzorg in opleiding, betrokken bij het onderzoek.

DE GENDERSENSITIEVE HUISARTS

Toine Lagro en Doreth Teunissen | Gendersensitieve huisartsgeneeskunde. Een handboek voor de praktijk | Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2022 | 488 pagina's | € 51,95 | ISBN 9789036827065

Het handboek *Gendersensitieve huisartsgeneeskunde* biedt een overzicht van de recentste kennis over sekse- en genderverschillen in ziekte en gezondheid. De verschillen worden niet alleen belicht vanuit biologisch, maar ook vanuit psychologisch, sociaal en maatschappelijk perspectief. Het streven hierbij is dat de huisarts door kennis van deze verschillen betere persoonsgerichte zorg kan bieden.

In het boek, onder redactie van een hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen en een kaderhuisarts urogynaecologie, komt een verscheidenheid aan onderwerpen aan bod. Van de manier waarop mannen en vrouwen communiceren en omgaan met ziekte tot het implementeren van gendersensitief onderwijs. Daarbij is aandacht voor uiteenlopende ziektebeelden.

EEN BREDER PERSPECTIEF

De meeste kennis waarop we ons beleid in de spreekkamer baseren is afkomstig uit onderzoek bij mannen. Daarom is het goed dat er steeds meer aandacht is voor de biologische verschillen tussen mannen en vrouwen. De auteurs zijn erin geslaagd om het onderwerp in een breder perspectief te plaatsen en belichten ook de psychosociale verschillen. Omdat er nog veel niet bekend is over de invloed van sekse en gender op gezondheid en de interactie ervan met andere factoren – zoals sociaaleconomische status, etniciteit, opleiding en religie – richt het boek zich vooral op de rol van sekse en gender in verschillende levensfasen. De hoofdstukken zijn goed onderbouwd met relevante literatuur. Het boek geeft bijvoorbeeld duidelijk aan op welke uiteenlopende manieren problematisch alcoholgebruik zich bij vrouwen en mannen manifesteert en hoe de huisarts het beleid dankzij die kennis verder kan personaliseren. Het is interessant te lezen welke invloed gendersensitiviteit kan hebben op de begeleiding bij uitval uit het werk of terugkeer naar het werk. Ook de hoofdstukken over communicatie en de capita selecta geven het boek diepgang.

GEEN LOGISCHE LIJN

Het viel ons op dat de onderwerpskeuze van de klachtgerelateerde hoofdstukken geen logische lijn lijkt te bevatten. We hadden verwacht dat deze keuze zou zijn gebaseerd op de registratiegegevens in de huisartsenpraktijk die in hoofdstuk 2 aan bod komen. Waarom bijvoorbeeld een hoofdstuk over een relatief zeldzame klacht als broekpoepen of over psoriasis in plaats van huidziekten in bredere zin? Verder bestaan sommige klachtgerelateerde hoofdstukken (bijvoorbeeld die over psoriasis en het prikkelbaredarmsyndroom) grotendeels uit algemene informatie over het ziektebeeld, waarbij gender slechts in de zijlijn wordt aangestipt. Dat is jammer. Concluderend: dit veelzijdige boek helpt de huisarts bij het bieden van persoonsgerichte zorg met specifieke aandacht voor sekse en gender. Naar verwachting zal de volgende editie nog vollediger zijn, gezien de groeiende wetenschappelijke kennis op dit gebied. ■

Marian van den Brink, Jean Muris

WAARDERING: ●●●●○

Ingezonden

Actuele tabel ICPC-codes en griepselectie

Marieke Nauta vraagt zich af waar ze een actueel overzicht van de ICPC-codes met 'mogelijke indicatie' voor een griepvaccinatie kan vinden. Hierover gaat het artikel 'Selectie voor griepvaccinatie, dat moet toch makkelijker kunnen' van Lisette van de Laar et al. in H&W 5.

DE AUTEURS: VOER EEN GROVE VOORSELECTIE UIT

De actuele tabel voor ICPC-codes en griepselectie [tabel 58] is te vinden via https://referentiemodel.nhg.org, NHG-Tabellen. De tabel is in februari aan de HIS-leveranciers overgedragen en zou ingeladen moeten zijn in de preventiemodule van alle HIS-en. Ik raad aan om de voorselectie 'grof' uit te voeren, om een indicatie te krijgen wat de gevolgen zijn voor de aantallen vaccinaties voor uw praktijk. We schatten dat er gemiddeld zo'n 20 vaccins per normpraktijk extra nodig zijn door de nieuwe indicatiestelling. We verwachten dat de invloed van de vaccinatiegraad in algemene zin groter zal zijn dan de invloed van de herziening van de indicatiestelling. De vaccinatiegraad is de laatste jaren langzaam aan het stijgen, mogelijk door gevolgen van de coronapandemie en de aandacht voor vaccineren.
De NHG-Praktijkhandleiding Griepvaccinatie is inmiddels gepubliceerd. Hierin staat een overzicht met alle mogelijke indicaties en criteria waarop beoordeling plaatsvindt. Dit overzicht kan gebruikt worden om rond september de definitieve selectie te doen. De bestelling kan tot 8 dagen voor leverdatum aangepast worden op basis van deze definitieve selectie. Let op: de levering op het laatste moment ophogen met een groot aantal is niet altijd mogelijk, verlagen wel.

Lisette van de Laar

H&W-redacteur Jean Muris: 'Vroeger wilde ik het liefst arts en agrariër tegelijkertijd zijn'

Wie zijn de mensen die Huisarts en Wetenschap maken? Die elke 2 weken bij elkaar komen om artikelen te bespreken, te discussiëren over de ontwikkelingen in het huisartsenvak en te brainstormen over themanummers? In de serie Redactie in beeld stellen ze zich voor. Huisarts en vakgroepvoorzitter huisartsgeneeskunde in Maastricht Jean Muris is sinds oktober 2020 verbonden aan H&W als redacteur.

PASSIE

'Vroeger wilde ik het liefst arts en agrariër tegelijkertijd zijn. Opgroeien op een gemengd boerenbedrijf heeft dit zeker bevorderd. Een agrariër en een arts hebben gemeen dat ze continuïteit van zorg willen leveren: de boer bekijkt de veestapel en het graan van tijd tot tijd (prospectief observationeel), de huisarts houdt contact met zijn patiëntenpopulatie. Andere passies: in mijn vrije tijd lees ik graag. Aanrader: Pieter Waterdrinker met zijn boek *Poubelle*. Sporten bestaat vooral uit fietsen naar het werk en deelname aan MOFIT (Mentale Ontspanning door Fysieke Inspanning). Tijdens vakanties zitten we graag in onze "vintage" Alpenkreuzer vouwwagen. Veelgehoord op de camping vorig jaar: "Kan ik jullie onze nieuwe vouwwagen aanbevelen, die van jullie zul je wel willen wegdoen". Niet dus. Trekken kan je er niet zo goed mee, maar vakantie is ook improviseren, nietwaar?
Ik ben geneeskunde gaan studeren met een redelijk alfapakket: Grieks, Duits, Frans (en 3 jaar Latijn). Dat komt goed van pas bij het beoordelen van manuscripten voor H&W. Ik werk nog 1 dag per week met veel plezier in mijn oude praktijk, Huisartspraktijk Geulle, en aan de universiteit Maastricht als voorzitter van de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Tot 2017 was ik hoofd van de huisartsopleiding Maastricht. Ik probeer overal met droge humor het werkplezier te verhogen.'

MISSIE

'Als redacteur is mijn missie om de praktiserend huisarts (in opleiding) uit te nodigen voor het indienen van een casuïstiek, CAT of implementatieproject. Als docent "bewijs gebaseerd medisch handelen" bij de huisartsopleiding probeer ik klinische expertise, voorkeuren van patiënten en wetenschappelijk bewijs aan elkaar te koppelen, zodat samen beslissen werkelijk ergens op is gebaseerd.'

HUISARTS

'Als huisarts werk ik het liefst in een dorpspraktijk op het platteland. Ik heb in een kleine stad gewerkt, maar de kleinschaligheid en laagdrempeligheid en vooral het veel zelf doen op het platteland ligt me toch het beste. Opvallend is het ruimtegebrek in onze praktijk door de exponentiële groei van het aantal medewerkers, zelfs bij 3000 ingeschreven patiënten.'

WETENSCHAP

'Ik vervolgde mijn (1-jarige!) huisartsopleiding in Maastricht met het doen van een zogenaamd huisarts-onderzoekersjaar, met werkcolleges van kopstukken als Ferd Sturmans, Frans Huygen, en vele anderen. Deze constructie leidde later tot de zogenaamde aiotoconstructie (geen Japans automerk dus). In 1993 promoveerde ik op onderzoek naar niet-acute buikklachten. Vanuit mijn studententijd en vrijwilligerswerk bij therapeutische vakantiekampen voor kinderen met astma, bouwde ik mijn hobby aan astma/COPD/stoppen met roken uit. Nu ben ik bestuurslid van de CAHAG. Mijn aandachtsgebieden bevinden zich dus boven en onder het middenrif.'

MOOISTE ARTIKEL

'Ik ben momenteel betrokken bij 2 thema's voor H&W. Samen met onder andere Jako Burgers en Susanne Claessen werk ik aan bijdragen in het kader van 65 jaar H&W (én NHG). Deze bijdragen vind je in vrijwel elk nummer dit jaar. Het themanummer Kind verschijnt eind dit jaar. Hierover brainstormen met de gastredactie en schrijvers benaderen geeft me veel inspiratie en nieuwe ideeën.'

Foto: Vincent Boon

Oplossing Uw diagnose 'Zonder haar'

Het juist antwoord is nagelafwijkingen bij alopecia areata. Ongeveer een derde van de patiënten met alopecia areata heeft ook nagelafwijkingen. Het is een van de prognostische factoren waarbij er een verminderde kans is op teruggroei van het haar. De typische nagelafwijkingen hierbij zijn trachyonychia (dunne nagels met longitudinale strepen en een ruw oppervlakte, alsof de nagels met grof schuurpapier bewerkt zijn) en putjes. Daarnaast kunnen andere nagelafwijkingen voorkomen, zoals splijting, proximale onycholyse (loslating van de nagel), een rode lunula (half maantje aan het begin van de nagel) of witte vlekjes op de nagel.
Psoriasisnagels kenmerken zich door subunguale hyperkeratose (verdikking van de nagels), distale onycholyse, het olievlekfenomeen en putjes. De putjes kunnen dus bij beide ziektebeelden voorkomen, maar trachyonychia hoort niet bij psoriasisnagels.

Lichen planus is moeilijk te diagnosticeren als er alleen nagelafwijkingen zijn, omdat de symptomatologie uiteenloopt en niet altijd specifiek is. Klassiek voor lichen planus is het pterygium unguium: het meegroeien van de dorsale huid over de proximale nagel. Trachyonychia kan ook bij lichen planus voorkomen, maar putjes horen hier niet bij.
Bij elke soort eczeem van de huid rondom de nagels kunnen nagelafwijkingen voorkomen. Bij onze patiënt is er nu geen sprake van periunguaal eczeem, wat deze diagnose onwaarschijnlijk maakt. ■

LITERATUUR

Zakboek huidziekten. Alopecia areata. www.huidziekten.nl, geraadpleegd op 3 mei 2022.

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

Redactie
Dr. Gijs Baaten (hoofdredacteur, huisarts), dr. Marian van den Brink (huisarts), dr. Pieter Buis (huisarts), dr. Susanne Claessen (huisarts), dr. Mirrian Hilbink (epidemioloog), dr. Annemarije Kruis (huisarts), prof. dr. Jean Muris (huisarts), Ariëtte Sanders (huisarts), dr. Lisanne Stolwijk (huisarts) en dr. Kim van Wijck (huisarts).

Redactiebureau
Nielke Debets, Mariëtte de Rie (secretariaat), Judith Mulder (bladmanager), Ellen Olbers (webredactie), dr. Annet Sollie (e-redacteur), Susan Umans, Steven de Kock, Peter Lucassen, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder en Wendy Westerhof (beeldredactie). Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 506 55 00, redactie@nhg.org.

NHG Forum
Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets, Shutterstock, iStock en Margot Scheerder (foto's en beeldredactie). Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org, 088 506 55 00.

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

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 274,00, online-only abonnement € 164,40, studenten 35% korting.
Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.
Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie.
Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen.

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

© 2022 NHG
ISSN 0018-7070

KORT NIEUWS

Webcast lymeziekte beschikbaar

De nieuwe webcast over lymeziekte biedt handige tips en behandelopties. U leert:

- ✔ hoe u de diverse manifestaties van lymeziekte kunt herkennen
- ✔ wat de waarde is van aanvullend onderzoek
- ✔ wanneer een patiënt met mogelijk lymeziekte verwezen moet worden

Deze webcast is gebaseerd op de NHG-Behandelrichtlijn Tekenbeet en erythema migrans en het boek *Lymeziekte – Over teken, tekenbeten en tekenbeetziekten* van Joppe Hovius.

De webcast lymeziekte is beschikbaar in de NHG-Leeromgeving en levert 1 accreditatiepunt op. Kosten:
NHG-leden € 18,00
Niet-leden € 29,00

Nieuwe NHG E-learning Astma bij kinderen

Leer alle ins & outs van de volledig herziene NHG-Standaard Astma bij kinderen kennen. Volg de e-learning en u weet:

- ✔ welke diagnostiek u moet inzetten bij de verdenking episodisch piepen of astma
- ✔ welke behandeling u kunt toepassen bij episodisch piepen of astma
- ✔ hoe u ouders en kinderen kunt motiveren voor de behandeling van astma

De NHG E-learning Astma bij kinderen is beschikbaar via de NHG-Leeromgeving. Kosten:
NHG-leden € 35,00
Niet-leden € 59,00

Scan de QR-code en ga aan de slag

Algemene Ledenvergadering op 23 juni

Komt u ook naar de online Algemene Ledenvergadering van het NHG op donderdag 23 juni? Deze start om 19.00 uur. U ontvangt hiervoor binnenkort een uitnodiging. Uitnodiging gemist of niet ontvangen? Aanmelden is ook mogelijk via secretariaatrvb@nhg.org.

Op de hoogte blijven van
huisartsgeneeskundig onderzoek?
NHGWETENSCHAPSDAG.NL
Kom naar
Den Haag
10 juni 2022
nhg 65 Nederlands Huisartsen Genootschap
LUMC Leids Universitair Medisch Centrum

‘VERKENNING OM THUISARTS.NL INTUÏTIEVER TE MAKEN’

Freke Zuure: ‘Met een kanaalstrategie kunnen we specifieke doelgroepen proactiever bereiken’

‘Koppeling tussen het HIS en Thuisarts.nl heeft prioriteit wat de leden betreft’

Het 10 jaar oude Thuisarts.nl is de best gewaardeerde gezondheidswebsite van Nederland. Het gebruik blijft toenemen. Hoe houden we dat zo in de toekomst? Een strategisch team verkent opties en mogelijkheden.

Wat voor innovaties en verbeteringen onderzoeken jullie?

Freke Zuure, hoofd research & development Thuisarts.nl: ‘We vragen aan zowel burgers en patiënten als aan NHG-leden op allerlei manieren naar hun behoeften en prioriteiten. Bij de laatste ledenenquête over Thuisarts.nl bleek bijvoorbeeld dat koppeling van Thuisarts.nl met het HIS voorrang heeft als het aan de NHG-leden ligt. Huisartsen en andere zorgverleners kunnen dan bijvoorbeeld makkelijk een link naar de relevante Thuisarts.nl-tekst naar hun patiënt sturen. Een andere wens is het integreren van Thuisarts.nl in eerste- en tweedelijns zorgprocessen. Of voorzien in anderstalige informatie, dat is ook een wens van veel huisartsen.

Uit onderzoek onder burgers en patiënten blijkt dat ze vaak op Thuisarts.nl kijken nog voordat ze contact hebben gezocht met de huisartsenpraktijk. Wat ze vooral willen weten: Wat zou ik kunnen hebben? Wat kan ik zelf doen? Wanneer moet ik de huisarts bellen? En: waar vind ik meer informatie? De informatie op Thuisarts.nl is echter nu nog weinig klachtgeoriënteerd en sluit nog weinig aan op die fase in het zorgtraject. We willen kijken of we beter kunnen inspelen op de patiënt die in de oriënterende fase zit, in de eerste lijn, of in de medisch-specialistische zorg.

Ook willen we kijken hoe we specifieke groepen proactiever kunnen bereiken. Bijvoorbeeld: jonge ouders vroegtijdig informeren over wat te doen als hun kind koorts krijgt. Of mensen alert maken op het risico op tekenbeten of andere seizoensgerelateerde kwalen. Of vrouwen met overgangsklachten gerichter informatie geven zodat zij meer grip krijgen op hun gezondheid. Op deze manier kun je mogelijk ook de druk op de huisartsenpraktijk en huisartsenpost verlagen. We willen op termijn gaan werken met een kanaalstrategie: welke kanalen kun je inzetten om informatie op het juiste moment over te brengen? Zo zijn er veel kansen voor verbetering van Thuisarts.nl.’

Thuisarts.nl is toch al een succes? Waarom zou je iets veranderen?

Swanet Woldhuis, clusterhoofd en kwartiermaker Thuisarts.nl: ‘De formule van Thuisarts.nl, medische informatie vanuit aanvankelijk de huisarts en inmiddels ook medisch specialisten toegankelijk maken vanuit het perspectief van de burger en de patiënt, is succesvol gebleken. Bij de NHG-Ledenraadpleging van 2020 scoorde Thuisarts.nl ruim een 9. En elk jaar wordt de website vaker bezocht. Maar om de grote impact op burgers en patiënten en daarmee op de hele Nederlandse gezondheidzorg te behouden en verder uit te bouwen, kun je er niet omheen om Thuisarts.nl verder te ontwikkelen. Alleen dan kun je blijven aansluiten bij behoeftes van burgers, patiënten en artsen, en ontwikkelingen in de zorg. Daar zijn leden en samenwerkingspartners het allemaal over eens.

Dat kan bijvoorbeeld door Thuisarts.nl met informatie over alledaagse aandoeningen te verrijken en informatie toe te voegen waarmee een bezoek aan de huisarts of huisartsenpost voorkomen kan worden. Of door Thuisarts.nl te integreren in het HIS en mogelijk het PGO. Want online inzage kan zorgen dat patiënten meer zelf de regie nemen, maar ook dat zij met meer vragen komen. Ziet de patiënt in het dossier uitslagen staan van diagnostiek, dan kan dat vragen oproepen als: wat is bezinking? Of: wat wordt bedoeld met die bloeddrukwaarden? Thuisarts.nl-informatie over diagnostiek die zichtbaar is in het PGO of via online portalen van bijvoorbeeld ziekenhuizen, zou patiënten kunnen helpen. Helemaal als die informatie op een begrijpelijke manier wordt gepresenteerd. We willen vorm en inhoud dan ook dichter bij elkaar gaan brengen. Meer gebruik van beeld, afgestemd op tekst, zodat de informatie beter overkomt en beter wordt onthouden. Die informatie kan dan worden ontsloten op Thuisarts.nl, op de websites van de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost en het ziekenhuis, op wachtkamerschermen, op

Swanet Woldhuis, clusterhoofd en kwartiermaker Thuisarts.nl: 'Met informatie over alledaagse aandoeningen kunnen we de huisarts ontlasten en de regie van de patiënt vergroten.'

andere relevante plekken en via diverse kanalen.'
Patrick Jansen, huisarts en hoofdredacteur redactieteam: 'Alles veel intuïtiever maken voor zowel visueel als tekstueel ingestelde mensen, dat staat hoog op mijn verlanglijst. Laaggeletterde patiënten zoeken vooral op afbeelding, dat blijkt uit onderzoek naar zoekgedrag van patiënten van Pharos in 2019-2020. De huidige anatomische afbeelding op Thuisarts.nl is veel te beperkt. Dat is ons al jaren een doorn in het oog en dat willen we heel graag verbeteren. Met een eigen professionele beeldredactie kunnen we zorgen voor samenhang tussen tekst en beeld. We willen Thuisarts.nl ook inclusiever maken, met niet alleen witte mensen in beeld, en non-binair geformuleerd.
Een grote wens is verder om de bestaande informatie op Thuisarts.nl toegankelijker maken. Onder andere door de zoekfunctie te verbeteren, want nu is het lastig om te zoeken op termen. Ook de weergave van de verschillende situaties over een onderwerp kan overzichtelijker. Dit speelt vooral bij een onderwerp zoals diabetes, die steeds meer verschillende webpagina's heeft gekregen door de vele situaties en stadia. Het speelt ook bij ziektebeelden met een complex behandelingstraject. De patiënt raakt snel het spoor bijster: wie doet wat, en op welk moment?'

Met welke veranderingen zijn jullie al bezig?
Jansen: 'We experimenteren met kortere teksten, een tijdlijn en een patiëntreis. Daarmee hopen we informatie logischer en volgordelijker op te bouwen. We proberen uit hoe je de informatie snel vindbaar kunt maken voor de patiënt door die afhankelijk te maken van het stadium waarin de patiënt zich bevindt. Dat doen we samen met de Radboud Universiteit in een pilot voor patiëntinformatie over alvleesklierkanker. Ik zou na afronding van deze pilot het liefst verder willen met andere grote dossiers, zoals diabetes, corona en depressie. En bij succes zou ik dit in de toekomst structureel willen invoeren.'
Zuure: 'Ook betere integratie van Thuisarts.nl in de zorgprocessen heeft nu bijzondere aandacht. In april organiseerden we hierover een expertpanel voor eerstelijnszorg. Het gaat uiteraard niet alleen om een linkje naar een patiënt sturen vanuit het HIS, maar er zijn allerlei manieren waarop Thuisarts.nl het zorgproces kan ondersteunen: in de voorbereiding, tijdens het consult en na het consult. De uitkomsten van het expertpanel werken we nu uit en de meest kansrijke ideeën zullen technisch ontwikkeld en geïmplementeerd worden.'

Welke veranderingen zijn het belangrijkst?
Jansen: 'We willen patiënten in de nulde en eerste lijn, de grootste groep gebruikers, beter ondersteunen. Nu mis ik echt informatie op Thuisarts.nl voor vragen als: Ik ben moe, wat is er aan de hand? Daarmee kun je als huisarts vertellen: dit kan ik voor u doen, dit kunt u zelf doen. Voor de antwoorden op die veelvoorkomende, relatief eenvoudige vragen zijn wetenschappelijke bronnen nodig die er nu niet zijn. Je wilt houvast geven als huisarts, ook als er geen harde adviezen te geven zijn.'
Woldhuis: 'Het versterken van het zelfoplossend vermogen en de zelfregie van de patiënt is een belangrijk thema, ook om de druk op de zorg te verlagen. Vooral bij dit soort alledaagse aandoeningen kunnen patiënten informatie om zelf problemen op te lossen, goed gebruiken. We moeten vervolgens een werkwijze inrichten voor het verantwoord inzetten van wetenschappelijke bronnen. De kwaliteit van de informatie op Thuisarts.nl moet hoog blijven.
Voor de verdere ontwikkeling van Thuisarts.nl naar een digitale informatievoorziening die generiek is voor iedereen in Nederland, hebben we een plan ontwikkeld: Thuisarts.nl 2.0. We werken hierbij samen met Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten. Duurzame financiering is wel een voorwaarde om plannen te realiseren. Nu zijn we nog – deels –afhankelijk van tijdelijke subsidiestromen die heel tijdrovend zijn en waarop we niet duurzaam een beroep kunnen blijven doen. De potentiële maatschappelijke impact van Thuisarts.nl 2.0 is vorig jaar doorgerekend. Deze is aanzienlijk en veel meer mensen dan alleen medische beroepsgroepen profiteren ervan. Dit model is dan ook een basis voor gesprekken over een andere bekostigingsvorm.'

Lees ook 'Thuisarts.nl werd in 10 jaar steeds toegankelijker' in H&W 5 (mei) en op www.henw.org over de werkwijze van het Thuisarts.nl-redactieteam.
Het NHG bestaat 65 jaar en wil zichtbaar beter worden door producten en diensten in het zonnetje te zetten. Kijk op www.nhg65jaar.nl

Patrick Jansen, huisarts en hoofdredacteur redactieteam: 'Ik zou graag zien dat Thuisarts.nl veel intuïtiever voor zowel visueel als tekstueel ingestelde mensen.'

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Foto's huidafwijkingen veilig digitaal verwerken

Wie heeft er ervaring met het verwerken van beeldmateriaal van (huid) afwijkingen van patiënten? Deze oproep plaatste huisarts Wouter Boer uit Terborg op het ledenforum van HAweb. Zijn dilemma's: incompatibele bestandsformaten en patiëntveiligheid bij patiënten met een wond of huidafwijking die hij wil vervolgen door de tijd. Het beeldmateriaal zou hij daarnaast in sommige gevallen op een later tijdstip willen gebruiken voor bijvoorbeeld teledermatologie.

Bestandsformaten sluiten niet goed op elkaar aan

Boer maakt foto's met een iPhone 11. 'Hiervoor heb ik bewust gekozen omdat dit te beveiligen is. Dat kan met een gewone camera niet. De iPhone kan ingesteld worden om foto's op te slaan als jpeg-formaat, maar als ik het in Medicom in het dossier van de patiënt zet, wordt het een pdf. Als ik de foto – op een later tijdstip – wil gebruiken, bijvoorbeeld voor teledermatologie, dan moet ik het bestand weer opslaan in een map op de computer, om vervolgens weer te kunnen koppelen/uploaden voor teleconsultatie via Zorgdomein.'

AVG en patiëntveiligheid

'Foto's staan wel veilig op de telefoon, maar ze staan op verschillende plekken', vervolgt Boer zijn verhaal. 'Bijvoorbeeld in de fotoapp van de iPhone, in de map "bestanden" – al dan niet in de iCloud –, in de map "scans" van Medicom en soms ook tijdelijk op de harde schijf van mijn computer. Is dit conform de AVG-wetgeving en komt de patiëntveiligheid niet in het geding? Hoe kan ik dit het beste aanpakken?'

In deze rubriek komen huisartsen aan het woord. Meningen geuit op HAweb kunnen afwijken van standpunten van het NHG. Ook voor deze meningen biedt het NHG graag een podium. De teksten zijn bewerkt: zie HAweb Ledenforum voor de volledige tekst.

Aparte iPad voor wondzorg

Voor wondzorg en follow-up hebben we een aparte iPad, zonder iCloud en niet aangesloten op het netwerk. De assistentes gebruiken deze om wonden te vervolgen en stoppen de foto's per patiënt in een album. Eens in de zoveel tijd wissen ze de albums. Voor het vervolgen van bijvoorbeeld naevi en dermatoscopiebeelden die ik aan het dossier van patiënten wil koppelen gebruik ik een aparte smartphone (Android). Dit vind ik de veiligste en snelst werkende optie, waarbij je werk en privé goed kunt scheiden.
Uiteraard gebruik ik geen cloudopslag. Ik sla de foto's tijdelijk op. Na uploaden in Medicom verwijder ik ze.
Je kunt op de iPhone een andere fotoapp gebruiken, zoals Lightroom of Camera+2. Siilo kan ook een alternatief zijn.
Huisarts in Gelderland

Apart mailadres

Wij hebben een apart mailadres voor foto's die niet via MGn van Medicom komen. De foto's krijgen we met bijvoorbeeld alleen een voorletter van een patiënt. Omdat dit uitsluitend gebeurt na een contact, weet de assistente in welk dossier dit hoort. Na uploaden in het dossier worden de foto's verwijderd. Absoluut niet ideaal, maar we hebben niets anders. Teledermatologie gaat hier rechtstreeks via Ksyos. Ik sla ze niet op in Medicom.
Huisarts in Overijssel

AVG-proof: foto's via een link

Wij werken sinds het begin van de COVID-pandemie met Medi Link. Dit werkt heel simpel. Mensen krijgen een link toegestuurd, kunnen een foto maken en deze komt bij ons binnen op het beveiligde praktijkmailadres. De assistente koppelt de foto aan het dossier in het HIS. Zij weet naar wie ze de link heeft gestuurd en kan zien waar de foto vandaan komt. Het is dus AVG-proof.
Mijn assistentes zijn hier heel enthousiast over. Het prettige is dat dit systeem onafhankelijk is van gsm-merk of HIS.
Huisarts in Limburg