

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Het PreventieConsult en 'moeilijk bereikbare' patiënten

ONDERZOEK

Effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met heupartrose

BESCHOUWING

Patiëntveiligheid in de eerste lijn

338

ONDERZOEK Het PreventieConsult en ‘moeilijk bereikbare’ patiënten
Iris Groenenberg, Matty Crone, Sandra van Dijk, et al.

343

Is geïntegreerde COPD-zorg kosteneffectief?

Melinde Boland, Annemarije Kruis, Apostolos Tsiachristas, et al.

346

Effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met heupartrose

Carolien Teirlinck, Pim Luijsterburg, Joost Dekker, et al.

350

BESCHOUWING Patiëntveiligheid in de eerste lijn

Wim Verstappen, Sander Gaal, Michel Wensing

354

HUISARTSENZORG IN CIJFERS Ervaring ondersteunt niet-pluisgevoel bij kanker

Eva Wiersma, Gé Donker, Marianne Heins

355

(VER)STAND VAN ZAKEN Cognitieve bias bij telefonische triage

Carmen Erkelens

356

KLINISCHE LES Gepigmenteerde huidafwijkingen in het gelaat

Darryl Tio, Remco van Doorn, Wolter Mooi, et al.

368

CASUÏSTIEK Een pijnlijke vinger

Joris van der Togt, Marike de Meij

370

IMPORT Glucosebehandeling bij ouderen

Linda Franssen, Jan Palmes

371

Bloeddrukverlaging bij matig cardiovasculair risico

Bèr Pleumeekers

374

CATS Volair blok als alternatief voor Oberst bij verdoving vinger

Eva Spijker, Sjoerd Bruggink

375

PEARLS Ook antivirale middelen bij Bell's Palsy?

Rien Klomp, Wim Opstelten

335

JOURNAAL

349

INTERMEZZO

361

INGEZONDEN

362

SIGNAAL

364

GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE

369

KENNISTOETS

372

INTERVIEW

376

COLOFON HG&W

25

HET NHG

H

Risky business

Als kersvers junior redactielid van H&W combineer ik de huisartsopleiding met mijn promotieonderzoek en mag ik ook meewerken aan dit mooie blad. Tijdens de opleiding en bij het doen van onderzoek leren we veel over risico: *risk ratio*, *risk of bias*, risicofactoren en risicopatiënten met risicoprofielen. Daar houden we ons het grootste deel van de dag (onbewust) mee bezig.

‘Wat is het risico dat deze huidafwijking maligne is?’, ‘Wat is het risico dat deze patiënt een hartinfarct zal krijgen?’, ‘Neem ik nu onnodig risico?’, ‘Is er een risico dat ik een fout maak?’

Pink puffer en blue bloater

Tijdens de geneeskundeopleiding leren wij voornamelijk over hoe we ‘typische’ patiënten kunnen herkennen. We leren over alarmsymptomen en risicofactoren. We gaan op zoek naar de ‘typische’ pijn-op-de-borst-patiënt, de ‘pink puffer’ en ‘the blue bloater’. Pas als we bijna met de opleiding klaar zijn, zien we in de praktijk dat de typische patiënten uit de boeken eigenlijk niet bestaan. Onze patiënten zijn er in alle vormen en maten en het herkennen van risicofactoren is een moeilijke taak.



Hoogrisicopatiënt herkennen

In deze H&W besteden collega’s uit Leiden aandacht aan kwetsbare hoogrisicogroepen. Deze onderscheiden zich van andere patiënten doordat zij geen gezondheidswinst boeken door screening. Dat brengt met zich mee dat de huisarts deze patiënten moet herkennen en dat zij mogelijk een andere aanpak vereisen. De collega’s uit Leiden tonen in ieder geval aan dat een hoog opkomstpercentage voor screening ook bij deze groep mogelijk is.

Naast het herkennen van de hoogrisicopatiënt is het ook zaak om aandoeningen die erg op elkaar kunnen lijken van elkaar te onderscheiden. Als we net de schoolbanken uitkomen, is het erg verleidelijk om te denken dat pijn op de borst altijd van het hart komt, maar in de spreekkamer van de huisarts zien we vaker andere, en onschuldiger oorzaken. Als we een verkeerde inschatting maken en iets gemist hebben, worden we daarna defensiever en schatten we het risico ineens veel hoger in.

Vermijdbare schade is iets waar we altijd alert op moeten zijn. Er komt steeds meer aandacht voor de patiëntveiligheid en ook in dit nummer proberen wij hier met een wetenschappelijke blik naar te kijken. Door eerder uitgevoerd onderzoek systematisch op een rijtje te zetten heeft het LINNEAUS-PC netwerk een onderzoeksagenda opgesteld om de patiëntveiligheid te verbeteren.

Het mag als een positief teken gezien worden dat ons vakgebied, wat dat betreft, op een dynamische manier in ontwikkeling blijft. Ondertussen blijven onze patiëntenpopulatie, onze praktijkvoering en onze maatschappij ook aan verandering onderhevig. Waarschijnlijk zullen wij als huisartsen onszelf altijd nieuwe vragen moeten stellen om alert te blijven. Inschatting van risico en ontwikkeling van kennis blijven te allen tijde belangrijk. Nieuwe antwoorden zullen ook weer leiden tot nieuwe vragen. De huisarts blijft wat dit betreft gewoon een twijfelend mens. ■

Nadine Rasenberg

Hoe houden we de huisarts gezond?

Onderzoekers gingen via een systematische review op zoek naar gegevens over de effectiviteit van interventies om psychische narigheid bij huisartsen te voorkomen dan wel hun psychisch welbevinden te bevorderen. Voor goede gezondheidszorg zijn gezonde dokters immers van groot belang. De gezondheid van huisartsen wordt evenwel bedreigd door factoren als groeiende werkdruk, veranderende eisen van externe partijen, onvoldoende tijd om het werk goed te doen, papierwerk en toenemende eisen van patiënten. De werkomstandigheden van huisartsen blijken toenemend pathogeen, terwijl huisartsen toch al een verhoogd risico lopen om psychische problematiek te ontwikkelen, zoals een burnout, depressie of verslaving.

Hoe motiveer je de patiënt om meer te bewegen?

Overtuig de patiënt dat hij zelf voor verandering kan zorgen. Vraag de patiënt hoe je daarbij kunt helpen. Begin met kleine stapjes. Maak frequente vervolgspraken. Laat zien dat je betrokken bent. Voor de huisarts lijken deze vijf strategieën het meest effectief om de patiënt te motiveren tot meer beweging. Er is al veel evidence voor een positieve relatie tussen fysieke activiteiten en gezondheidsuitkomsten. Het ontbreekt echter aan goed bewijs hoe de huisarts de patiënt gemotiveerd krijgt om meer te bewegen.

Green et al. hebben op innovatieve wijze gekeken hoe huisartsen het gedrag van hun patiënten het best kunnen beïnvloeden. In dit onderzoek naar de strategieën van tien artsen bij in totaal 7144 patiënten in een Amerikaanse eerstelijnskliniek werd gemeten hoeveel

De onderzoekers keken vooral naar interventies die het zoeken van hulp in een vroege fase bevorderden en naar interventies die beschermende factoren op individueel of organisatorisch niveau hielpen ontwikkelen. Voor inclusie in de review moest het onderzoek op zijn minst een controlegroep bevatten en moest het primaire eindpunt gemeten zijn met een gevalideerde vragenlijst voor psychische gezondheid of ziekte zoals de General Health Questionnaire (GHQ).

Uiteindelijk konden vier onderzoeken worden geïncludeerd waaraan 997 huisartsen deelnamen. Twee van de onderzoeken betreffen cognitieve gedragstherapie gericht op de omgang met stress, copingvaardigheden en timemanagement. In het derde onderzoek kregen huisartsen een op de persoon toegesneden bericht gemaild dat was gebaseerd op de bij aanvang afgenomen GHQ. In het bericht ging men in op psychische gezondheidsrisico's

verandering er was in fysieke activiteit tussen 2010 en 2012. Daarna werden de artsen in twee groepen ingedeeld: de groep met de grootste toename in activiteit en een groep met de minste toename. De onderzoekers vroegen de artsen in een interview naar de strategieën die zij gebruikten om hun patiënten meer te laten bewegen.

De tien artsen die de meeste toename in activiteit van hun patiënten realiseerden gebruikten bovengenoemde vijf strategieën het meest, gemiddeld gebruikten ze 3,9 van deze vijf strategieën.

Het lijkt aannemelijk dat deze strategieën ook toe te passen zijn door de Nederlandse huisarts, al zijn deze plannen slechts in een kleine groep geëvalueerd en niet getoetst ten opzichte van een andere strategie. Deze strategieën zijn echter los van elkaar eerder als effectief naar voren gekomen in onderzoek en een combinatie van deze strategieën past bij de holistische aanpak van de huisarts. ■

Jurgen Damen

en kreeg de huisarts een zelfhulpadvies. Het laatste onderzoek betrof een op mindfulness gebaseerd programma gericht op zelfbewustzijn en reductie van stressreacties. Alle vier de onderzoeken lieten op de korte termijn positieve effecten zien van de interventie.

De onderzoekers concluderen dat bevordering van bewustzijn voor het eigen welbevinden in het algemeen de mentale gezondheid van huisartsen verbetert. Hierbij moet er specifieke aandacht zijn voor zelfzorg, persoonlijke gezondheid en het bewaken van grenzen. ■

Tjerk Wiersma

Murray M, et al. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. BMC Fam Pract 2016;17(36). DOI: 10.1186/s12875-016-0431-1.



Green J, et al. Supporting patient behavior change. Approaches used by primary care clinicians whose patients have an increase in activation level. Ann Fam Med 2016; 14:148-54.

Een kind met astma? Think again!

De incidentie van astma bij kinderen ligt tussen de 4,4 en 11,1 nieuwe gevallen per 1000 kinderen per jaar. Deze diagnoses worden vaak gesteld op basis van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek. Internationale richtlijnen bevelen spirometrie aan bij kinderen ouder dan 6 jaar. Dit gebeurt in lang niet alle gevallen. Nieuw onderzoek laat zien dat in Nederland slechts 23,2% van de astmadiagnoses bij kinderen door spirometrie bevestigd is.

Looijmans et al. hebben met een retrospectieve analyse alle kinderen van 6-18 jaar in een viertal academische huisartsenpraktijken in Utrecht geïdentificeerd die de diagnose astma hadden of werden behandeld met

astmamedicatie. Daarna werden de kinderen verdeeld over vier groepen. Kinderen met afwijkende spirometrie werden ingedeeld in de groep bevestigde astma. Kinderen met een suggestieve voorgeschiedenis, medicatiegebruik en die lichamenlijk werden onderzocht werden ingedeeld in de groep waarschijnlijk astma. Kinderen zonder exacerbaties en met weinig tot geen medicatiegebruik werden ingedeeld in de groep onwaarschijnlijk astma en kinderen bij wie door een specialist de diagnose werd ontkracht kwamen in de groep geen astma.

Zo identificeerden de onderzoekers 652 kinderen die de diagnose astma hadden. Slechts bij 23,2% van de kinderen werd deze diagnose bevestigd door spirometrie. Vervolgens viel 53,5% van de kinderen in de groepen onwaarschijnlijk of geen astma.

Mogelijk ligt het aantal kinderen

bij wie spirometrie werd verricht laag, omdat in Nederland hiervoor verwezen moet worden naar de tweede lijn. Hierdoor worden kosten voor diagnostiek bespaard, maar mogelijk worden veel diagnoses ten onrechte gesteld waardoor mogelijk weer nieuwe kosten ontstaan. Astma is vaak een werkhypothese, zeker bij jonge kinderen. Als deze diagnose later onterecht of onwaarschijnlijk blijkt, moeten wij ook alert zijn dat deze kinderen niet onnodig medicatie gebruiken of onnodig een contra-indicatie in hun dossier vermeld hebben. ■

Nadine Rasenberg

Looijmans-van den Akker I, et al. Overdiagnosis of asthma in children in primary care: a retrospective analysis. Br J Gen Pract 2016;66:e152-7.

Kunnen huisartsen een ECG interpreteren?

Huisartsen maken vaak een ECG. Maar over de huidige kwaliteit van interpretatie en het vaststellen van belangrijke afwijkingen bestond nog onduidelijkheid. Nieuw onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk laat zien dat huisartsen belangrijke ECG-afwijkingen in 23% van de gevallen missen.

Britse onderzoekers legden zes ECG's voor aan zowel huisartsen (n = 262) als cardiologen (n = 20). Ze vroegen of de ECG's afwijkend waren, wat de diagnose was en wat het beleid zou zijn. Van de zes ECG's waren er vier afwijkend, waarvan er bij drie een vervolgbeleid nodig was: atriumfibrilleren, ST-elevaties of een verlengd QT-interval. Het juiste antwoord was vooraf vastgelegd door een gespecialiseerde cardioloog. De meeste huisart-

sen (90%) interpreteerden minder dan vijf ECG's per week.

In het onderzoek werden de vier afwijkende ECG's in totaal door 23% van de huisartsen geïnterpreteerd als 'normaal'. Dit kwam vooral door het niet herkennen van een linker hartas en ectopische atriale slag in één ECG door 46% van de huisartsen. ST-elevaties werden door 99% van de huisartsen als afwijkend geïnterpreteerd en QT-verlenging door 80%. Daartegenover interpreteerden huisartsen in 41% van de gevallen de twee normale ECG's als afwijkend. De cardiologen interpreteerden in 18% van de gevallen een normaal ECG als afwijkend. Dit kwam vooral door een normaal ECG van slechte kwaliteit dat door het apparaat onterecht als 'atriumfibrilleren' werd geïnterpreteerd.

Dit onderzoek suggereert dat er grote variatie is in interpretatie van ECG's in de Britse huisartsenpraktijk. Aangezien de Nederlandse huisart-

senpraktijk grote overeenkomsten vertoont met de Britse, zijn deze resultaten waarschijnlijk ook van toepassing op de Nederlandse huisartsen. Een verkeerde interpretatie van belangrijke ECG-afwijkingen zoals een verlengde QT-tijd, maar ook een normaal ECG als 'afwijkend' interpreteren, kan grote gevolgen hebben voor patiënten. Dit onderzoek onderstreept dan ook het belang van voldoende bekwaamheid in het interpreteren van ECG's voor de huisarts. ■

Tobias Bonten

Begg G, et al. Electrocardiogram interpretation and arrhythmia management: a primary and secondary care survey. Br J Gen Pract 2016; e291-6.

Stofzuigen voorkomt hartinfarct

Het is bekend dat fysieke inspanning de kans op coronaire hartziekten verlaagt. Maar welke inspanning is nou zinvol? Bij ouderen blijken huishoudelijk werk en fietsen de kans op coronaire hartziekten te verminderen, maar wandelen, sporten en tuinieren niet.

Bewegen is altijd een goed advies, maar onduidelijk is welke beweging bij ouderen vooral de kans op coronaire hartziekte vermindert. Rotterdamse onderzoekers evalueerden bij 5901 deelnemers (ouder dan 55, mediane leeftijd 67) aan de Rotterdamstudie welke vorm van bewegen in dit opzicht het best is. De fysieke activiteit werd gemeten met vragenlijsten en de uitkomst coronaire hartziekte bestond uit myocardinfarct, dood door coronaire hartziekte of een revascularisatieprocedure. De deelnemers werden tussen 1997 en 2001 ingesloten en de mediane follow-upduur was ruim 10 jaar.



In deze periode kregen 642 deelnemers een coronair event (10,9%). Fysieke activiteiten werden in laag, medium en hoog ingedeeld en in de voorspellende modellen werd gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, alcoholgebruik, roken, opleiding, dieet en andere vormen van beweging. De respectievelijke hazard ratio's voor de medium en hoge categorieën vergeleken met de categorie laag waren 0,79 (95%-BI 0,66 tot 0,96) en 0,71 (95%-BI 0,58 tot 0,87) voor totale fysieke activiteit; 0,76 (95%-BI 0,63 tot 0,92) en 0,70 (95%-BI 0,57 tot 0,88) voor fietsen;

en 0,81 (95%-BI 0,66 tot 0,98) en 0,71 (95%-BI 0,56 tot 0,90) voor huishoudelijk werk. Wandelen, sporten en tuinieren verminderden het risico op zichzelf niet.

Een hoge totale fysieke activiteit vermindert dus coronaire hartziekte, en dat hoeft niet in de sportschool. ■

Lidewij Broekhuizen

Koolhaas CM, et al. Physical activity types and coronary heart disease risk in middle-aged and elderly persons: The Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 2016;183:729-38.

Online interventie zinvol bij preventie van depressie

Omdat evidence-based behandelingen voor een depressie niet erg succesvol zijn gebleken (op eindpunten als functioneren en gezondheid), ligt de nadruk nu meer op de preventie van een depressie. Bij mensen met een subklinische depressie is een online zelfhulpinterventie een belangrijk middel om depressie te voorkomen. Dit concluderen de Duitse onderzoekers die een RCT hebben uitgevoerd om de effectiviteit van een online zelfhulpinterventie te bepalen.

Het onderzoek liep van 2013 tot 2015 en er deden 406 volwassenen mee met een subklinische depressie. Een subklinische depressie werd gedefinieerd als een score van 16 of lager op de 'Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale'

(CES-D). De proefpersonen werden gerekruteerd via een grote Duitse zorgverzekeraar, die het onderzoek aangekondigde in het tijdschrift voor haar leden, op de website en via advertenties op tv en in kranten. Om mee te doen aan het onderzoek konden leden zichzelf aanmelden en hadden zij verder geen verwijzing nodig. In de interventiegroep zaten 202 proefpersonen die toegang kregen tot de online zelfhulpinterventie die bestond uit zowel cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie als uit ondersteuning door een online trainer. De andere 204 proefpersonen (de controlegroep) kregen toegang tot een psychoeducatieprogramma via internet.

De primaire uitkomstmaat was de tijd totdat een klinische depressie ontstond, beoordeeld door geblindeerde onderzoekers, waarbij de interventiegroep vergeleken werd met de controlegroep. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 45 jaar en 74% was vrouw.

In de interventiegroep ontwikkelden 55 proefpersonen (27%) een depressie vergeleken met 84 (41%) proefpersonen uit de controlegroep. Met regressieanalyse, waarbij gecorrigeerd werd voor ernst van depressieve symptomen op baseline, berekenden de onderzoekers een hazard ratio van 0,59 (95%-BI 0,42 tot 0,82; $p = 0,002$) na 12 maanden follow-up. Ook rekenden zij uit dat het number needed to treat 5,9 was (95%-BI 3,9 tot 14,6). ■

Marloes Minnaard

Buntrock C, et al. Effect of a web-based guided self-help intervention for prevention of major depression in adults with subthreshold depression – a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315:1854-63.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Het PreventieConsult en 'moeilijk bereikbare' patiënten

Samenvatting

Groenenberg I, Crone MR, Van Dijk S, Ben Meftah J, Hettinga DM, Middelkoop BJC, Stiggelbout AM, Assendelft WJ. *Het PreventieConsult en 'moeilijk bereikbare' patiënten. Huisarts Wet 2016;59(8):338-42.*

ACHTERGROND Cardiometabole screeningsprogramma's schieten hun doel voorbij als zij bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen niet goed weten te bereiken. Wij onderzochten in hoeverre huisartspatiënten met een lage sociaal-economische status (SES) of een migrantenachtergrond deelnamen aan het PreventieConsult. Wij keken welk percentage van degenen bij wie de risicotest op een verhoogd risico wees ook daadwerkelijk naar het praktijkconsult kwam, welke risicofactoren de huisarts registreerde en wat de follow-up was.

METHODE Dwarsdoorsnedeonderzoek in de dossiers van zes huisartsenpraktijken in achterstandswijken in Den Haag en omgeving. Dit onderzoek werd uitgevoerd in het kader van CHECK'D, een onderzoek naar een aangepaste uitnodigingsstrategie voor het PreventieConsult onder 1645 huisartspatiënten van 45-70 jaar met een lage SES of een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond (leeftijdsgrens voor Hindoestaanse Surinamers 35-70 jaar). In dit deelonderzoek includeerden we deelnemers met een risicoscore boven het afkappunt ($n = 208$). De onderzochte dossiergegevens hadden betrekking op het CVRM-protocol, laboratoriumwaarden en het journaal.

RESULTATEN Van de 208 geïndiceerde praktijkconsulten werden er 148 (71%) daadwerkelijk uitgevoerd; autochtone Nederlanders kwamen relatief het minst vaak. De dossiers van deze consulten waren zeer onvolledig; in slechts vier dossiers (3%) had de huisarts alle risicotestwaarden geverifieerd – deze lagen inderdaad steeds boven het afkappunt. Voor 66 (44%) deelnemers konden we het cardiovasculair risico berekenen: bij 26 van hen (39%) was dit licht verhoogd of verhoogd (geel of rood in de risicotabel). De huisartsen schreven medicatie voor aan 29 deelnemers (20%): 7 (5%) kregen een oraal antidiabeticum, 12 (8%) een antihypertensivum en 17 (11%) een statine. In totaal 53 deelnemers (36%) kregen een leefstijladvies over voeding of beweging. Van de 64 rokers kregen er 44 (69%) een stoppen-met-roken-advies.

CONCLUSIE Met een aangepaste uitnodigingsstrategie is ook bij 'moeilijk bereikbare' groepen een vergelijkbaar of zelfs hoger deelnamepercentage te bereiken dan bij de algemene bevolking. De huisarts zou niet alleen risicofactoren uit de klassieke zorg-

standaarden moeten registreren, maar ook de andere risicofactoren die geassocieerd zijn met cardiometabole aandoeningen, zoals familiale belasting, en de gegeven leefstijladviezen. In de aanpak van deze risicofactoren vervult de huisarts een belangrijke rol, juist voor deze groepen. Die rol wordt alleen maar belangrijker nu het PreventieConsult is geïntegreerd in de Persoonlijke Gezondheidscheck, die breder wordt ingezet dan alleen in de eerste lijn.

ACHTERGROND

De NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico beschrijft de actieve en systematische opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, type-2-diabetes en chronische nierschade.¹ Begin 2015 is het PreventieConsult, samen met andere algemene screeningsinstrumenten zoals de COPD-risicotest en het PreventieKompas, opgegaan in de Persoonlijke Gezondheidscheck, een website waarop alle Nederlanders boven de 18 jaar hun gezondheid in kaart kunnen brengen.²

Het PreventieConsult en de Persoonlijke Gezondheidscheck hebben een stapsgewijze opbouw: deelnemers vullen een online risicotest in en diegenen van wie de risicoscore boven het afkappunt ligt, krijgen het advies zich nader te laten onderzoeken (praktijkconsult). Of deze benadering uiteindelijk leidt tot lagere kosten voor de gezondheidszorg, is niet aangetoond. Enkele internationale onderzoeken hebben laten zien dat stapsgewijze screening kosteneffectief kan zijn,^{3,4} maar ook dat niet-westerse afkomst en lage sociaal-economische status zijn geassocieerd met een lagere deelname aan gezondheidschecks, zodat de gezondheidswinst die met screenings te behalen is, ongelijk verdeeld is.⁵ Een onderzoek naar het PreventieConsult in de praktijkpopulatie van Neder-

Wat is bekend?

- De actieve en systematische opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade levert gezondheidswinst op, al is de kosteneffectiviteit nog niet aangetoond.
- Die gezondheidswinst wordt onevenwichtig verdeeld doordat de screening sommige hoogrisicogroepen, waaronder mensen met een lage SES of een migrantenachtergrond, moeilijk bereikt.

Wat is nieuw?

- Een aangepaste, trapsgewijze uitnodigingsstrategie kan het deelnamepercentage ook onder groepen met een lage SES of een migrantenachtergrond verhogen.
- Huisartsen besteden meer aandacht aan de registratie van risicofactoren uit de 'klassieke' zorgstandaarden voor hart- en vaatziekten en diabetes dan aan cardiometabole risicofactoren en leefstijladviezen.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Hippocratespad 21, 2300 RC Leiden: I. Groenenberg, MSc, gezondheidswetenschapper; dr. M.R. Crone, universitair hoofddocent Public Health; dr. J. Ben Meftah, gezondheidswetenschapper; prof.dr. B.J.C. Middelkoop, arts maatschappij en gezondheid-epidemioloog. Universiteit Leiden, instituut Psychologie, Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie, Leiden: dr. S. van Dijk, gezondheidswetenschapper, Diabetes Fonds, Amersfoort; dr. D.M. Hettinga, hoofd Kennis & Informatie, LUMC, afdeling Medische Besliskunde; prof.dr. A.M. Stiggelbout, epidemioloog, Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen; prof.dr. W.J.J. Assendelft, afdelingshoofd • Correspondentie: i.groenenberg@lumc.nl • Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven; het CHECK'D onderzoek is gesubsidieerd door de Hartstichting, het Diabetes Fonds en de Nierstichting in het kader van het samenwerkingsverband LekkerLangLeven (2008.20.005).

landse huisartsen liet substantiële uitvalpercentages zien; bij groepen die moeilijk bereikbaar zijn, zijn de uitvalpercentages mogelijk nog hoger.⁶

In het CHECK'D-onderzoek is nagegaan of een cultureel aangepaste, trapsgewijze uitnodigingsstrategie de deelname van moeilijk bereikbare hoogrisicogroepen aan het PreventieConsult zou kunnen vergroten.⁷ In dit artikel beschrijven we een deelonderzoek van CHECK'D, waarin we op basis van de dossiers nagingen welke risicofactoren waren gevonden bij deelnemers met een verhoogd cardiometabool risico, en welke acties op de testuitslag waren gevolgd. Onze onderzoeksvragen waren: (1) wat is de opkomst van hoogrisicopatiënten bij het praktijkconsult? (2) welke risicofactoren registreert de huisarts? en (3) bij welk deel van de patiënten wordt tot vervolgacties overgegaan?

METHODE

CHECK'D

In het kader van CHECK'D zijn tussen mei 2012 en december 2013 patiënten van zes huisartspraktijken in achterstandswijken in Den Haag en omgeving uitgenodigd deel te nemen aan het PreventieConsult. De uitnodiging was gericht aan in totaal 1645 patiënten: autochtone Nederlanders met een lage SES en mensen van niet-westerse herkomst (Turkije, Marokko en Suriname). Die laatste groep werd door ons geselecteerd op basis van achternaam en geverifieerd door de huisarts; patiënten met een lage SES werden geselecteerd door de deelnemende huisartsen en op groepsniveau door ons geverifieerd op basis van postcode.⁸ Geïnccludeerd werden huisartspatiënten van 45-70 jaar; voor mensen van Hindoestaans-Surinaamse herkomst lag de ondergrens bij 35 jaar vanwege hun verhoogde kans om op jonge leeftijd type-2-diabetes te krijgen. Exclusiecriteria waren: bekende cardiometabole aandoening, gebruik van antihypertensiva, cholesterolverlagers of antidiabetica, of een cardiometabool risicoprofiel dat minder dan een jaar tevoren compleet was opgemaakt.

Op deze doelgroep pasten wij een trapsgewijze, aangepaste en gepersonaliseerde uitnodigingsstrategie toe: (1) alle patiënten ontvingen een schriftelijke uitnodiging, (2) schriftelijke non-responders werden telefonisch benaderd, (3) telefonische non-responders werden door hun huisarts benaderd tijdens een (niet-gerelateerd) consult. Schriftelijk materiaal werd zowel in het Nederlands als in het Turks en Arabisch verstuurd en patiënten van Turkse of Marokkaanse herkomst werden gebeld door Turks, Arabisch en Berbers sprekende onderzoeksassistenten. De opzet en resultaten van dit onderzoek zijn elders gedetailleerd beschreven.⁷

Tijdens het eerste praktijkconsult controleerde de huisarts de antwoorden op de risicotest, mat gewicht, lengte en bloeddruk van de patiënt en gaf een verwijzing voor het prikken van nuchter glucose en cholesterolwaarden. Tijdens het tweede praktijkconsult werden de laboratoriumuitslagen besproken, het tienjaarsrisico op een cardiometabole aandoening berekend en leefstijladviezen gegeven, en schreef de huisarts

zo nodig medicatie voor. Het onderzoek had een 'opt-outprocedure' waarbij patiënten een antwoordstrook konden insturen als zij niet wilden meedoen.

Het CHECK'D-onderzoek is goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het LUMC.

Deelonderzoek

Van de 1645 uitgenodigde mensen vulden er 713 de risicotest in; van hen hadden er 208 (29%) een score boven het afkappunt. Deze 208 hoogrisicopatiënten vormen de populatie van dit deelonderzoek. Zij kregen direct de uitslag en het advies om de huisarts te bezoeken voor een praktijkconsult.

De eerste auteur deed begin 2014 in de deelnemende huisartsenpraktijken dossieronderzoek naar het aantal vermeende hoogrisicopatiënten dat naar het praktijkconsult was geweest, inclusief hun CVRM-protocol (mits bijgehouden), laborato-

Abstract

Groenenberg I, Crone MR, Van Dijk S, Ben Meftah J, Hetinga DM, Middelkoop BJC, Stiggelbout AM, Assendelft WJJ. The PreventieConsult and hard-to-reach patients. *Huisarts Wet* 2015;59(8):338-42.

BACKGROUND Cardiometabolic screening programmes fail if they do not succeed in reaching vulnerable groups. We investigated to what extent general practice patients with a low socioeconomic status (SES) or immigrant background participated in a prevention consultation, the 'PreventieConsult' – what proportion of patients assessed as having an increased risk actually came to the consultation, which risk factors the general practitioner recorded, and follow-up outcomes.

METHOD Cross-sectional study of the patient records of six general practices in deprived areas of The Hague and surroundings. This study was part of CHECK'D, a study regarding a adapted invitation strategy for the PreventieConsult involving 1645 patients aged 45-70 years with a low SES or a Turkish, Moroccan, or Surinamese background (the age range for the Hindostani-Surinamese participants was 35-70 years). Participants with a high risk score (above the cut-off value) were included in this sub-study (n = 208). The data were derived from the cardiovascular risk management protocol, laboratory data, and the GP log.

RESULTS Of the theoretical 208 consultations for the high-risk patients, 148 (71%) were actually carried out; native Dutch patients were least likely to attend. The patient records for these consultations were incomplete, so that the risk assessment score could be established for only 4 participants (3%) – the score was indeed higher than the cut-off in all cases. The cardiovascular risk score could be calculated for 66 (44%) participants and was raised (in the yellow or red area in the risk table) in 26 (39%) participants. Medication was prescribed for 29 (20%) participants: 7 (5%) an oral antidiabetic agent, 12 (8%) an antihypertensive, and 17 (11%) a statin. In total, 53 participants (36%) were given lifestyle advice (nutrition, physical activity), and 44 of the 64 smokers (69%) were advised to stop smoking.

CONCLUSION With an adapted invitation strategy, it is possible to achieve a participation rate among hard-to-reach groups comparable to or even higher than that among the general population. It is important that GPs should not only record classic risk factors for cardiovascular disease and diabetes, but also other risk factors associated with cardiometabolic disorders, such as family history, and the lifestyle advice given. The GP has an important role in the management of these risk factors, especially in hard-to-reach patient groups. This role has become even more important now that the PreventieConsult has been incorporated into a personal health check, which is being implemented in primary care and elsewhere.

riumwaarden en journaal. Genoteerd werden de datum van het praktijkconsult en de relevante cardiometabole gegevens: rookstatus, lengte, gewicht, buikomtrek, familiale belasting voor hart- en vaatziekte en/of type-2-diabetes, bloeddruk, cholesterolratio, nuchter glucose, voorgeschreven cardiometabole medicatie (antihypertensiva, statines, orale antidiabetica) en gegeven adviezen (stoppen met roken, leefstijl).

Aan de hand van deze gegevens gingen we na bij hoeveel deelnemers de huisarts tijdens het praktijkconsult de antwoorden op de risicotest had gecheckt, en bij hoeveel deelnemers ook het cardiovasculair risico en het risico op type-2-diabetes volgens de relevante protocollen in het dossier was gedocumenteerd.

Analyse

Met behulp van T-toetsen en variantieanalyses hebben we geanalyseerd of er verschillen waren tussen deelnemers en niet-deelnemers aan het praktijkconsult op het gebied van etniciteit, leeftijd, SES-score en uitslag van de risicotest. In frequentietabellen hebben we de risicofactoren weergegeven voor cardiometabool risico, cardiovasculair risico en type-2-diabetes, conform de geldende standaarden.^{1,9,10} Vervolgacties, in de vorm van medicatie en adviezen, hebben we beschrijvend weergegeven.

RESULTATEN

Van de 208 vermeende hoogrisicopatiënten kwamen er 148 (71%) naar het praktijkconsult. Autochtone Nederlanders met een lage SES gingen significant minder vaak naar het praktijkconsult dan patiënten van niet-westerse herkomst ($p < 0,001$).

Risicobepalingen

In [tabel 1] staan de cardiometabole risicofactoren (volgens de NHG-Standaard Het PreventieConsult) van de patiënten die naar het praktijkconsult kwamen, zoals zij die hadden ingevuld bij de risicotest – en die de huisarts dus zou moeten checken. Opvallend is dat veel van die gegevens niet gecheckt zijn, althans niet geregistreerd in het dossier. Dat varieert van de rookstatus, die ontbreekt bij 52 deelnemers (35%), tot de buikomtrek, die ontbreekt in 129 dossiers (87%). Daardoor konden we voor slechts 4 deelnemers (3%) de formele risicoscore berekenen volgens de normen van het PreventieConsult. Bij alle vier werd de score boven het afkappunt bevestigd.

In [tabel 2] staan de cardiovasculaire risicofactoren en de risicofactoren voor diabetes type 2 die vermeld worden in de twee ‘klassieke’ NHG-Standaarden.^{9,10} Ook hier ontbraken veel gegevens: van 29 deelnemers (20%) ontbraken de glucosewaarden, van 34 (23%) de cholesterolratio en van 37 (25%) de bloeddrukwaarden.

De cardiovasculaire risicoscore liet zich berekenen voor iets minder dan de helft van de deelnemers; van hen hadden er 26 (39%) een (licht) verhoogd risico: een geel of rood vakje in de risicotabel.⁹

Een afwijkende glucosewaarde of zelfs diabetes werd geconstateerd bij 27 deelnemers (23%).

Tabel 1 Cardiometabole risicofactoren bij 148 huisartspatiënten met een lage SES of van niet-westerse herkomst, geregistreerd volgens NHG-Standaard Het PreventieConsult

Risicofactor	n	%
Leeftijd*		
■ 30-45 jaar	0	0
■ 45-49 jaar	23	16
■ 50-54 jaar	38	26
■ 55-59 jaar	37	25
■ 60-64 jaar	31	21
■ ≥ 65 jaar	16	11
■ geen gegevens	3	2
Rookstatus*		
■ niet rokend	32	22
■ rokend	64	43
■ geen gegevens	52	35
BMI		
■ te laag gewicht	3	2
■ gezond gewicht	14	9
■ overgewicht	31	21
■ ernstig overgewicht	30	20
■ geen gegevens	70	47
Buikomtrek		
■ gezond	2	1
■ ongezond	17	11
■ geen gegevens	129	87
Familiaire belasting voor hart- en vaatziekten		
■ nee	35	24
■ ja	19	13
■ geen gegevens	94	64
Familiaire belasting voor type-2-diabetes		
■ nee	9	6
■ ja	26	18
■ geen gegevens	113	76
Risicoscore volgens het PreventieConsult		
■ geen verhoogd risico	0	0
■ licht verhoogd risico	0	0
■ verhoogd risico	4	3
■ geen conclusie te trekken	144	97

* Leeftijd en rookstatus zijn ook van toepassing op het cardiovasculair risico (zie tabel 2).

Vervolgacties tijdens het praktijkconsult

Van de 148 deelnemers die het praktijkconsult bezochten, kregen er 29 (20%) een medicatievoorschrift: 7 (5%) kregen een oraal antidiabeticum, 12 (8%) een antihypertensivum en 17 (11%) een statine. In totaal kregen 53 deelnemers (36%) een leefstijladvies over voeding of beweging, dan wel een verwijzing naar diëtist of beweegcoach. Van de 64 patiënten die in de dossiers als roker geregistreerd stonden, kregen er 44 (69%) het advies te stoppen met roken.

CONCLUSIE

Uitkomsten

Tweederde van de patiënten bij wie de risicotest wees op een verhoogd cardiometabool risico bezocht daadwerkelijk het praktijkconsult bij de huisarts. Veel items van de risicotest

Tabel 2 Cardiovasculaire risicofactoren en glucosewaarden bij 148 huisartspatiënten met een lage SES of van niet-westerse herkomst, geregistreerd volgens de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2

Risicofactor	n	%
Leeftijd*		
Rookstatus*		
■ Systolische bloeddruk		
■ < 120 mmHg	22	15
■ 120-140 mmHg	51	34
■ 140-160 mmHg	23	16
■ 160-180 mmHg	11	7
■ ≥ 180 mmHg	4	3
■ geen gegevens	37	25
Ratio totaal cholesterol/HDL		
■ ≤ 4	62	42
■ 5	24	16
■ 6	16	11
■ 7	6	4
■ ≥ 8	6	4
■ geen gegevens	34	23
Cardiovasculaire risicoscore		
■ geen verhoogd risico	40	27
■ licht verhoogd risico	17	12
■ verhoogd risico	9	6
■ geen conclusie te trekken	82	56
Glucose nuchter		
■ normaal	92	62
■ gestoord	15	10
■ diabetes	12	8
■ geen gegevens	29	20

* Zie tabel 1.

werden op dit consult niet gecontroleerd, of in ieder geval niet geregistreerd. Daardoor ontbraken er in de dossiers bijzonder veel risicogegevens. De weinige patiënten van wie alle gegevens bekend waren, hadden allen een risicoscore boven het afkappunt. Het best geregistreerd waren de risicofactoren die vermeld staan in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2, hoewel ook in deze dossiers een kwart van de gegevens ontbrak. Volgens de criteria van deze beide standaarden had meer dan een kwart van de 148 deelnemers die het praktijkconsult bezochten een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en bijna een kwart een verhoogd risico op type-2-diabetes.^{9,10} Eenvijfde van alle deelnemers kreeg medicatie, eenderde kreeg een leefstijladvies of een doorverwijzing naar een diëtist of beweegcoach, en van de rokers kreeg meer dan tweederde een stopadvies.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de logistiek volledig is opgezet conform de praktijkwijzer van het PreventieConsult, en daardoor ook bruikbaar is voor de Persoonlijke Gezondheidscheck. Een ander sterk punt is dat de aanpak en de bijbehorende materialen goed waren afgestemd op de specifieke doelgroepen.⁷

Een beperking is dat we de herkomst hebben afgeleid uit de achternaam, waardoor mensen met een gemengd huwelijk ten onrechte kunnen zijn geëxcludeerd. Doordat de huisartsen onze selectie verifieerden aan de hand van hun volledige patiëntenlijst, was deze bias waarschijnlijk gering.

Een volgende beperking is inherent aan dossieronderzoek: het dossier zou een feitelijke afspiegeling moeten zijn van de uitvoering van het praktijkconsult, maar we vermoeden dat niet alle onderdelen die zijn uitgevoerd of besproken ook geregistreerd zijn. De kwaliteit van de registratie verschilde sterk tussen de huisartsenpraktijken.

Een laatste beperking is de grote variatie in aantallen deelnemers die de verschillende huisartsenpraktijken includeerden, met name doordat de praktijken een zeer verschillende grootte hadden. De aantallen waren te klein om de gegevens te stratificeren naar huisartsenpraktijk.

Consequenties uitkomsten en uitkomsten eerder onderzoek

De deelname aan het praktijkconsult lag in ons onderzoek aanmerkelijk hoger dan in een eerder pilotonderzoek,¹¹ maar in twee andere onderzoeken naar het PreventieConsult in de huisartsenpraktijk bleek ook ongeveer tweederde van de hoogrisicopatiënten naar het praktijkconsult te gaan.^{12,13} In de twee laatstgenoemde onderzoeken kregen hoogrisicopatiënten een uitnodiging voor het praktijkconsult; in het pilotonderzoek en in ons onderzoek moest de patiënt zelf die afspraak maken. Wij denken dan ook dat het haalbaar is om voor het PreventieConsult, en ook voor de Persoonlijke Gezondheidscheck, in 'moeilijk bereikbare' groepen een deelnamepercentage te bereiken dat vergelijkbaar is met dat in de algemene bevolking.

Opvallend is dat de registratie van risicogegevens zoals aangegeven in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2 completer is dan de registratie die uitsluitend plaatsvindt in het kader van het PreventieConsult. Een mogelijke verklaring is dat adequate vastlegging van gegevens binnen de twee eerstgenoemde standaarden rechtstreeks financiële gevolgen heeft. Een Nederlands onderzoek heeft laten zien dat cardiovasculaire risicofactoren beter werden gemonitord in de gecontracteerde diabeteszorg dan in de destijds nog niet gefinancierde COPD-zorg.¹⁴ Een extra financiële stimulans voor een goede follow-up van de Persoonlijke Gezondheidscheck zal de kwaliteit van die nazorg waarschijnlijk verbeteren. Dat huisartsen in het Verenigd Koninkrijk leefstijladviezen beter registreren dan in andere Europese landen, wordt in de literatuur verklaard door het feit dat zij hiervoor financieel worden beloond.¹⁵ In Nederland bleken de belangrijkste barrières voor implementatie van het PreventieConsult de onzekerheid over de financiële vergoeding, het gebrek aan wetenschappelijk bewijs en de als hoog ervaren tijdsinvestering.¹⁶ Uit een nu lopend groot-schalig onderzoek zal moeten blijken of het PreventieConsult kosteneffectief is.¹⁷ Ons deelonderzoek maakt duidelijk dat bij de implementatie van een dergelijk systeem goede afspraken gemaakt moeten worden over onder andere de verslaglegging en de follow-up van non-responders.



Foto: markusz/Shutterstock

Ten tijde van ons onderzoek was er nog geen protocol voor leefstijladviezen en waren de inhoud en de verantwoordelijkheden daarbij nog onduidelijk belegd. Inmiddels zijn echter de NHG-Zorgmodules Leefstijl verschenen, die modules bevatten over alcohol, bewegen, roken en voeding, en richtlijnen over de algemene aspecten van leefstijladvisering: zelfmanagement, migranten en laaggeletterden, sociale kaart en samenwerking.¹⁸ Met name het tweede en het derde aspect kan een belangrijke rol spelen bij de implementatie van de Persoonlijke Gezondheidscheck bij moeilijk bereikbare groepen.

Aanbevelingen

Een belangrijke implicatie van ons onderzoek is dat de patiëntendossiers omtrent leefstijladvisering en aanwezige risicofactoren beter bijgehouden moeten worden, zeker als deze buiten de klassieke zorgstandaarden vallen. De gebrekkige verslaglegging belemmert niet alleen het wetenschappelijk onderzoek, maar hindert zeker ook de begeleiding van patiënten met bekende risicofactoren. Uit de resultaten van ons onderzoek valt verder af te leiden dat een actieve rol van huisartsen in het opsporen en begeleiden van kwetsbare mensen met een verhoogd risico aanvullende financiering vergt.

DANKWOORD

De auteurs danken alle deelnemende huisartsenpraktijken voor hun medewerking aan het CHECK'D-onderzoek, en vooral ook hun patiënten voor deelname aan het onderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, Van der Paardt M, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. *Huisarts Wet* 2011;54:138-55.
- 2 Drenthen T. Dossier Persoonlijke gezondheidscheck. Utrecht: NHG, 2015. www.nhg.org.
- 3 Pandya A, Weinstein MC, Salomon JA, Cutler D, Gaziano TA. Who needs

laboratories and who needs statins? Comparative and cost-effectiveness analyses of non-laboratory-based, laboratory-based, and staged primary cardiovascular disease screening guidelines. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014;7:25-32.

- 4 Khunti K, Gillies CL, Taub NA, Mostafa SA, Hiles SL, Abrams KR, et al. A comparison of cost per case detected of screening strategies for Type 2 diabetes and impaired glucose regulation: modelling study. *Diabetes Res Clin Pract* 2012;97:505-13.
- 5 Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health check? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health* 2012;12:723.
- 6 Assendelft WJ, Nielen MM, Hetinging DM, Van der Meer V, Van Vliet M, Drenthen AJ, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. *Fam Pract* 2012; 29:i126-31.
- 7 Groenenberg I, Crone MR, Van Dijk S, Ben Meftah J, Middelkoop BJ, Assendelft WJ, et al. Response and participation of underserved populations after a three-step invitation strategy for a cardiometabolic health check. *BMC Public Health* 2015;15:854.
- 8 Statusscores. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.
- 9 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:14-28.
- 10 Rutten G, De Grauw W, Nijpels G, Houweling B, Van de Laar F, Bilo H, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:512-25.
- 11 Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. *Huisarts Wet* 2011;54:414-9.
- 12 Meulepas M, Klomp M, Anema B, Harms L. PreventieConsult in praktijk: een pilot. *Medisch Contact* 2011;66:659-61.
- 13 Van de Kerkhof R, Godefrooij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1860.
- 14 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Comorbidity complicates cardiovascular treatment: is diabetes the exception? *Neth J Med.* 2012;70:298-305.
- 15 Ludt S, Petek D, Laux G, Van Lieshout J, Campbell SM, Kunzi B, et al. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in patients at high risk for cardiovascular diseases in European primary care. *Eur J Prev Cardiol* 2012;19:258-66.
- 16 Vos HM, Van Delft DH, De Kleijn MJ, Nielen MM, Schellevis FG, Lagro-Janssen AL. Selective prevention of cardiometabolic diseases in general practice: attitudes and working methods of male and female general practitioners before and after the introduction of the Prevention Consultation guideline in the Netherlands. *J Eval Clin Pract* 2014;20:478-85.
- 17 Badenbroek IF, Stol DM, Nielen MM, Hollander M, Kraaijenhagen RA, De Wit GA, et al. Design of the INTEGRATE study: effectiveness and cost-effectiveness of a cardiometabolic risk assessment and treatment program integrated in primary care. *BMC Fam Pract* 2014;15:90.
- 18 Van Balen JAM, Van Binsbergen JJ, Borkus R, Bornebroek K, Chavannes NH, Van Emst AJ, et al. NHG-Zorgmodules Leefstijl. Utrecht: NHG, 2015.



Is geïntegreerde COPD-zorg kosteneffectief?

Samenvatting

Boland MRS, Kruijs AL, Tsiachristas A, Assendelft WJ, Gussekloo J, Blom CM, Chavannes NH, Rutten-van Mólken MPH. *Is geïntegreerde COPD-zorg kosteneffectief? Een analyse van het RECODE-onderzoek. Huisarts Wet* 2015;59(8):343-5.

ACHTERGROND Wij vergeleken de kosteneffectiviteit van een integraal eerstelijns zorgprogramma voor COPD-patiënten met die van gebruikelijke COPD-zorg.

METHODE RECODE is een clustergerandomiseerde trial met 24 maanden follow-up (Nederlands trialregister NTR2268), uitgevoerd van september 2010 tot september 2013 in 40 West-Nederlandse huisartsenpraktijken. In de interventiegroep implementeerden 20 teams een integraal zorgprogramma voor 554 COPD-patiënten, in de controlegroep verleenden 20 teams de gebruikelijke zorg aan 532 patiënten. Elk team bestond uit een huisarts, een praktijkondersteuner en een fysiotherapeut.

RESULTATEN De kosten per patiënt lagen in de interventiegroep hoger dan in de controlegroep. Over twee jaar berekend was het verschil € 584,- per patiënt vanuit gezondheidszorgperspectief en € 645,- vanuit maatschappelijk perspectief. De gezondheidsuitkomsten waren vergelijkbaar, het aantal voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren lag iets lager (-0,04).

CONCLUSIE Het RECODE-programma, dat zich voornamelijk richt op scholing en ondersteuning van de hulpverleners en de implementatie van het geïntegreerde zorgplan aan hen overlaat, is niet kosteneffectief.

ACHTERGROND

Recentelijk bleek uit een tweetal systematische literatuuronderzoeken dat integrale zorgprogramma's voor COPD-patiënten een positief effect hebben op de gezondheid én op de kosten.^{1,2} Maar uit de onderzoeken blijkt ook dat er grote verschillen zijn tussen interventies, onderzoeksmethoden en patiëntkenmerken. De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd bij patiënten die ernstiger COPD hadden dan de gemiddelde COPD-patiënt in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Aangezien het merendeel van de COPD-patiënten in Nederland behandeld wordt door de huisarts is het belangrijk te onderzoeken of integrale zorgprogramma's ook kosteneffectief zijn in de eerste lijn. Wij hebben een uitgebreide kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd van een integraal zorgprogramma voor COPD-patiënten in de eerste lijn. Dit gebeurde in het kader van een grote pragmatische clustergerandomiseerde trial, genaamd RECODE.³

METHODE

Onderzoekopzet

In RECODE participeerden veertig huisartsenteams uit West-Nederland. Elk team bestond uit ten minste één huisarts, één praktijkondersteuner en één fysiotherapeut. Deze teams werden gerandomiseerd naar een interventiegroep die een integraal zorgprogramma aanbood en een controlegroep die 'ge-

bruikelijke zorg' verleende. We nodigden alle COPD-patiënten uit die in behandeling waren bij deze teams en die (1) Nederlandstalige vragenlijsten konden invullen, (2) niet terminaal ziek waren, (3) niet verslaafd waren aan alcohol of drugs en (4) geen cognitieve beperking hadden. In totaal werden 1086 COPD-patiënten geïnccludeerd, uit alle vier de GOLD-klassen. In de periode van september 2010 tot september 2013 volgden we alle patiënten twee jaar lang.

Het onderzoek (Nederlands trialregister NTR2268) is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum; alle deelnemende huisartsen en patiënten gaven informed consent.

Integraal zorgprogramma

De hulpverleners van de interventiegroep volgden een tweedaagse cursus waarin de essentiële elementen van geïnte-

Wat is bekend?

- Integrale zorgprogramma's voor COPD-patiënten worden momenteel op grote schaal geïmplementeerd.
- Er is grote onzekerheid over de kosteneffectiviteit van deze programma's.
- De meeste onderzoeken naar integrale zorgprogramma's zijn uitgevoerd in de tweede lijn, terwijl het merendeel van de COPD-patiënten wordt behandeld in de eerste lijn.

Wat is nieuw?

- RECODE, een integraal eerstelijns zorgprogramma voor COPD-patiënten, leidde niet tot verbeteringen in kwaliteit van leven en tot vermindering van kosten ten opzichte van 'gebruikelijke zorg'.
- De interventie, die vooral gericht was op het ondersteunen van hulpverleners bij het opstellen en implementeren van een praktijkplan, is mogelijk niet voldoende doorvertaald naar concrete veranderingen in de patiëntenzorg.
- Een integraal zorgprogramma moet een optimale combinatie zijn van patiëntgerichte, hulpverlenergerichte en organisatiegerichte interventies, met een goed geselecteerde doelgroep en een effectieve implementatiestrategie.

Erasmus Universiteit, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam; dr. M.R.S. Boland, gezondheidseconoom; dr. A. Tsiachristas, gezondheidseconoom (tevens University of Oxford, Health Economics Research Centre, Oxford, UK); prof.dr. M.P.H.M. Rutten-van Molken, hoogleraar Economische evaluatie van zorginnovaties voor chronisch zieken. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde; dr. A.L. Kruijs, huisarts-in-opleiding; prof.dr. J. Gussekloo, huisarts; prof.dr. N.H. Chavannes, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijns Gezondheidszorg, Nijmegen; prof.dr. W.J.J. Assendelft, huisarts. Stichting Zorgdraad, Oosterbeek; C.M. Blom, softwareontwikkelaar • Correspondentie: boland@bmg.eur.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Boland MR, Kruijs AL, Tsiachristas A, Assendelft WJ, Gussekloo J, Blom CM, Chavannes NH, Rutten-van Mólken MP. Cost-effectiveness of integrated COPD care: the RECODE cluster randomised trial. *BMJ Open* 2015;5:e007284. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

greerde COPD-zorg aan bod kwamen. Daarin ging het niet alleen over begeleiding bij stoppen met roken, verbeteren van het zelfmanagement, exacerbatie management en inzetten van bewegingstherapie, maar ook over het in kaart brengen van de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines binnen een team en over het maken van behandelplannen. Aan het einde van deze tweedaagse cursus formuleerde elk team een individueel praktijkplan met de stappen die het wilde zetten om tot geïntegreerde COPD-zorg te komen. Het was dus aan de hulpverleners zelf om aan die zorg vorm te geven; bij de implementatie ervan werden de teams op diverse manieren ondersteund. De praktijken konden gebruikmaken van de ict-applicatie Zorgdraad, een internetportal voor hulpverleners en patiënten. Verder ontvingen de praktijken bij aanvang en na zes en na twaalf maanden feedbackrapportages over de scores van hun patiënten op de klinische COPD-vragenlijst (CCQ) en de schaal voor kortademigheid van de *Medical Research Council* (MRC). Ook kregen de praktijken na zes en na twaalf maanden een uitnodiging om deel te nemen aan een nascholingsmiddag. Via afspraken met zorgverzekeraars werd fysiotherapie vergoed voor patiënten met aanzienlijke kortademigheid, ook als ze geen aanvullende verzekering hadden.

De twintig praktijken in de controlegroep continueerden hun gebruikelijke zorg.

Kosten

Wij berekenden de kosten door het zelfgerapporteerde zorggebruik te vermenigvuldigen met de standaard kostprijzen uit de Nederlandse kostenhandleiding.⁴ Vragenlijsten of het zorggebruik werden afgenomen bij aanvang en na zes, negen, twaalf, achttien en 24 maanden. Uit de huisartsinformatiesystemen leidden wij af welke medicatie was voorgeschreven. Daarnaast berekenden we de kosten van de interventie, voornamelijk gevormd door scholing en ict. Voor

de totale (niet alleen COPD-gerelateerde) kosten over twee jaar maakten we een berekening vanuit gezondheidszorgperspectief die alle kosten binnen de gezondheidszorg omvatte, en een berekening vanuit maatschappelijk perspectief die daarnaast ook de reiskosten en de kosten van productiviteitsverlies omvatte.

Effecten

Wij zetten de aldus berekende kosten af tegen de volgende uitkomstmaten: exacerbaties, klinisch relevante verbetering op de CCQ en de St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), en voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY's) zoals bepaald met de EuroQol-5D-vragenlijst.

Analyses

De analyses zijn uitgevoerd volgens het intention-to-treat-principe. Kosten en effecten zijn geanalyseerd met lineaire gemengde modellen. De voorspellende variabelen van deze modellen waren meetmoment, interactietermen van behandeling en meetmoment, leeftijd, geslacht, kortademigheid (MRC > 2) en score bij de baselinemeting. Er werd gecorrigeerd voor de clustering van patiënten in huisartsenpraktijken. De onzekerheid rondom de schattingen van kosten en effecten is tot uitdrukking gebracht door middel van bootstrapping.

RESULTATEN

Na de randomisatie telde de interventiegroep 20 huisartsenteams met 554 patiënten en de controlegroep 20 huisartsenteams met 532 patiënten. Er was geen verschil tussen beide onderzoeksgroepen in uitval na 12 maanden (9 versus 11%) en na 24 maanden (24 versus 26%). De patiëntmerken van de 1086 deelnemers in de baselinemeting waren vergelijkbaar, alleen bevatte de controlegroep een hogere percentage mannen (51 versus 57%).

De interventiekosten, bestaande uit de kosten van de twee-

Tabel Kosten en effecten van de RECODE-interventie per COPD-patiënt, berekend over twee jaar

	Interventie (n = 554)	Controle (n = 532)	Vershil
Interventiekosten			
■ cursus	€ 225		
■ nascholingsmiddagen	€ 18		
■ ICT-ondersteuning	€ 59		
■ reportages	€ 22		
■ totaal	€ 324		
Totale kosten exclusief interventie			
■ gezondheidszorgperspectief	€ 5.119	€ 4.535	€ 584
■ maatschappelijkperspectief	€ 5.750	€ 5.105	€ 645
Gezondheidsuitkomsten			
■ percentage met klinisch relevante verbetering in CCQ-score	11%	12%	-2%
■ percentage met klinisch relevante verbetering in SGRQ-score	26%	27%	-1%
■ gemiddeld aantal exacerbaties per patiënt	0,78	0,65	0,14
■ gemiddeld aantal QALY's per patiënt	1,40	1,44	- 0,04

Significante verschillen (p < 0,05) zijn vetgedrukt.

daagse cursus, nascholingsmiddagen, ict-ondersteuning en rapportages, bedroegen gemiddeld € 324 per patiënt [tabel].

De totale kosten, exclusief de interventiekosten, waren in de interventiegroep significant hoger dan in de controlegroep. Over twee jaar berekend was een patiënt in de interventiegroep vanuit gezondheidszorgperspectief € 584,- duurder en vanuit maatschappelijk perspectief € 645,- duurder. Ook het aantal QALY's lag in de interventiegroep significant lager met 0,037 (95%-BI 0,068 tot 0,005). Er was geen significant verschil in aantal exacerbaties, CCQ- of SGRQ-score. Meer dan 66% van de bootstraprePLICaties liet zien dat de interventiegroep werd gedomineerd door de controlegroep, dat wil zeggen dat de kosten hoger waren en de effecten minder.

BESCHOUWING

Tegen onze verwachtingen in bleek het RECODE-programma niet kosteneffectief. Wel bleek uit de uitgebreide klinische evaluatie dat in de interventiegroep na twaalf maanden significant meer patiënten fysiek actief waren en ook de coördinatie van zorg en follow-up significant beter was.⁵ Maar dit vertaalde zich niet in betere gezondheidsuitkomsten. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor deze bevindingen.

De RECODE-interventie was voornamelijk gericht op scholing en ondersteuning van de hulpverleners. Wellicht leidde dat onvoldoende tot concrete veranderingen in de patiëntenzorg. In de interventiegroep werden hulpverleners bijvoorbeeld getraind in het herkennen en vervolgens motiveren van patiënten die baat hebben bij fysiotherapie, terwijl fysiotherapie in de andere programma's een vast onderdeel was van de interventie waaraan alle patiënten deelnamen.

Een tweede verklaring is dat de ruimte voor verbetering niet heel groot was: de geïncludeerde patiënten hadden relatief milde COPD en door de toegenomen aandacht voor COPD-ketenzorg in Nederland is de gebruikelijke zorg steeds meer gaan lijken op de zorg die in integrale programma's geboden wordt.

Een derde verklaring is dat het integrale zorgprogramma niet sterk genoeg geïmplementeerd werd in de zelf uitgewerkte praktijkplannen. In een uitgebreide procesevaluatie bleek dat het algemene implementatieniveau laag was en dat er veel variatie was tussen de huisartsenteams.⁶

CONCLUSIE

De drie hierboven geopperde verklaringen ondersteunen hoe belangrijk het is dat een integraal zorgprogramma een optimale combinatie is van patiëntgerichte, hulpverlenergerichte

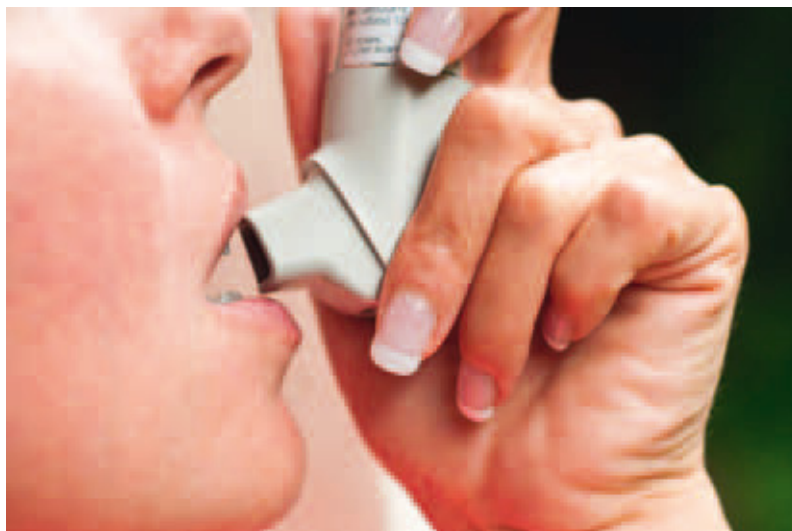


Foto: NeydtStock/Shutterstock

en organisatiegerichte interventies, met een goed geselecteerde doelgroep en een effectieve implementatiestrategie. Wellicht worden dan de positieve effecten geëvenaard die zijn waargenomen in literatuuronderzoek en in het pilotonderzoek waarop de RECODE-interventie gebaseerd was.^{1,2,7} ■

LITERATUUR

- 1 Boland MR, Tsiachristas A, Kruis AL, Chavannes NH, Rutten-van Mölken MP. The health economic impact of disease management programs for COPD: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pulm Med* 2013;13:40.
- 2 Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, Gussekloo J, Boland MR, Rutten-van Mölken M, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD009437.
- 3 Kruis AL, Boland MR, Schoonvelde CH, Assendelft WJ, Van Mölken MP, Gussekloo J, et al. RECODE: Design and baseline results of a cluster randomized trial on cost-effectiveness of integrated COPD management in primary care. *BMC Pulm Med* 2013;13:17.
- 4 Hakkaart-van Roijen L, Van der Linden N, Bouwmans C, Kanters T, Tan SS. *Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.
- 5 Kruis AL, Boland MR, Assendelft WJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, et al. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ* 2014;349:g5392.
- 6 Boland MR, Kruis AL, Huygens SA, Tsiachristas A, Assendelft WJ, Gussekloo J, et al. Exploring the variation in implementation of a COPD disease management programme and its impact on health outcomes: a post hoc analysis of the RECODE cluster randomised trial. *NPJ Prim Care Respir Med* 2015;25:15071.
- 7 Chavannes NH, Grijzen M, Van den Akker M, Schepers H, Nijdam M, Tjep B, et al. Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial. *Prim Care Respir J* 2009;18:171-6.

Effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met heupartrose

Samenvatting

Teirlinck CH, Luijsterburg PAJ, Dekker J, Bohnen AM, Verhaar JAN, Koopmanschap MA, et al. Effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met heupartrose. *Huisarts Wet* 2016;59(8):346-9.

ACHTERGROND Volgens (inter)nationale richtlijnen is oefentherapie een belangrijk onderdeel van de conservatieve behandeling van patiënten met heupartrose. We hebben bij patiënten met heupartrose onderzoek gedaan naar de effectiviteit van oefentherapie in aanvulling op huisartsenzorg, vergeleken met alleen huisartsenzorg.

METHODE We hebben een pragmatisch gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd in 120 huisartsenpraktijken in Rotterdam en omstreken. Deelnemers waren 45 jaar of ouder, kwamen met een nieuwe episode van problemen met de heup bij de huisarts en voldeden aan de ACR-criteria voor heupartrose. We hebben 203 patiënten geïncludeerd, van wie we 101 random indeelden in de oefentherapie- en huisartsenzorggroep en 102 in de alleen-huisartsenzorggroep. De eigen huisarts leverde de huisartsenzorg. De oefentherapie, gegeven door fysiotherapeuten, bestond uit maximaal 12 sessies in de eerste 3 maanden en 3 booster-sessies (na maand 5, 7 en 9). Blinderen was niet mogelijk. We volgden de deelnemers totaal 12 maanden. Primaire uitkomsten waren pijn en functie, gemeten met de HOOS-vragenlijst (score tussen 0 en 100).

RESULTATEN Gedurende de twaalf maanden waren er gemiddeld geen verschillen zichtbaar in pijn en functie tussen de twee groepen. Na drie maanden was er een statistisch significant verschil in pijn van -3,7 (95%-BI -7,3 tot -0,2) op een schaal van 0-100, effectgrootte -0,23 en in functie van -5,3 (95%-BI -8,9 tot -1,6) op een schaal van 0 tot 100, effectgrootte -0,31 ten gunste van de oefentherapiegroep. De patiënten rapporteerden geen bijwerkingen.

CONCLUSIE Gemiddeld over de twaalf maanden vonden we geen verschillen op pijn en functie van de heup tussen patiënten die wel en patiënten die geen oefentherapie kregen in aanvulling op huisartsenzorg. Na drie maanden scoorden patiënten met oefentherapie in aanvulling op huisartsenzorg beter op pijn en functie dan patiënten die alleen huisartsenzorg kregen.

ACHTERGROND

Er bestaat op dit moment geen behandeling die heupartrose kan genezen. Conservatieve behandeling blijft daarom de belangrijkste eerste stap. Pas bij ernstig invaliderende klachten en als effect van conservatieve behandeling uitblijft, overweegt men chirurgie.² Richtlijnen voor de conservatieve behandeling van heupartrose adviseren oefentherapie.³ Verschillende systematische literatuuronderzoeken concluderen dat er onvoldoende onderzoeken van hoge kwaliteit zijn gedaan om de effectiviteit van oefentherapie bij heupartrose te bevestigen.⁴⁻⁶ Wij wilden bij heupartrosepatiënten het effect van oefentherapie op pijn en functie onderzoeken, in aanvulling op huisartsenzorg, en dit vergelijken met het effect van alleen huisartsenzorg over een periode van twaalf maanden.

METHODE

Onderzoeksontwerp

We hebben een pragmatisch gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd met twee parallelle groepen in 120 verschillende huisartsenpraktijken. Het onderzoek was goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het Erasmus MC. Gedetailleerde informatie over de opzet hebben we beschreven in het gepubliceerde protocol⁷ en de economische evaluatie hebben we elders gepubliceerd.⁸

Deelnemers

Patiënten waren geschikt om mee te doen indien ze 45 jaar of ouder waren en het voorgaande jaar hun huisarts hadden bezocht met een nieuwe episode van heupproblemen die voldeden aan de klinische criteria van het American College of Rheumatology.⁹ Exclusiecriteria waren:

- oefentherapie in de laatste drie maanden;
- heuppijnscore < 2 op een elfpuntsschaal (*numeric rating scale*, NRS, waarbij 0 geen pijn is);
- weinig functieverlies door de heupproblemen (score < 2 op de *Algofunctional Index*¹⁰);
- een heupoperatie ondergaan of op de wachtlijst voor een heupoperatie;

Wat is bekend?

- Richtlijnen bevelen oefentherapie aan bij knie- en heupartrose.
- Onderzoek bij knieartrose heeft een klein tot middelmatig effect op pijn en functie aangetoond.

Wat is nieuw?

- Wij vonden in ons onderzoek bij heupartrosepatiënten een klein effect van oefentherapie op pijn en functie op de korte termijn, in aanvulling op huisartsenzorg.
- We vonden geen langetermijneffect.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: C.H. Teirlinck, onderzoeker en huisarts-in-opleiding; P.A.J. Luijsterburg, universitair docent; A.M. Bohnen, universitair docent en huisarts; P.P. van Es, onderzoeker; prof.dr. B.W. Koes, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoogleraar Artrose en gerelateerde aandoeningen. EMGO+ Institute for Health and Care Research, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam: prof.dr. J. Dekker, hoogleraar Revalidatiegeneeskunde. Erasmus MC, afdeling Orthopedie, Rotterdam: prof.dr. J.A.N. Verhaar, hoogleraar Orthopedie. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam: M.A. Koopmanschap, universitair hoofddocent • Correspondentie: c.teirlinck@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is gefinancierd door bijdragen van het Reumafonds en ZonMw.

Dit is een bewerkte vertaling van: Teirlinck CH, Luijsterburg PAJ, Dekker J, Bohnen AM, Verhaar JAN, Koopmanschap MA, Van Es PP, Koes BW, Bierma-Zeinstra SMA. Effectiveness of exercise therapy added to general practitioner care in patients with hip osteoarthritis: a pragmatic randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage* 2016;24:82-90.

- comorbiditeit die een contra-indicatie vormt voor oefen-therapie (bijvoorbeeld ernstig hartfalen);
- onvoldoende begrip van de Nederlandse taal;
- mentaal begrip onvoldoende voor deelname.

Steekproefomvang

De steekproefomvang hebben we berekend met WOMAC-pijnscores vanwege het ontbreken van gegevens van de Hip disability Osteoarthritis Outcome Score (HOOS).¹¹ Er zijn 210 patiënten nodig voor het vaststellen van een 25%-verschil in WOMAC-pijnscore (gemiddelde 4,83; SD 2,25) over 12 maanden bij een tweezijdige test, een power van 80%, een alfa van 5%, 25% verwijzing naar de fysiotherapeut in de alleen-huisartsenzorggroep (cross-over) en 10% uitval van patiënten.

Randomisatie en interventies

Gezien de interventie was blinderen tijdens follow-up niet mogelijk. We hebben de patiënten aan de hand van een computergegenereerde lijst gerandomiseerd over twee groepen. De interventiegroep kreeg huisartsenzorg met als aanvulling een verwijzing naar de fysiotherapeut voor oefen-therapie. De controlegroep kreeg alleen huisartsenzorg.

De oefen-therapie bestond uit maximaal twaalf behandel-ingen gedurende de eerste drie maanden. Indien behandel-doelen al eerder werden bereikt, kon de fysiotherapeut eerder stoppen met de behandeling. Na de oefensessies hebben de fysiotherapeuten de patiënten teruggezien in de vijfde, ze-vende en negende maand (zogenaamde 'boostersessies'). De fysiotherapeuten kregen instructies tijdens een consensus-bijeenkomst. Het oefen-therapieprotocol is gebaseerd op de richtlijn Artrose heup-knie van het Koninklijk Nederlands Ge-nootschap voor Fysiotherapie.¹⁰ Fysiotherapeuten gaven onder andere advies over leefstijl, loophulpmiddelen, belasting van gewrichten en adequaat pijngedrag. De oefeningen waren ge-richt op kracht en flexibiliteit van de heupgordel, beenspieren en buikspieren, en uithoudingsvermogen. Passieve behan-delvormen waren niet toegestaan. De fysiotherapeuten moe-digden de deelnemers aan om thuis zelf oefeningen te doen aan de hand van een boekje met een beschrijving van de oef-eningen. Elke therapieessie duurde 30 minuten en de fysio-therapeuten konden adviezen en oefeningen afstemmen op de behandel-doelen van de patiënt. Tijdens de boostersessies herhaalden de fysiotherapeuten de adviezen en oefeningen, en bespraken ze mogelijke obstakels bij de uitvoering.

De huisartsenzorg was in handen van de eigen huisarts. Deze kon bestaan uit educatie, counseling, voorschrijven van medicatie, diagnostisch onderzoek of verwijzing naar een specialist, zoals de orthopeed. Aangezien verwijzing naar een fysiotherapeut reeds onderdeel is van de zorg voor heupartro-sepatiënten, was het mogelijk dat ook patiënten uit de alleen-huisartsenzorggroep een verwijzing kregen voor oefen-therapie.

Uitkomstmaten

De deelnemers vulden vragenlijsten in op baseline, na zes we-ken, en na drie, zes, negen en twaalf maanden. Op baseline

en na twaalf maanden ondergingen de deelnemers tevens een lichamelijk onderzoek van de knie en heup. Op baseline werd een röntgenopname van de heup gemaakt.

Primaire uitkomstmaten waren heuppijn en functie van de heup gemeten met de HOOS,¹² waarbij we keken naar het gemiddelde verschil in scores van alle vijf meetmomenten gedurende twaalf maanden. De HOOS-vragenlijst bestaat uit vijf subschalen (pijn, symptomen, functie, functie in sport en recreatie, en heupgerelateerde kwaliteit van leven), met bij elke subschaal een score van 0 = geen pijn/problemen tot 100 = veel pijn/totaal functieverlies.

Secundaire uitkomstmaten waren heuppijn gemeten met een NRS-score van 0 = geen pijn tot 10 = ergste pijn denkbaar,¹³ heuppijn gemeten met de Intermittent and Constant Osteo-arthritis Pain (ICOAP) vragenlijst,^{14,15} kwaliteit van leven ge-meten met de EuroQol (EQ-5D3L; -0,329 laagste kwaliteit van leven en 1,0 maximale kwaliteit van leven).¹⁶

Daarnaast hebben we demografische en klinische ge-gevens verzameld, zoals leeftijd, geslacht, lengte, gewicht, opleidingsniveau, duur van de klachten, eerdere heuppijn, co-morbiditeit, therapietrouw en co-interventies.

Statistiek

Alle analyses hebben we volgens het intention-to-treatprin-cipe uitgevoerd. We hebben gebruikgemaakt van een mixed model-analyse om te corrigeren voor de correlatie tussen her-haalde metingen. De effectgrootte hebben we berekend door de uitkomsten van de mixed model-analyse te delen door de *pooled* standaarddeviatie van de beide groepen op de baseline. De effectgrootte hebben we beschreven als klein (0,2-0,29), middelmatig (0,3-0,79) of groot ($\geq 0,8$).¹⁷ Alle analyses hebben we uitgevoerd met SPSS 21 (SPSS Inc., Verenigde Staten).

RESULTATEN

Deelnemers

Van september 2009 tot oktober 2011 hebben de deelnemende huisartsen 203 patiënten geïncludeerd, van wie we 101 at ran-dom indeelden in de oefen-therapiegroep en 102 patiënten in de alleen-huisartsenzorggroep. Na twaalf maanden waren vijf patiënten (5%) in de oefen-therapiegroep en zes patiënten (6%) in de alleen-huisartsenzorggroep tussentijds gestopt. De flowchart van het onderzoek en de baselinegegevens van de patiënten zijn online te vinden [figuur] op www.henw.org, ru-briek Onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 64 jaar (SD 8,5) in de oefen-therapiegroep en 67 jaar (9,6) in de alleen-huisart-senzorggroep. Er zaten respectievelijk 63 (62%) en 56 (55%) vrou-wen in de oefen-therapiegroep en alleen-huisartsenzorggroep. Er waren geen klinisch relevante verschillen tussen de twee groepen op baseline, behalve dat er meer patiënten (> 10% ver-schil) in de alleen-huisartsenzorggroep aangaven thuis al oefeningen te doen en vertelden dagelijks pijnmedicatie te slikken. Daarom hebben we de analyses behalve voor leeftijd, geslacht en BMI, ook gecorrigeerd voor deze twee parameters.

Interventies

Tijdens de totale follow-up gingen 91 (91%) patiënten in de oefentherapiegroep en 19 (19%) patiënten in de alleen-huisartsenzorggroep naar de fysiotherapeut voor oefentherapie. De mediaan van het aantal behandelingen tijdens de totale follow-up was 11 (interkwartielspreiding 8,0) in de oefentherapiegroep en 9 (interkwartielspreiding 17,0) in de alleen-huisartsenzorggroep. Boostersessies werden door 48 (48%), 46 (46%) en 36 (36%) patiënten in de vijfde, zevende en negende maand bezocht. Patiënten in de alleen-huisartsenzorggroep maakten meer gebruik van co-interventies dan patiënten in de oefentherapiegroep ([tabel 1] op www.henw.org, rubriek Onderzoek).

Primaire en secundaire uitkomsten

[Tabel 1] toont de gecorrigeerde uitkomsten van de mixed model-analyses van onze primaire uitkomstmaten. Online zijn ook de uitkomsten van de secundaire uitkomstmaten ([tabel 3]) te vinden op www.henw.org, rubriek Onderzoek. Het gemiddelde verschil tussen beide groepen gedurende de twaalf maanden follow-up was -1,7 (95%-BI -4,8 tot 1,4; effectgrootte -0,11) in HOOS-pijnscore en -3,3 (95%-BI -6,7 tot 0,2; effectgrootte -0,19) in HOOS-functiescore. Deze verschillen waren niet statistisch significant. Na drie maanden follow-up waren zowel de verschillen in HOOS-pijn als in HOOS-functie statistisch significant, respectievelijk -3,7 (95%-BI -7,3 tot -0,2; effectgrootte -0,23) en -5,3 (95%-BI -8,9 tot -1,6; effectgrootte -0,31) op een schaal van 0-100. Tevens waren na drie maanden alle ICOAP-scores significant verschillend. NRS-score en kwaliteit van leven lieten tijdens follow-up geen significante verschillen zien.

Bijwerkingen

De patiënten hebben geen ernstige bijwerkingen gemeld.

BESCHOUWING

Gemiddeld vonden we (over een periode van twaalf maanden) geen verschillen op pijn en functie tussen de twee groepen. Na drie maanden follow-up (net na het einde van de therapie-sessies) hadden patiënten in de oefentherapiegroep wel een lagere pijnscore en betere functiescore dan de patiënten in de alleen-huisartsenzorggroep. De klinische relevantie van deze verschillen (-3,7 voor HOOS-pijn en -5,2 voor HOOS-functie op een schaal van 0 tot 100) is twijfelachtig, vooral omdat deze op twaalf maanden niet meer aanwezig waren. Een systematisch literatuuronderzoek liet zien dat boostersessies het effect van oefentherapie tijdens de langere follow-up konden laten voortduren.¹⁸ Dit was de reden waarom wij boostersessies aan ons protocol hadden toegevoegd. Het verdwijnen van het verschil op de langere termijn zou te maken kunnen hebben met de lage opkomst tijdens boostersessies en mogelijk daardoor het verminderen of stoppen met oefeningen thuis. Het effect van oefentherapie is gecorreleerd met de mate van therapietrouw bij patiënten met heup- en knieartrose.¹⁹ Wij hebben geen objectieve metingen over therapietrouw bij thuisoefeningen verzameld. De patiënten hebben in de vragenlijsten zelf aangegeven hoe vaak en hoeveel tijd ze hebben besteed aan thuisoefeningen (deze resultaten hebben we hier niet vermeld). Gedurende het hele onderzoek waren er in de oefentherapiegroep meer patiënten die thuis oefeningen deden dan in de alleen-huisartsenzorggroep. Tijdens de oefentherapie (na zes weken gemeten) was het aantal minuten per week besteed aan oefeningen thuis significant hoger in de oefentherapiegroep dan in de alleen-huisartsenzorggroep, maar was het aan het einde van de oefentherapie en de maanden daarop volgend gelijk in beide groepen. Dit zou erop wijzen dat een bepaalde mate en tijdsbesteding aan oefeningen nodig is om het effect van oefentherapie te behouden.

Een meta-analyse vond een effectgrootte van -0,46 voor oefentherapie bij heuppijn.⁵ Dit effect is groter dan bij onze trial, wat mogelijk komt doordat de geïncludeerde onderzoeken

Tabel 1 Resultaat van de multivariabele lineair mixed model-analyse met herhaalde metingen

		Oefentherapie + huisartsenzorg		Alleen huisartsenzorg		Gecorrigeerd mixed model*			
						Coëfficiënt	(95%-BI)	P-waarde	Effectgrootte
Primaire uitkomstmaten		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD				
HOOS-pijn (0-100)	6 weken	36,8	14,6	37,7	17,0	0,5	(-2,9 tot 4,0)	0,76	0,03
	3 maanden	31,8	17,7	36,2	18,9	-3,7	(-7,3 tot -0,2)	0,039	-0,23
	6 maanden	34,4	19,7	37,2	18,0	-2,2	(-6,2 tot 1,7)	0,27	-0,14
	9 maanden	32,5	19,9	35,4	21,1	-1,5	(-6,2 tot 3,2)	0,53	-0,09
	12 maanden	31,6	19,5	34,6	19,3	-1,6	(-6,2 tot 3,0)	0,49	-0,10
	Gemiddeld					-1,7	(-4,8 tot 1,4)	0,28	-0,11
HOOS-functie (0-100)	6 weken	32,7	17,6	38,0	19,0	-2,4	(-6,1 tot 1,3)	0,20	-0,14
	3 maanden	28,8	21,3	35,7	19,0	-5,3	(-8,9 tot 1,6)	0,005	-0,31
	6 maanden	30,8	21,9	35,3	20,7	-2,4	(-6,7 tot 1,9)	0,27	-0,14
	9 maanden	30,0	21,4	36,0	20,7	-3,2	(-7,9 tot 1,4)	0,17	-0,18
	12 maanden	26,8	21,2	34,2	21,4	-3,0	(-8,0 tot 2,1)	0,25	-0,17
	Gemiddeld					-3,3	(-6,7 tot 0,2)	0,06	-0,19

* Analyses gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, body mass index, thuisoefeningen in laatste 3 maanden, dagelijkse pijnmedicatie op baseline. SD = standaarddeviatie; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; HOOS = Hip disability Osteoarthritis Outcome Score (0 = geen pijn of problemen).

ken meer therapie sessies betroffen of de therapie sessies over een langere periode verspreid hadden. De resultaten uit een ander onderzoek waren vergelijkbaar met die van ons.²⁰ Een Cochrane-review liet net als onze resultaten wel een kortetermijneffect zien op pijn en functie, maar niet op kwaliteit van leven.²¹ Wel bleek uit deze meta-analyse dat er een aanhoudend effect was op de lange termijn.

Sterke kanten van dit onderzoek zijn de gerandomiseerde en pragmatische opzet. Hierdoor laten onze resultaten zien wat er 'in het echt' in de huisartsenpraktijk gebeurt als je patiënten voor oefentherapie naar de fysiotherapeut verwijst. Daarnaast hadden we een lage uitval van patiënten tijdens het onderzoek. Een beperking van dit onderzoek was de lage therapietrouw, de meeste patiënten hebben geen boostersessie ontvangen. Daarbij gaven sommige fysiotherapeuten aan dat de boostersessie uit een telefonisch gesprek bestond in plaats van een afspraak op de praktijk. Dit kan er samen toe hebben bijgedragen dat het effect op de lange termijn is verdwenen.

CONCLUSIE

Onze resultaten en die van andere onderzoeken laten zien dat het nog onduidelijk blijft wat de meerwaarde van oefentherapie is. De klinische heterogeniteit tussen de onderzoeken wat betreft patiënten, oefeningen, wijze, duur en intensiteit van

de oefentherapie is waarschijnlijk de oorzaak van de soms tegenstrijdige resultaten.

Het zou echter onjuist zijn om oefentherapie op grond van onze resultaten volledig in de ijskast te zetten. Op de korte termijn is er wel een (bescheiden) effect van oefentherapie te verwachten, maar niet op de langere termijn. Dit geldt voor de manier waarop Nederlandse fysiotherapeuten de oefentherapie na verwijzing door de huisarts momenteel vormgeven. Huisartsen zullen zelf in overleg met de patiënt moeten afwegen of oefentherapie een meerwaarde heeft voor de behandeling. Toekomstig onderzoek zal de huisarts hier richtlijnen in kunnen bieden door na te gaan welke subgroepen van patiënten mogelijk baat hebben bij oefentherapie, welke vorm van oefentherapie het grootste effect heeft en hoe wij als zorgverleners de patiënt gemotiveerd kunnen houden om door te blijven gaan met bewegen en oefenen.

DANKBETUIGING

Graag bedanken wij alle patiënten en huisartsen die hebben meegedaan. Toke Mulder-van Kempen en Bernadette Schutjser danken we voor de gegevensverzameling. ■

LITERATUUR

De literatuur is te vinden op www.henw.org, rubriek Onderzoek.

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus: duizelig bij bukken

Casus

Patiënt:

Man, 72 jaar, klust her en der als tuinman

Voorgeschiedenis:

Hypertensie, jicht

Medicatie:

Enalapril 1 x 5 mg, hydrochloorthiazide 1 x

12,5 mg, allopurinol 1 x 300 mg

Anamnese:

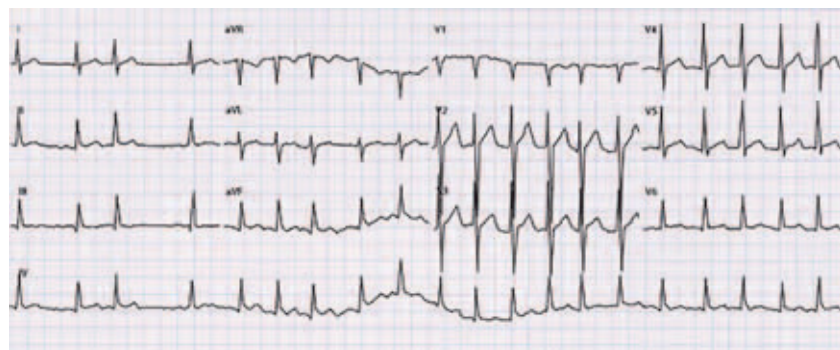
Sinds een dag duizelig als hij overeind komt na bukken. Hij heeft dat nooit eerder gehad, het is plots begonnen. Het is geen draaiduizeligheid, maar een licht gevoel in het hoofd. Hij heeft geen collapsneiging.

Lichamelijk onderzoek:

Bloeddruk 138/78 mmHg, polsfrequentie 130/min, irregulier. In het verleden altijd rustige pols en normale bloeddruk. Auscultatie van hart en longen zonder afwijkingen.

De huisarts denkt aan AF en maakt een ECG.

ECG



OPGAVE

Beschrijf het ECG volgens ECG-10¹, stel de diagnose in de conclusie en doe een beleidsvoorstel.¹ Het juiste antwoord vindt

u op www.henw.org/oplossingcasus. ■

1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG 10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.





Patiëntveiligheid in de eerste lijn

Samenvatting

Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2016;59(8):350-3.

De gezondheidszorg kan vermijdbare ernstige schade veroorzaken. Dat is voor de huisartsgeneeskunde niet anders en het relatieve gebrek aan onderzoek binnen de eerste lijn betekent dat meer (wetenschappelijke) aandacht voor patiëntveiligheid broodnodig is. Het LINNEAUS-PC-netwerk heeft onderzoek geanalyseerd naar de epidemiologie en classificatie van fouten (bijvoorbeeld diagnostische of medicatiefouten), veiligheidscultuur en mogelijkheden tot het verbeteren van de veiligheid van de patiënt. Deze beschouwing vat de belangrijkste bevindingen samen en stelt een onderzoeksagenda voor ter verbetering van de patiëntveiligheid in de eerste lijn. Het toekomstig onderzoek zou zich vooral moeten richten op specifieke huisartsgeneeskundige aspecten en op specifieke huisartsgeneeskundige domeinen via prospectieve en innovatieve methoden, zoals de betrokkenheid van de patiënt, ter verbetering van de patiëntveiligheid.

INLEIDING

Huisartsen weten dat zij in hun werk vermijdbare schade kunnen toebrengen, bijvoorbeeld doordat ze diagnoses van levensbedreigende aandoeningen missen of fouten maken tijdens de behandeling.¹ Men schat dat het optreden van patiëntveiligheidsincidenten in de eerstelijnsgezondheidszorg ligt tussen de vijf en tachtig incidenten per 100.000 consulten.² Een groot Nederlands dossieronderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland vond patiëntveiligheidsincidenten in 2,5% van alle contacten, en merkbare gevolgen voor de patiënten in 0,7% van de contacten.³ Zowel het grote aantal patiëntcontacten in de eerstelijnsgezondheidszorg als de toegenomen complexiteit van de zorg(behoeften) van patiënten betekent dat patiëntveiligheid hoog op de (onderzoeks)agenda zou moeten staan, vooral om effectieve programma's te ontwikkelen om de patiëntveiligheid in de eerste lijn te verbeteren. Natuurlijk is het daarbij belangrijk om rekening te houden met specifieke en unieke kenmerken van de huisartsenzorg, zoals het grote aantal arts-patiëntcontacten per jaar en het gemiddeld lage risico op schade.

Er zijn weinig epidemiologische cijfers bekend over de prevalentie van veiligheidsincidenten. Hoe vaak maken huisartsen medicatiefouten, hoe vaak stellen ze een diagnose te laat, hoe vaak missen ze een ernstige diagnose? Zowel nationaal als internationaal ontbreekt het zeker in de eerste lijn aan betrouwbare gegevens over de patiëntveiligheid.

Kader

Het LINNEAUS-PC-netwerk (*Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primary Care*) heeft van 2010 tot 2014 onderzoekers, beleidsmakers en professionals bij elkaar gebracht rondom het thema verbetering van de patiëntveiligheid in de eerste lijn, met nadruk op de huisartsgeneeskunde. De deelnemers kwamen uit landen waar patiëntveiligheid al veel aandacht krijgt (het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Denemarken en Duitsland) en uit landen waar er op dit gebied vrijwel geen infrastructuur is ter ondersteuning van professionals en onderzoekers (Oostenrijk, Spanje, Polen, Griekenland). De doelstellingen waren de volgende:

1. het ontwikkelen van een Europees classificatiesysteem voor incidenten en fouten in de eerste lijn;
2. het bepalen van de beste klinische procedures voor de patiëntveiligheid in diagnostische besluitvorming en bij het voorschrijven van medicatie;
3. het onderzoeken naar en vaststellen van welke methoden ter verbetering van de patiëntveiligheid het meest effectief zijn;
4. het opbouwen van een pan-Europees netwerk voor patiëntveiligheid in de eerste lijn, met verspreiding van bevindingen in Roemenië, Kroatië, Litouwen, Albanië, Frankrijk en Zweden.

Het LINNEAUS-PC-netwerk heeft onderzoek geanalyseerd naar de epidemiologie en classificatie van fouten, diagnostische en medicatiefouten, veiligheidscultuur en mogelijkheden tot het verbeteren van de veiligheid van de patiënt [kader]. Wij vatten de belangrijkste bevindingen samen en stellen een onderzoeksagenda voor ter verbetering van de patiëntveiligheid in de eerste lijn.

WAT IS PATIËNTVEILIGHEID?

Het is niet eenvoudig om een definitie van patiëntveiligheid te geven. In de literatuur worden meer dan 25 definities genoemd. Er bestaat ook geen consensus over wat patiëntveiligheid in de eerste lijn behelst.⁴ Bij een onderzoek in Nederland gaf men geen wetenschappelijke definities, maar rapporteerden huisartsen en praktijkondersteuners ongeveer driehonderd verschillende aspecten van patiëntveiligheid, variërend van de toegankelijkheid van de praktijk tot het voorschrijven van geneesmiddelen.⁵ Het LINNEAUS-PC-netwerk hanteerde de volgende definitie van een patiëntveiligheidsincident: iedere vermijdbare gebeurtenis in de zorg

De kern

- Meer onderzoek is nodig om na te gaan welke strategie het meest efficiënt en effectief is om de patiëntveiligheid in de eerste lijn te verbeteren. Onderzoek moet methoden voor het beoordelen en strategieën voor het verbeteren van de patiëntveiligheid grondig evalueren, voordat ze op grotere schaal worden toegepast.
- Twee potentieel krachtige strategieën voor het verbeteren van de patiëntveiligheid zijn het gebruik van prospectieve risicoanalyses en het betrekken van patiënten bij die verbetering.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. H.J.M. Verstappen, huisarts, docent; IQ Healthcare; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar Implementatiewetenschappen en gezondheidszorgonderzoek, Nijmegen, Medisch Centrum Nijmegen-Oost; dr. S. Gaal, huisarts • Correspondentie: wim.verstappen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

die de patiënt schade heeft toegebracht of had kunnen toebrengen.

Aandacht voor patiëntveiligheid in de huisartsgeneeskunde is minstens zo noodzakelijk als in ziekenhuizen, waar men grote veiligheidsprogramma's heeft uitgevoerd.⁶ Vele incidenten zijn gerelateerd aan diagnose en behandeling, tekortschietende communicatie tussen professionals in de gezondheidszorg en aan organisatorische problemen.^{7,8} Patiëntveiligheidsincidenten die leiden tot schade aan de gezondheid van patiënten hebben enorme gevolgen voor iedereen die daarbij betrokken is, ook voor de zorgverlener(s) zelf. De huisartsenzorg omvat meestal laagrisicobehandelingen, maar kent ook een aantal hoogrisicoprocedures.

Een belangrijke beperking is dat de bestaande taxonomieën voor veiligheidsincidenten niet goed toepasbaar zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het LINNEAUS-PC-netwerk heeft een taxonomie van patiëntveiligheidsincidenten in de eerstelijnszorg ontwikkeld en de uitdaging is nu om deze taxonomie te gebruiken voor een beter begrip van het vóórkomen en het voorkómen van patiëntveiligheidsincidenten.⁹ Het taxonomieschema is te raadplegen op <http://www.linneaus-pc.eu/cms-assets/documents/117326-607818.psic-pc-version-3-1.pdf>.

DIAGNOSE EN BEHANDELING

Diagnostische fouten zijn een van de belangrijkste patiëntveiligheidsincidenten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een groot aantal tuchtraadzaken betrof gemiste diagnoses, waarbij vooral gemiste hartinfarcten het meest voorkwamen.^{10,11} Om dit te voorkomen zouden huisartsen soms overbodige, defensieve diagnostiek kunnen inzetten, hoewel risico's niet altijd te vermijden zijn. Het blijft echter belangrijk om aan de holistische en persoonsgeoriënteerde zorg door huisartsen vast te houden en daarbij defensieve geneeskunde te vermijden.¹²

MEDICATIE

Medicatie is een ander belangrijk aspect van de patiëntveiligheid. Medicatiegerelateerde bijwerkingen zijn een belangrijke oorzaak van morbiditeit.¹³⁻¹⁵ Geautomatiseerde beslissingsondersteunende systemen die fouten moeten voorkomen worden breed toegepast in de huisartsenzorg. Het gebruik van dergelijke systemen brengt weer nieuwe risico's met zich mee: het systeem kan zo sensitief worden ingesteld dat er ook irrelevante interacties verschijnen, waardoor huisartsen waarschuwingen bijna standaard wegklikken, wat ook medicatiefouten kan uitlokken. Apothekers kunnen via medicatiebeoordelingen en FTO-groepen effectief bijdragen aan de medicatieveiligheid.¹⁶ De effectiviteit van deze methoden moet verder worden verbeterd, zeker als het 'laaghangende fruit' (bijvoorbeeld minder benzodiazepines, meer maagbeschermers op de juiste indicatie) is geplukt.



ORGANISATIE VAN DE EERSTELIJNSZORG

Uit een literatuuronderzoek kwamen 23 belangrijke organisatorische thema's naar voren die van belang zijn voor de patiëntveiligheid.¹⁷ Voor de eerstelijnsgezondheidszorg waren dat vooral organisatorische problemen als toegankelijkheid (overvolle agenda, telefonische en fysieke bereikbaarheid), slecht teamwork, suboptimale overdracht van patiënten en onvoldoende gebruik van elektronische patiëntendossiers. Deze organisatorische problemen hebben veelal betrekking op laagrisicosituaties en leiden niet direct tot schade aan patiënten.

Een sterke nadruk op de organisatorische aspecten rondom patiëntveiligheid zou ten onrechte de aandacht kunnen afleiden van professionele prestaties en de klinische besluitvorming.¹⁸ Daarom zijn wij van mening dat patiëntveiligheidsprogramma's zich primair moeten richten op de verbetering van klinische processen, waarbij men moet overwegen of organisatorische problemen een rol spelen en op welke manier men die kan betrekken bij patiëntveiligheidsprogramma's.

Abstract

Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patient safety in primary care. *Huisarts Wet* 2016;59(8):350-3.

Medical care can cause severe, avoidable injury. This is also true for general practice medicine, and the relative lack of research in primary care means that more attention should be paid to patient safety. The LINNEAUS-PC-network has analysed studies of the epidemiology and classification of errors (such as diagnostic or treatment errors), safety culture, and the possibilities to improve patient safety. The article reviews the main findings and presents a research agenda for improving patient safety in primary care. Future research into improving patient safety should focus on specific aspects and domains of general practice medicine, using prospective and innovative methods, such as patient involvement.

In veel landen is een ontwikkeling naar grotere praktijkorganisaties in de eerstelijnszorg; in Nederland zijn huisartsenposten en zorggroepen daarvan de duidelijkste voorbeelden. Dit lijkt een ontwikkeling die de patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg ten goede komt en die vergelijkbaar is met de positieve invloed van de organisatiegrootte op het verstrekken van gestructureerde chronische zorg.¹⁹ Een van onze LINNEAUS-PC-onderzoeken liet zien dat grotere Europese huisartsenpraktijken meer aandacht voor patiëntveiligheid hadden, hoewel het onderzoek niet kon vaststellen of er een direct causaal verband was met een betere patiëntveiligheid.²⁰ Het blijft echter van belang organisatorische thema's ter verbetering van de patiëntveiligheid niet te benadrukken, omdat professionals eerder actiever met patiëntveiligheid aan de slag zullen gaan rondom klinische thema's.

DISFUNCTIONEREN VAN PROFESSIONALS

Specifieke activiteiten zijn nodig om te kunnen vaststellen welke professionals in de gezondheidszorg niet goed functioneren en begeleiding behoeven. Gezien de relatief hoge prevalentie van stress op het werk, verslavend gedrag en psychosociale problemen bij artsen, en de geringe neiging om suboptimaal functionerende collega's aan te spreken, is het cruciaal om systemen op te zetten om slecht presterende professionals in een vroeg stadium te helpen.²¹ Er is meer onderzoek nodig om de relatie tussen disfunctioneren en de patiëntveiligheid te exploreren.

HET MELDEN VAN INCIDENTEN

Het analyseren van incidenten en calamiteiten is waarschijnlijk de meest onderzochte activiteit op het gebied van patiëntveiligheid.^{22,23} De VIM-procedure (Veilig incidenten melden) wordt ook in Nederland aanbevolen als een methode om de patiëntveiligheid te verbeteren en het is tegenwoordig wettelijk verplicht om een dergelijk systeem te hanteren. De wettelijke verplichting is er gekomen zonder een gedegen analyse van deze methode. Een Britse review naar de effecten van incidentanalyses in de huisartsenpraktijk toont aan dat deze methode, mits goed uitgevoerd, de patiëntveiligheid kan verbeteren, maar dat het onduidelijk is of dat ook voor de lange termijn geldt.²² In de dagelijkse praktijk blijkt het lastig om met het systeem te werken; huisartsen vergeten om het toe te passen en ook grote drukte blijkt een belangrijke belemmering. Het is verder de vraag of medewerkers in staat zijn om goede analyses te maken. De VIM-procedure kan wel helpen om van incidenten te leren en lijkt daarmee ook belangrijk voor de verbetering van de veiligheidscultuur. Onderzoek zal echter nog moeten vaststellen wat het verband is tussen een goed ontwikkelde patiëntveiligheidscultuur en goede patiëntveiligheid.²⁴

Het melden van calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) was al wettelijk verplicht. De IGZ verwacht dan een analyse van de calamiteit en een overzicht van verbeterpunten. Een calamiteit is een niet-beoogd of onverwacht incident in de gezondheidszorg dat tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid. De analyse van deze calamiteiten kan bruikbare inzichten opleveren ten behoeve van de verbetering van de patiëntveiligheid.

Tabel Kernvragen bij het onderzoek naar het verbeteren van patiëntveiligheid in de huisartsenzorg

Definitie, epidemiologie en soorten patiëntveiligheidsincidenten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoeveel en welke soorten incidenten komen voor in de huisartsenzorg en (hoe) kunnen we die voorkomen? ■ Welke hoogrisicopatiënten, contacten en procedures bestaan er in de huisartsgeneeskundige zorg?
Diagnose en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoe kunnen we het diagnostisch handelen van huisartsen verbeteren, en tegelijkertijd defensieve geneeskunde en inefficiënt aanvullend diagnostisch handelen vermijden? <ul style="list-style-type: none"> - Het nut van beslissingsondersteunende digitale diagnostische systemen - Leren van onderzochte calamiteiten, bijvoorbeeld bij patiënten met pijn op de borst ■ Hoe kunnen we de medicatieveiligheid verbeteren? <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek naar het nut van FTO - Effectonderzoek van verschillende remindersystemen op interacties om te komen tot een adequaat en efficiënt digitaal waarschuwingssysteem
Organisatie van de huisartsenzorg	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welke organisatorische, culturele en financiële factoren dragen bij aan het verbeteren van de patiëntveiligheid in de huisartsenzorg en hoe kunnen we die optimaliseren? <ul style="list-style-type: none"> - Evaluatie van de verplichting tot VIM in de huisartsenpraktijk - Hoeveel en welke calamiteiten worden er bij de IGZ gemeld en geanalyseerd in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost, en wat leveren die analyses op? ■ Hoe kunnen we incidenten voorkomen bij het verwijzen van patiënten? ■ Welke interventies zijn nodig om infecties bij kleine chirurgische ingrepen te voorkomen?
Verminderd functioneren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoe kunnen we professionals opsporen die minder goed functioneren en hoe kunnen we hun functioneren verbeteren?
De rol van patiënten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoe kunnen we patiënten betrekken bij het verbeteren van de patiëntveiligheid?
Prospectieve methoden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoe kunnen we prospectieve risicoanalyses inzetten bij de verbetering van de patiëntveiligheid? Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> - Triage in de praktijk - Herhaalreceptuur

DE ROL VAN PATIËNTEN

Patiënten zijn een nog grotendeels onontgonnen informatiebron voor de verbetering van de patiëntveiligheid.²⁵ Patiënten observeren het handelen van de zorgverleners op de meest directe manier en kunnen vermeende fouten in hun diagnose en behandeling aangeven.²⁶ Patiëntgerichtheid is een belangrijk kenmerk van de eerstelijnsgezondheidszorg, maar is nog niet vertaald in een expliciete betrokkenheid van patiënten bij de patiëntveiligheidsprogramma's.²⁷ Toekomstig onderzoek moet zich richten op het betrekken van patiënten bij deze programma's.

PROSPECTIEVE RISICOANALYSE

Prospectieve risicoanalyse blijkt een bijzonder nuttige methode ter verbetering van de patiëntveiligheid, die tot nu toe vooral wordt toegepast in de tweede lijn.^{28,29} Bij deze methode wordt een multidisciplinair team samengesteld om proactief een zorgproces te evalueren. Die evaluatie is gericht op de mogelijke problemen rondom patiëntveiligheid en uiteindelijk op het aanwijzen en implementeren van mogelijke oplossingen. Tot nu toe is er geen prospectief onderzoek naar de patiëntveiligheid uitgevoerd dat is gericht op 'harde' eindpunten (bijvoorbeeld aantallen incidenten of overlijden). Het is van belang dat dit type onderzoek er komt, voordat brede implementatie van deze methode in de eerste lijn kan worden overwogen.³⁰

De [tabel] geeft een overzicht van de verschillende domeinen van patiëntveiligheid, en enkele belangrijke onderzoeksvragen en -gebieden.

CONCLUSIE

Onze betrokkenheid bij het LINNEAUS-PC-netwerk heeft ons gesterkt in onze mening dat de patiëntveiligheidsprogramma's in de eerstelijnsgezondheidszorg zich primair moeten richten op het klinisch handelen van de huisarts. Zij moeten rekening houden met de specifieke kenmerken van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals het grote aantal jaarlijkse patiëntcontacten en het lage risico op schade. De implementatiewetenschap biedt een groot aantal lessen dat ook relevant is voor het optimaliseren van de patiëntveiligheid. Misschien wel de allerbelangrijkste is de waarschuwing tegen hoge verwachtingen van welke interventie of activiteit dan ook. Verder zijn wetenschappelijke evaluaties van programma's noodzakelijk. Het aantal onderzoeken naar patiëntveiligheid is beperkt en daarom blijft het vooralsnog onduidelijk welke strategieën het meest effectief zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat niet bekend is welke effecten incidentanalyses en evaluaties van de veiligheidscultuur, twee methoden die men relatief vaak gebruikt, hebben op de verbetering van de patiëntveiligheid. Een grotere nadruk op klinische processen (zoals de diagnose, behandeling en follow-up) zal onzes inziens meer bijdragen aan de bereidheid van de eerstelijnsprofessionals om deel te nemen aan programma's die de patiëntveiligheid moeten verbeteren. ■

LITERATUUR

- 1 Gandhi T, Lee TH. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med* 2010;363:1001-3.
- 2 Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 2003;20:231-6.
- 3 Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, Van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands; a retrospective medical record review study. *Implement Sci* 2011;6:37.
- 4 Elder N, Pallerla H, Regan S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. *BMC Fam Pract* 2006;7:73.
- 5 Gaal S, Van Laarhoven E, Wolters R, Wetzels R, Verstappen W, Wensing M. Patient safety in primary care has many aspects: an interview study in primary care doctors and nurses. *J Eval Clin Pract* 2010;16:639-43.
- 6 Wynia MK, Classen DC. Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next. *J Am Med Assoc* 2011;306:2504-5.
- 7 Fernald D, Pace W, Harris D, West D, Main D, Westfall J. Event reporting to a primary care patient safety reporting system: a report from the ASIPS collaborative. *Ann Fam Med* 2004;2:327-32.
- 8 Johnson KJ, Arora VM, Barach PR. What can artefact analysis tell us about patient transitions between the hospital and primary care? Lessons from the HANDOVER project. *Eur J Gen Pract* 2013;19:185-93.
- 9 Klemp K, Dovey S, Valderas JM, Rohe J, Godycki-Cwirko M, Elliott P. Developing a patient safety incident classification system for primary care. A literature review and Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract* 2015;21:35-8.
- 10 Gaal S, Hartman C, Giesen P, Van Weel C, Verstappen W, Wensing M. Complaints against family physicians submitted to disciplinary tribunals in the Netherlands: lessons for patient safety. *Ann Fam Med* 2011;9:522-7.
- 11 Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors - the next frontier for patient safety. *J Am Med Assoc* 2009;301:1060-2.
- 12 Walley J, Lawn JE, Tinker A, De Francisco A, Chopra M, Rudan I. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008;372:1001-7.
- 13 Van der Sijs H, Aarts J, Vulto A, Berg M. Overriding of drug safety alerts in computerized physician order entry. *J Am Med Inform Assoc* 2006;13:138-47.
- 14 Gandhi T, Weingart S, Borus J, Seger A. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348:1556-64.
- 15 Avery AJ, Sheikh A, Hurwitz B, Smeaton L, Chen YF, Howard R. Safer medicines management in primary care. *Br J Gen Pract* 2002;52:517-22.
- 16 Tache SV, Sonnichsen A, Ashcroft DM. Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: a systematic review. *Ann Pharmacother* 2011;47:977-89.
- 17 Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010;19:42-7.
- 18 Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *J Am Med Assoc* 2008;299:445-7.
- 19 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs* 2006;25:w555-71.
- 20 Gaal S, Van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy* 2010; 97:87-91.
- 21 DesRoches C, Rao S, Fromson J, Birnbaum R, Lezzoni L, Vogeli C. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *J Am Med Assoc* 2010;304:187-93.
- 22 Bowie P, Pope L, Lough M. A review of the current evidence base for significant event analysis. *J Eval Clin Pract* 2008;14:520-36.
- 23 De Wet WC, Bradley N, Bowie P. Significant event analysis: a comparative study of knowledge, process and attitudes in primary care. *J Eval Clin Pract* 2011;17:1207-15.
- 24 Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care* 2007;16:313-20.
- 25 King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM. Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care* 2010;19:148-57.
- 26 Buetow S, Elwyn G. Patient safety and patient error. *Lancet* 2007;369:158-66.
- 27 Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect* 2007;10:259-67.
- 28 DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using health care failure mode and effect analysis: the VA national center for patient safety's prospective risk analysis system. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28:248-67.
- 29 Habraken MMP, Van der Schaaf TW, Leistikow IP, Reijnders-Thijssen PMJ. Prospective risk analysis of health care processes: a systematic evaluation of the use of HFMEA in Dutch health care. *Ergonomics* 2009;52:809-19.
- 30 Verstappen W, Gaal S, Esmail A, Wensing M. Patient safety improvement programmes for primary care. Review of a Delphi procedure and pilot studies by the LINNEAUS collaboration for patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract* 2015;21:50-55.

Ervaring helpt bij niet-pluisgevoel kanker

Huisartsen gebruiken hun niet-pluisgevoel om kanker te diagnosticeren, maar er is weinig bekend over de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel en of dit gerelateerd is aan patiënt- en huisartskenmerken. In richtlijnen en scholing over kanker ontbreekt niet-pluisgevoel als valide reden voor verwijzing of nader onderzoek. Wij onderzochten prospectief of huisarts- en patiëntkenmerken samenhangen met het niet-pluisgevoel bij kanker en hoe voorspellend dit niet-pluisgevoel blijkt voor de diagnose kanker drie maanden later.

TRIGGERS VAN NIET-PLUISGEVOEL EN LEEFTIJD

Huisartsen kregen de instructie om een vragenlijst in te vullen als ze bij een consult een niet-pluisgevoel hadden gerelateerd aan kanker, onafhankelijk van, maar eventueel wel in combinatie met klinische symptomen. Van 366 gerapporteerde patiënten bleek 35% drie maanden later kanker als diagnose te hebben. Het niet-pluisgevoel werd het vaakst getriggerd door onverklaard gewichtsverlies ($n = 85$) en sporadisch spreekuurbezoek ($n = 76$), gevolgd door het aanhouden van klachten ($n = 64$), een palpabele zwelling ($n = 53$) of een ongezond ogende patiënt ($n = 51$). Deze top 5 van triggers bleek in respectievelijk 25%, 25%, 28%, 48% en 29% van de gevallen daadwerkelijk gerelateerd aan een diagnose kanker na drie maanden [figuur]. Een palpabele zwelling gecombineerd met niet-pluisgevoel van de huisarts bleek in ruim de helft van de gevallen gerelateerd aan een benigne aandoening. Niet-pluisgevoel getriggerd door onverklaard gewichtsverlies of zeldzaam spreekuurbezoek bleek eerder minder vaak dan vaker kanker te voorspellen [tabel].

In een multivariate analyse waren geen van deze trig-

Tabel Multivariate logistische regressie-analyse van de positieve voorspellende waarde van niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker met de variabelen in het model die significant waren in de univariate analyse.

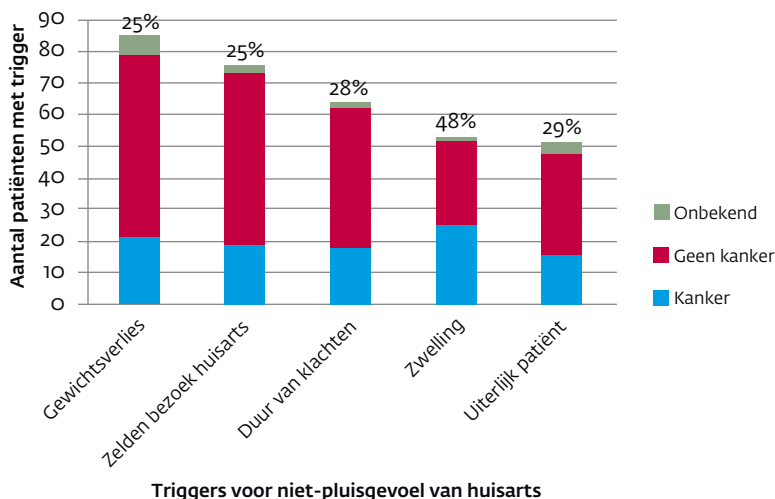
Variabele	Oddsratio	95%-BI	P-waarde
Leeftijd patiënt	1,02	1,01 tot 1,04	0,01
Leeftijd huisarts	1,03	1,00 tot 1,06	0,04
Palpabele tumor	1,90	0,97 tot 3,74	0,06
Gewichtsverlies	0,58	0,31 tot 1,09	0,09
Komt zelden bij huisarts	0,58	0,32 tot 1,09	0,09

gers gerelateerd aan kanker, mogelijk mede door de relatief kleine aantallen. Toenemende leeftijd van de huisarts en de patiënt waren dat wel. Hogere leeftijd van de huisarts en ervaring bleken sterk aan elkaar gerelateerd. We onderzochten beide, maar kozen in de multivariate analyse leeftijd als indicator voor professionele ervaring. De positief voorspellende waarde van niet-pluisgevoel nam met 2% toe voor elk jaar dat een patiënt ouder was en 3% voor elk jaar dat de leeftijd van de huisarts toenam. Het geslacht van de huisarts bleek niet van invloed op de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel.

CONCLUSIE

Het niet-pluisgevoel van de huisarts blijkt een nuttig instrument voor het diagnosticeren van kanker. De relatief hoge voorspellende waarde neemt toe naarmate de huisarts ouder en meer ervaren is en naarmate de patiënt ouder is. Ervaring telt en dat verdient aandacht in onderwijs en richtlijnen. ■

Figuur Top 5 van triggers voor niet-pluisgevoel van huisartsen gerelateerd aan kanker en het percentage dat drie maanden later gediagnosticeerd is als kanker ($n = 366$).



Deze gegevens werden van 2010-2013 verzameld door huisartsen die participeren in de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn; veertig huisartsenpraktijken die 0,7% van de Nederlandse patiëntenpopulatie representeren. De samenstelling is landelijk representatief wat betreft geografische spreiding en bevolkingsdichtheid. De huisartsen registreerden de consulten, als ze een niet-pluisgevoel met betrekking tot kanker hadden. In een vragenlijst werd geregistreerd wat de aanleiding was voor dit gevoel, de interventie, de verwachte diagnose. Drie maanden nadien werd in een follow-up vragenlijst bij dezelfde patiënten nagegaan welke diagnose gesteld was en of deze conform de geanticiperde diagnose was. Dit onderzoek werd financieel ondersteund door de Stichting Stoffels-Hornstra.

Cognitieve bias bij telefonische triage

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W
• Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Hoe kunnen we de kwaliteit en veiligheid van telefonische triage op de huisartsenpost verbeteren voor patiënten met eventuele acute cardiovasculaire ziekten?

HUIDIGE BELEID

Op de huisartsenpost vindt telefonische triage plaats met als doel urgentiebepaling. Sinds 2011 gebruiken veel huisartsenposten de Nederlandse Triage Standaard als beschikbare hulpmiddel voor triage. Fouten in de urgentiebepaling kunnen resulteren in calamiteiten. In calamiteitenonderzoek wordt cognitieve bias vaak als mogelijke oorzaak of belangrijke bijdragende factor genoemd. Met cognitieve bias wordt een manier van denken bedoeld die leidt tot systematische fouten in de oordeelvorming.¹

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Het missen van acute cardiovasculaire ziekten is een van de meestvoorkomende calamiteiten op huisartsenposten in Nederland. Jaarlijks vinden er circa tien tot vijftien calamiteiten plaats op huisartsenposten in de regio Utrecht; dat komt neer op gemiddeld twee calamiteiten per post. Circa 75% van de calamiteiten betreft het missen van een acute cardiovasculaire ziekte. Het gaat hoofdzakelijk om de diagnose acuut coronair syndroom. Acuut aneurysma van de aorta abdominalis en longembolie bezetten de tweede plaats. Een gemiste diagnose kan door onjuiste, uitgestelde of ontbreken van de benodigde behandeling leiden tot ernstige schade en zelfs tot overlijden van patiënten. Tijdige herkenning en een juiste urgentiebepaling van acute cardiovasculaire ziekten zijn dus van levensbelang. Een hypothese vanuit calamiteitonderzoek is dat cognitieve bias tijdige herkenning en juiste urgentiebepaling van acute cardiovasculaire ziekten in de weg staat. Cognitieve bias kan bovendien niet alleen leiden tot een te lage urgentie, maar ook tot een te hoge urgentie resulterend in bijvoorbeeld onnodige ambulanceritten.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het is nog onduidelijk welke rol cognitieve bias daadwerkelijk speelt bij oordeelvorming tijdens telefonische triage. Bovendien is het de vraag of cognitieve bias niet óók optreedt tijdens telefonische triage in casuïstiek die niet tot calamiteiten heeft geleid.

Het begrip cognitieve bias komt oorspronkelijk uit de cognitieve psychologie en werd in 1972 geïntroduceerd door Tversky

en Kahneman. Nadat Kahneman in 2002 de Nobelprijs voor zijn werk ontving, groeide de aandacht voor dit begrip, ook in de geneeskunde.¹ In medische literatuur over cognitieve bias worden tientallen soorten cognitieve bias beschreven, waaronder confirmation bias. Confirmation bias betreft de neiging om enkel informatie te verzamelen waarmee de eigen mening (bijvoorbeeld een diagnose) kan worden bevestigd, terwijl disproportioneel minder aandacht wordt besteed aan het verzamelen van informatie die de eigen mening ontkracht.² Cognitieve bias wordt vaak beschreven als primaire oorzaak voor diagnostische fouten, maar stevig wetenschappelijk bewijs hiervoor ontbreekt. De meerderheid van medisch (besliskundig) onderzoek naar cognitieve bias betreft hypothetische vignetonderzoeken met als belangrijkste beperking dat deze onderzoeken in experimentele omstandigheden zijn uitgevoerd en daarmee niet zonder meer vergelijkbaar zijn met de oordeelvorming tijdens telefonische triage op huisartsenposten. De toepasbaarheid van de resultaten van dergelijk onderzoek in de dagelijkse praktijk wordt betwist. Zo komt in calamiteitenonderzoek de relatie tussen fouten in het diagnostisch beslisproces en de invloed van cognitieve bias vaak naar voren, maar deze retrospectieve analyses worden sterk gekleurd door kennis van de uitkomst.³ Onderzoek naar telefonische triagegesprekken in de dagelijkse praktijk, waarbij de mening over (aan-/afwezigheid van) bias wordt bepaald zónder kennis over de uitkomst, vormt dus een innovatief onderzoeksgebied en kan bijdragen aan betere kwaliteit van de telefonische triage.

CONCLUSIE

De rol van cognitieve bias bij *real life* oordeelvorming tijdens telefonische triage van acute cardiovasculaire ziekten op huisartsenposten is onduidelijk. Door cognitieve bias in deze setting beter te begrijpen, kunnen wij verbetering voor telefonische triage en beoordeling van calamiteiten voorstellen met een wetenschappelijke onderbouwing.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

In hoeverre verschillen conversaties op aspecten die een risico vormen op cognitieve bias tussen telefonische contacten waarbij sprake was van een te hoge urgentie, een te lage urgentie en een accurate urgentie, voor patiënten met mogelijke acute cardiovasculaire ziekten? ■

LITERATUUR

- 1 Kahneman D. Thinking fast and slow. New York: Doubleday, 2011.
- 2 Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med 2003;78:775-80.
- 3 Wears RL, Nemeth CP. Replacing hindsight with insight: toward better understanding of diagnostic failures. Ann Emerg Med 2007;49:206-9.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: C. Erkelens, aiotho, project 'Safety First' • Correspondentie: D.C.A.erkelens@umcutrecht.nl

Gepigmenteerde huidafwijkingen in het gelaat

INLEIDING

In het gelaat komen vaak gepigmenteerde huidafwijkingen voor: de prevalentie van een lentigo solaris bij blanke 60-plussers is 90%.¹ Ook de verruca seborrhoeica komt veel voor: meer dan 80% van de 50-plussers heeft verrucae seborrhoeicae.² Deze twee laesies zijn benigne en kunnen desgewenst eenvoudig behandeld worden. Een lentigo maligna (LM) daarentegen is een huidaandoening die doorgaans wel behandeling vereist. Een LM kan jarenlang worden aangezien voor een benigne huidafwijking, die 'immers bij het ouder worden hoort'. Patiënten komen om verschillende redenen naar het spreekuur: een verandering van aspect, zoals kleurverandering of toename van grootte, ongerustheid over een mogelijke maligniteit, maar ook cosmetische of psychosociale bezwaren. Opdat u een LM sneller zult herkennen en u uw patiënt optimaal kunt voorlichten, bespreken wij in dit artikel de diagnostiek en behandeling van LM aan de hand van twee casus.

Casus 1

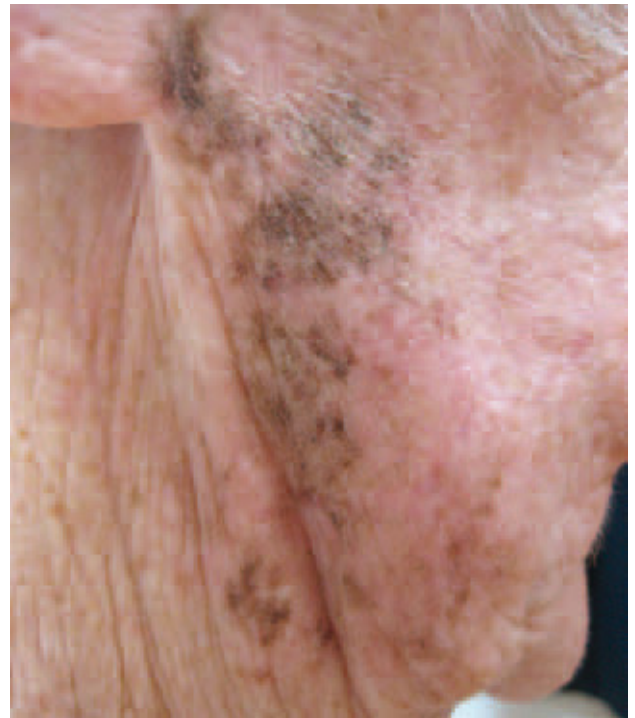
Een 75-jarige vrouw bezoekt uw spreekuur vanwege een bruine vlek op haar rechterwang. Deze was al jaren aanwezig, maar werd de laatste tijd donkerder. Ook zou de plek groter zijn geworden. Bij inspectie van de huid ziet u een grillige, matig scherp begrensde, licht- tot donkerbruin gepigmenteerde macula van 7 bij 4 cm [figuur 1]. Bij inspectie van de rest van de huid vindt u verder geen verdachte laesies. Vanwege de anamnese, vooral het donkerder worden van de laesie, en het aspect ervan, neemt u een ponsbiopsie met als vraag: lentigo solaris of LM? De uitslag van de patholoog luidt: LM.

Samenvatting

Tio D, Van Doorn R, Mooi WJ, Van Montfrans C. Gepigmenteerde huidafwijkingen in het gelaat. *Huisarts Wet* 2016;59(8):356-60.

De meestvoorkomende gepigmenteerde huidafwijkingen in het gelaat zijn lentigo solaris en verruca seborrhoeica. Deze huidaandoeningen moet men onderscheiden van lentigo maligna (LM), omdat een LM doorgaans wel behandeling vereist vanwege de – betrekkelijk kleine – kans op progressie naar een melanoom. De incidentie van LM stijgt, vooral bij ouderen. Bij een LM gaat het om een niet egale, bruine macula van > 0,5 cm op de door de zon beschonene huid (meestal het gelaat). U kunt deze diagnose overwegen bij verandering in vorm, kleur of omvang van een bruine macula. Bij vermoeden van LM kunt u de patiënt naar de dermatoloog verwijzen voor nadere diagnostiek en behandeling. U stelt de diagnose op basis van het histopathologisch beeld van een biopsie. De behandeling van eerste keuze betreft een chirurgische excisie met een minimale marge van 0,5 cm. Als het om functioneel en cosmetisch belangrijke plaatsen gaat, kan de behandelend arts in plaats van chirurgische excisie, radiotherapie of imiquimodcrème overwegen.

Figuur 1 Lentigo maligna op de rechterwang: een grillige gevormde, matig scherp begrensde, licht- tot donkerbruin gepigmenteerde macula van 7 bij 4 cm



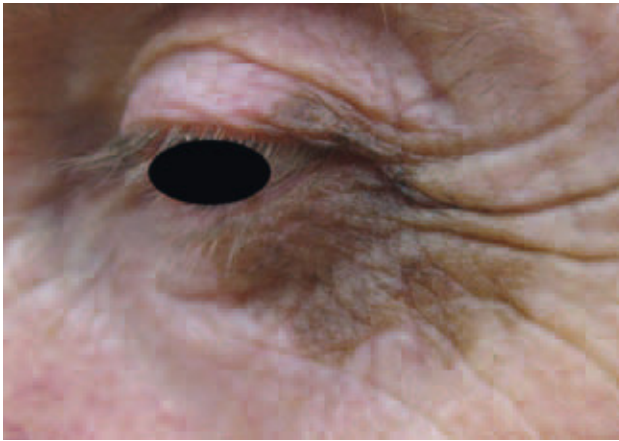
Casus 2

Een man van 69 jaar komt op uw spreekuur vanwege een cosmetisch storende vlek bij zijn linkeroog [figuur 2]. De pigmentvlek is in de loop van de laatste tien jaar geleidelijk groter geworden. Een bezoek aan u had hij uitgesteld omdat hij erg opzag tegen een operatieve ingreep. U vindt de laesie wel erg donker en groot, en vertrouwt het niet helemaal. U overweegt zelf een biopsie te nemen of door te verwijzen naar een dermatoloog. Vanwege de lokalisatie nabij het oog besluit u door te verwijzen, met als differentiaaldiagnose: lentigo solaris, LM of LM-melanoom (LMM). Uw patiënt vraagt of u deze diagnoses en mogelijke behandelingen kunt toelichten.

De kern

- De incidentie van lentigo maligna (LM) stijgt, vooral bij ouderen.
- Een LM is een premaligne huidafwijking, die de vorm heeft van een onregelmatige bruine macula op de zonbeschonene huid.
- Overweeg de diagnose LM bij verandering in vorm, kleur of omvang.
- Bij vermoeden van LM verwijst u de patiënt naar de dermatoloog voor verdere diagnostiek en behandeling.
- Als het om functioneel en cosmetisch belangrijke plaatsen gaat, kan de behandelend arts in plaats van chirurgische excisie, radiotherapie of imiquimodcrème overwegen.

Figuur 2 Lentigo maligna lateraal van het linkeroog: een grillig gevormde, bruine tot bruinzwart gepigmenteerde macula, scherp tot matig scherp begrensd, doorlopend tot op het bovenste en onderste ooglid, circa 2,5 cm in doorsnede



BESPREKING

Benigne, premaligne of maligne?

Een LM, ook wel ziekte van Dubreuilh genoemd, is een huidafwijking die gekenmerkt wordt door een langzaam groter wordende, asymmetrische, (licht)bruine tot grijs-zwarte macula op de veelvuldig door de zon beschonen delen van de huid. De oorzaak van deze afwijking is een niet-invasieve proliferatie van atypische melanocyten in de epidermis [figuur 3]. Een LM is nog geen huidkanker, maar een premaligne laesie, die zich zonder behandeling in een kleine minderheid van de gevallen tot een melanoom ontwikkelt. Sommige auteurs beschouwen een LM al als melanoom, in een pre-invasieve fase. Gezien de relatief kleine kans op het ontstaan van invasie, is het echter beter om nog niet te spreken van melanoom.

Kliniek

Klinisch beeld

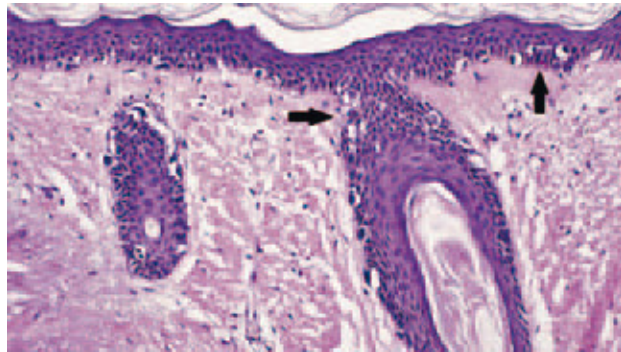
Een LM komt het meest voor in het gelaat en andere veelvuldig door de zon beschonen plaatsen. De afwijking betreft een onscherp tot matig scherp begrensde macula, groter dan 0,5 cm en vaak asymmetrisch van kleur en vorm.³ De kleuren variëren van licht- tot donkerbruin, of grijsbruin. De laesie is vaak al jarenlang aanwezig en in de loop van jaren maar soms ook maanden, treden *veranderingen* op: de laesie wordt donkerder en/of groter.

Een lentigo solaris daarentegen betreft een uniform gepigmenteerde, lichtbruine of donkerbruine macula. In de differentiaaldiagnose van LM staan verder een vlakke verruca seborrhoeica, maar ook een LM-melanoom. Een verruca seborrhoeica kan vele kleuren hebben (geel, bruin, zwart) en heeft vaak een verrucoseus, vettig oppervlak. De grootte varieert van millimeters tot enkele centimeters.

Dermatoscopie

Het onderscheid tussen een LM en een lentigo solaris of ver-

Figuur 3 Histologisch beeld van een lentigo maligna (hematoxyline-eosinekleuring): niet-invasieve proliferatie van atypische melanocyten in de epidermis met solaire elastose in de dermis



ruca seborrhoeica kunt u gemakkelijker maken met behulp van de dermatoscoop.⁴ Bij een LM ziet u klassiek asymmetrische pigmentatie en grijsig granulaire pigment rond de follikelopening, in soms ruitvormige structuren [figuur 4]. Bij toename van de dysplasie in volgende stadia van het LM vindt destructie van de follikelopeningen met homogenisatie van het pigment plaats. Een LMM is met het blote oog moeilijk te herkennen en dat geldt ook voor het dermatoscopisch beeld.^{5,6} De gouden standaard voor het stellen van de diagnose LMM is het histologisch beeld van – bij voorkeur – de gehele laesie.

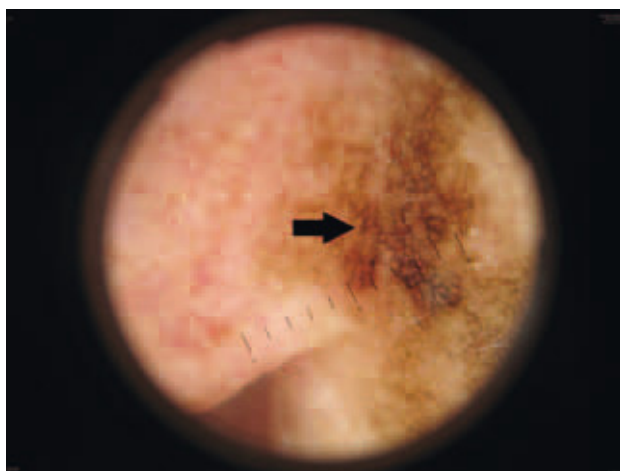
Een lentigo solaris toont een regelmatig pseudonetwerk met gehypopigmenteerde folliculaire openingen en een onregelmatige maar scherpe begrenzing (één patroon en één kleur: denk aan een lentigo solaris). Bij een verruca seborrhoeica passen dermatoscopisch een cerebriforme ('hersnachtige') structuur (met crypten en fissuren), een zogenaamde *moth-eaten border*, haarspeldvaatjes, pseudohoorn cysten, comedoachtige openingen en milia zonder pigmentnetwerk. Voor de beoordeling van dermatoscopische beelden zijn scholing en ervaring onmisbaar.⁷

Abstract

Tio D, Van Doorn R, Mooi WJ, Van Montfrans C. Pigmented skin lesions of the face. *Huisarts Wet* 2016;59(8):356-60.

The most common pigmented skin lesions of the face are solar lentigo and seborrhoeic keratosis. It is important to distinguish these lesions from lentigo maligna, which generally requires treatment because of its malignant potential. The incidence of lentigo maligna is increasing, especially in the elderly. It presents as an irregular brown macule larger than 0.5 cm on sun exposed skin (most often the face) and should be considered if there is a change in form, colour, or size of a brown macule. If a skin lesion is clinically suspected to be lentigo maligna, referral to a dermatologist for diagnosis and treatment is advised. The diagnosis is confirmed by histopathology. The treatment of choice is surgical excision with a margin of at least 0.5 cm. In selected cases, for example when lentigo maligna is situated on a functionally or cosmetically sensitive site, radiotherapy or imiquimod cream can be considered.

Figuur 4 Dermatoscopisch beeld van een lentigo maligna: asymmetrische pigmentatie rond de follikelopeningen met homogenisatie van het pigment (pijl)



Omdat u als huisarts vaak een lentigo senilis en verruca seborrhoica zult zien, kunt u erg bedreven worden in de (tele-) dermatoscopie. U zult zelden een LM/LMM zien, wat voor het oefenen met (tele)dermatoscopie een beperking vormt.

De differentiaaldiagnose van een vlakke pigmentlaesie in zonbeschadigde huid is in feite nog wat uitgebreider: u moet ook overwegen of er sprake is van een gepigmenteerde actinische keratose, morbus Bowen, benigne lichenoidale keratose, een vlakke naevus naevocellularis en een gepigmenteerd basaalcelcarcinoom. Aan de hand van de [tabel] kunt u de belangrijkste aandoeningen onderscheiden.

Histopathologie

Voor u als huisarts is het vooral van belang om het onderscheid

te (laten) maken met de vaker voorkomende lentigo solaris of vlakke verruca seborrhoica. Als u LM en LMM niet uitgesloten acht, kunt u de patiënt doorverwijzen naar een dermatoloog. Deze zal de optimale locatie voor een biopsie bepalen met behulp van de dermatoscoop. Bij vermoeden van een LMM is een diagnostische incisiebiopsie aangewezen of zelfs een excisie van de gehele laesie. Histologisch kenmerkt een LM zich door een lentiginous opgebouwde proliferatie van atypische melanocyten in de epidermis van zonbeschadigde huid [figuur 3]. Nestvorming en ascensie (aanwezigheid van melanocyten in hogere lagen van de epidermis) kunnen aanwezig zijn. Bij een LM is er geen sprake van invasie van atypische melanocyten in de dermis: als dat wel zo is, gaat het om een LMM. Ons advies is om bij concreet vermoeden van een LM of LMM niet zelf een biopsie te nemen, maar door te verwijzen naar een dermatoloog, ook omdat de locatie van het biopsie beter op basis van het dermatoscopisch beeld kan worden bepaald. Mocht u zelf de diagnose LM hebben gesteld, dan is verwijzing naar een dermatoloog op zijn plaats voor een passend behandeladvies.

Kans op een LMM

Vier tot 15% van alle melanomen betreft een LMM.⁸⁻¹⁰ Net als andere (pre)maligne huidaandoeningen, zoals actinische keratosen en basaalcelcarcinomen, stijgt de incidentie van de LM, vooral bij ouderen en bij mannen.^{11,12} Doordat LM klinisch lastig te herkennen kan zijn en over het algemeen geen klachten geeft, wordt het lang niet altijd gebiopsieerd en daardoor niet altijd geregistreerd.

Het life-time-risico op het ontstaan van een LMM in een LM is niet goed bekend, maar schat men in de Verenigde Staten op slechts 5%.¹³ Hoe hoger de leeftijd, hoe kleiner de kans op progressie naar een LMM. Er is slechts één epidemiologisch onderzoek dat rapporteert dat een 45-jarige patiënt met een LM – zonder behandeling – een life-time-risico van 4,7% op een LMM zou hebben.¹³ Wanneer men de diagnose stelt als de

Tabel Belangrijkste differentiaaldiagnoses van LM

Diagnose	Kliniek	Dermatoscopie	Histologie
Lentigo maligna	Onregelmatig gepigmenteerde grillige bruine tot donkerbruine macula, groter dan 0,5 cm. Voorkeursplaats: door de zon beschadigde huid, vooral het gelaat.	Asymmetrische pigmentatie rondom follikelopeningen, grijsig granulair pigment rond de follikelopening in soms ruitvormige structuren; in later stadium follikelopeningen opgevuld met pigment.	Lentiginous opgebouwde proliferatie van atypische melanocyten in de epidermis, gelegen in de huid met tekenen van chronische solaire schade.
Lentigo solaris	Vlakke, uniform gepigmenteerde, lichtbruine of donkerbruine macula, kleiner dan een millimeter tot enkele centimeters, rand kan glad zijn, maar ook erg grillig. Voorkeursplaats: door de zon beschadigde huid.	Regelmatig pseudonetwerk met gehypopigmenteerde folliculaire openingen en onregelmatige maar scherpe begrenzing.	Verlengde retilijnen met toegenomen aantal uniforme melanocyten, zonder atypie in basalelaagepidermis, met variabele epidermale hyperpigmentatie.
Verruca seborrhoica	Vele kleuren mogelijk (geel, bruin, zwart). Vlakke papillomateuze huidafwijking met een verruceus, vettig oppervlak. Grootte kan variëren van millimeters tot enkele centimeters. Voorkeursplaats: o.a. scalp, temporaal.	Cerebriforme, hersenachtige structuur, een <i>moth-eaten border</i> , haarspeldvatjes, pseudohoorn cysten, comedo-achtige openingen en milia zonder pigmentnetwerk.	Proliferatie van basaloïde keratinocyten met hoorn cysten en pseudohoorn cysten met vaak pigmentatie.

patiënt 65 jaar is, zou het life-time-risico op een LMM zonder behandeling 2,2% zijn. De kans op progressie naar een LMM is bij de alleroudsten tijdens de hun resterende levensjaren onwaarschijnlijk. Aan de patiënt uit casus 2 kunt u daarom vertellen dat de kans dat hij een lentigo solaris heeft het grootst is, maar dat u een LM moet uitsluiten.

BEHANDELING

U moet een LM behandelen om progressie naar een LMM te voorkomen. Bij de keuze voor de behandeling moet u rekening houden met: 1) de lokalisatie: vaak op functioneel belangrijke anatomische structuren (bijvoorbeeld de neus of nabij het oog); 2) de omvang van de laesie: vaak > 0,5 cm; 3) de macroscopische afgrenzing van de laesie: vaak lastig, ook dermatoscopisch; 4) de aanwezigheid van comorbiditeit en medicatiegebruik; 5) de leeftijd van de patiënt; 6) de voorkeur van de patiënt.

Chirurgische excisie

De Nederlandse richtlijn melanoom stelt dat chirurgische excisie met een marge van minimaal 0,5 cm de behandeling van eerste keuze is voor een LM.¹⁴⁻¹⁶ Men kan het weefsel dan in zijn geheel onderzoeken op (micro-)invasieve groei. Bij een marge van 0,5 cm zou de kans op een recidief na 5 jaar circa 5% zijn.¹⁷ Andere mogelijkheden naast de standaardexcisie zijn de Breuninger- en Mohs-chirurgietechnieken, waarbij de chirurg de resectieranden histologisch in het geheel nakijkt.

Omdat een LM vaak op functioneel en cosmetisch belangrijke plaatsen ontstaat, en een grote omvang kan hebben, kan een excisie belastend zijn, zeker als een reconstructie nodig is om de wond te sluiten. Een recente Cochrane-review benadrukt nogmaals dat er voor LM geen gerandomiseerde prospectieve klinische onderzoeken zijn die chirurgie met andere behandelingsmodaliteiten vergelijken.¹⁸

Radiotherapie

Een alternatieve behandeling voor het LM vormt onder andere radiotherapie.^{19,20} Een recente review, waarbij men tien retrospectieve onderzoeken includeerde met 454 LM-patiënten die met radiotherapie waren behandeld, toonde een recidiefkans tot 31% (gemiddeld 11,5%) bij een follow-upduur van 1 tot 96 maanden.²⁰

Imiquimodcrème

Lokale *off-label*-behandeling met imiquimodcrème is naar onze mening een veelbelovende niet-invasieve behandeling voor LM.²¹ Imiquimod stimuleert de afweer tegen de atypische melanocyten, zowel met een direct effect als via het induceren van een immuunrespons.²² Door de geïnduceerde ontstekingsreactie kan de huid tijdelijk rood en oedemateus worden, soms met korstvorming.²³ Een onderzoek beschreef bij 347 LM-laesies die waren behandeld met imiquimodcrème een klinische respons van 78% en een gemiddelde recidiefkans van 2,3% na een gemiddelde follow-up van 34 maanden. Ook na vijf jaar follow-up waren er weinig recidieven.²⁴ In onze handen is behandeling met imiquimodcrème ook effectief gebleken.²⁵

Als bijwerkingen kunnen griepachtige verschijnselen voorkomen; in dat geval kan een onderbreking van de behandeling geboden zijn.

Patiënten krijgen ook wel lasertherapie en cryotherapie, maar voor de effectiviteit daarvan bestaat weinig wetenschappelijk bewijs.

Observatie of watchful waiting

Alleen als de levensverwachting dusdanig beperkt is of als er sprake is van aanzienlijke comorbiditeit kunt u in overleg met de patiënt afzien van diagnostiek of behandeling van deze premaligniteit. U geeft informatie over de waarschijnlijk kleine kans dat er een LMM ontstaat. Daarnaast legt u uit waarop de patiënt zelf kan letten, het ontstaan van een bultje, jeuk, spontaan bloeden, snelle groei, en wanneer hij terug moet komen.

Samenvattend kunt u uw tweede patiënt antwoorden dat een operatieve ingreep de voorkeursbehandeling is. Gezien de locatie, de omvang en de bezwaren van de patiënt tegen een operatie kunnen echter ook radiotherapie of *off-label*-imiquimodcrème worden toegepast. De dermatoloog kan overwegen om de patiënt voor een gewogen advies naar een multidisciplinair spreekuur te verwijzen, waaraan een dermatoloog, radiotherapeut, plastisch chirurg en oogarts deelnemen.

CONCLUSIE

LM is een premaligne afwijking op de door de zon beschenen huid, met een waarschijnlijk kleine kans op het ontwikkelen van een melanoom. Aanwijzingen dat een bruine macula een LM betreft, zijn onder andere verandering van kleur, grootte of vorm. Bij een lentigo solaris is er doorgaans sprake van één patroon en één kleur. Wanneer u denkt dat er sprake is van een LM, moet u de patiënt naar de dermatoloog verwijzen. De diagnose LM stelt u op basis van het histopathologisch beeld. U moet een LM behandelen om progressie naar een LMM te voorkomen. Vergelijkende onderzoeken naar de meest effectieve en minst belastende behandeling zijn nauwelijks of niet voorhanden. De Nederlandse richtlijn stelt dat de behandeling van eerste keuze bestaat uit een excisie met een minimale marge van 0,5 cm. Omdat een LM zich vaak op functioneel en cosmetisch belangrijke plaatsen in het hoofd-halsgebied bevindt, kunt u behandeling met radiotherapie of lokale imiquimodcrème ook overwegen. In enkele gevallen kunt u ook kiezen voor observatie. ■

LITERATUUR

- Ortonne JP, Pandya AG, Lui H, Haxel D. Treatment of solar lentiginos. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:S262-71.
- Sillevis Smit J, Van Everdingen J, Starink T, Van der Horst H. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- Higgins HW, Lee KC, Galan A, Leffell DJ. Melanoma in situ: Part I. Epidemiology, screening, and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:181-90.
- Tschandl P, Rosendahl C, Kittler H. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:120-7.
- Burghout K, Sigurdsson V, Toonstra J. Diagnostiek van melanomen. *Huisarts Wet* 2014;57:482-5.
- Tanaka M, Sawada M, Kobayashi K. Key points in dermoscopic differentiation between lentigo maligna and solar lentigo. *J Dermatol* 2011;38:53-8.

- 7 Marghoob AA, Usatine RP, Jaimes N. Dermoscopy for the family physician. *Am Fam Physician* 2013;88:441-50.
- 8 McLeod M, Choudhary S, Giannakakis G, Nouri K. Surgical treatments for lentigo maligna: a review. *Dermatol Surg* 2011;37:1210-28.
- 9 Clark WH Jr, Elder DE, Van Horn M. The biologic forms of malignant melanoma. *Hum Pathol* 1986;17:443-50.
- 10 McKenna JK, Florell SR, Goldman GD, Bowen GM. Lentigo maligna/lentigo maligna melanoma: current state of diagnosis and treatment. *Dermatol Surg* 2006;32:493-504.
- 11 Toender A, Kjaer SK, Jensen A. Increased incidence of melanoma in situ in Denmark from 1997 to 2011: results from a nationwide population-based study. *Melanoma Res* 2014;24:488-95.
- 12 Mirzoyev SA, Knudson RM, Reed KB, Hou JL, Lohse CM, Frohm ML, et al. Incidence of lentigo maligna in Olmsted County, Minnesota, 1970 to 2007. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:443-8.
- 13 Weinstock MA, Sober AJ. The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. *Br J Dermatol* 1987;116:303-10.
- 14 Clark GS, Pappas-Politis EC, Cherpelis BS, Messina JL, Möller MG, Cruse CW, et al. Surgical management of melanoma in situ on chronically sun-damaged skin. *Cancer Control* 2008;15:216-24.
- 15 Veronesi U, Cascinelli N. Narrow excision (1-cm margin). A safe procedure for thin cutaneous melanoma. *Arch Surg* 1991;126:438-41.
- 16 Garbe C, Peris K, Hauschild A, Saiqa P, Middleton M, Spatz A, et al. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer* 2010;46:270-83.
- 17 Moehrle M, Breuninger H, Schippert W, Häfner HM. Imiquimod 5% cream as adjunctive therapy for primary, solitary, nodular basal cell carcinomas before Mohs micrographic surgery: a randomized, double-blind, vehicle-controlled study. *Dermatol Surg* 2010;36:428-30.
- 18 Tzellos T, Kyrgidis A, Mocellin S, Chan AW, Pilati P, Apalla Z. Interventions for melanoma in situ, including lentigo maligna. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12:CD010308.
- 19 Fogarty GB, Hong A, Scolyer RA, Lin E, Haydu L, Guitera P, et al. Radiotherapy for lentigo maligna: a literature review and recommendations for treatment. *Br J Dermatol* 2014;170:52-8.
- 20 Read T, Noonan C, David M, Wagels M, Foote M, Schaidler H, et al. A systematic review of non-surgical treatments for lentigo maligna. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:748-53.
- 21 Mora AN, Karia PS, Nguyen BM. A quantitative systematic review of the efficacy of imiquimod monotherapy for lentigo maligna and an analysis of factors that affect tumor clearance. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:205-12.
- 22 Kang HY, Park TJ, Jin SH. Imiquimod, a Toll-like receptor 7 agonist, inhibits melanogenesis and proliferation of human melanocytes. *J Invest Dermatol* 2009;129:243-6.
- 23 Hyde MA, Hadley ML, Tristani-Firouzi P, Goldgar D, Bowen GM. A randomized trial of the off-label use of imiquimod, 5%, cream with vs without tazarotene, 0.1%, gel for the treatment of lentigo maligna, followed by conservative staged excisions. *Arch Dermatol* 2012;148:592-6.
- 24 Kai A, Richardson T, Coleman A, Mallipeddi R, Barlow R, Craythorne EE. Five-year recurrence rate of lentigo maligna after treatment with imiquimod determined using in vivo confocal microscopy. *Br J Dermatol* 2013;169:45-6.
- 25 Kirtschig G, Van Meurs T, Van Doorn R. Twelve-week treatment of lentigo maligna with imiquimod results in a high and sustained clearance rate. *Acta Derm Venereol* 2015;95:83-5.



APP VAN DE MAAND: VAATRISICO

Bepaal met enkele klikken CVRM-risicoscore

WAT DOET DEZE APP?

De vaatrisico-app is ontwikkeld voor medische professionals door het Hart- en vaatcentrum van het UMC Utrecht. Met drie scorelijsten kunnen gebruikers het tienjaarsrisico op sterfte of ziekte door hart- en vaatziekten berekenen. De handigste voor de huisarts is de CVRM-score, gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement, waar de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement ook mee werkt. De twee andere scorelijsten, SMART en ADVANCE, zijn bedoeld om het tienjaarsrisico te berekenen voor respectievelijk patiënten met diabetes mellitus en voor patiënten die al een of meerdere cardiovasculaire events hebben gehad.

Naam app:	Vaatrisico
Maker:	Hart- en vaatcentrum UMC Utrecht
Doel:	Berekenen CVRM (en ADVANCE en SMART) risicoscore
Platform:	iOS en Android
Prijs:	Gratis
Ons oordeel:	●●●●●

ONZE ERVARINGEN

De app is aantrekkelijk, strak vormgegeven en werkt simpel en intuïtief. De benodigde gegevens (geslacht, leeftijd, roker, diabetes/reuma, bloeddruk en chol/HDL-ratio) kunnen supersnel worden ingevoerd door te kiezen uit verschillende bolletjes. Vervolgens komt ofwel het tienjaarsrisico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten in beeld, ofwel er verschijnen aanvullende vragen. Deze vragen komen alleen in beeld bij een risicoscore tussen de 10 en 20%. Dit zijn de vragen die wij kennen uit de NHG-Standaard, namelijk over familiale belasting, lichamelijke activiteit, lichaamsbouw en de eGFR. Na invullen verschijnt alsnog het risicopercentage, overzichtelijk weergegeven in de kleuren groen, geel of rood.

Het gemak voor de huisarts zit hem vooral in het snel en eenvoudig kunnen bepalen van het risico voor de patiënt die voor je zit. In onze ervaring ging dit sneller dan door het zoeken naar de tabel, de aanvullende vragen en de interpretatie daarvan met de NHG-Standaard. Het is geen heel complexe app, maar juist daarom een erg handige tool.

Vanwege de vormgeving, het gemak en het belang voor de dagelijkse praktijk, krijgt deze app van ons vijf bolletjes. ■

Weet u een goede app? Mail ons!

Bart Timmers b.timmers@me.com
Annet Sollie annetsollie@gmail.com

Colonscopie en evidence-based medicine

Met een glimlach las ik het journal van Annet Sollie over het onderzoek van Koning et al. over colonscopie bij vermoeden van colorectaal carcinoom.¹ Annet Sollie noemt dit een innovatief onderzoek, hetgeen mij nogal bevreemd. Er is mijns inziens gewoon teruggekeken wat wij huisartsen bij het aanvragen van een colonscopie zoal registreren in ons HIS.

De uitkomst is ook nogal vreemd; de drie factoren betekenen dat bijna mijn gehele praktijk at risk is... (leeftijd boven de 50, aanwezigheid van hypertensie en de afwezigheid van buikpijn), hetgeen ook weer enigszins overdreven lijkt. Deze drie factoren zouden van waarde zijn bij het adequaat herkennen van patiënten met een hoog risico op colorectaal carcinoom.

Laatst had ik een lezing van een filosoof over evidence-based medicine en dat deze vorm van communiceren met elkaar zo langzamerhand haar beste tijd wel heeft gehad; we komen er gewoonweg niet meer uit was de strekking van het verhaal. Ik moest er heel erg aan terugdenken, maar heb toch netjes ons tijdschrift verder uitgelezen.

Ralph Laven, huisarts Beek (L)

LITERATUUR

- 1 Sollie A. Colonscopie bij vermoeden rectaal carcinoom. Huisarts Wet 2016;59:239.

ANTWOORD

Wij danken collega Laven voor zijn reactie naar aanleiding van de bespreking van ons onderzoek naar verbeteringsmogelijkheden voor het aanvragen van colonscopie bij vermoeden van colorectaal carcinoom door Annet Sollie. Het klopt dat voor dit onderzoek teruggekeken is in HIS-gegevens van voor colonscopie verwezen patiënten. Vernieuwend is dat het de eerste keer is dat dit gedaan is met Nederlandse HIS-gegevens uit de dagelijkse praktijk van een groot aantal huisartsen. Het doel was gegevens te achterhalen die routinematig (en niet gericht op het stellen van deze diagnose) in het dossier zijn terechtgekomen en toch zouden kunnen helpen bij de beslissing al dan niet colonscopie aan te vragen. Onderzoek naar strategieën voor effectiever verwijzen bij patiënten met vermoeden van darmkanker is hard nodig. Het aantal colonoscopieën is mede door invoering van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker fors toegenomen en het aantal fout-positieve verwijzingen, maar ook het aantal ten onrechte niet geselecteerde patiënten neemt toe. Ook is bekend dat er een vertraging van gemiddeld 138 dagen is tussen presentatie van de eerste symptomen en start van behandeling. Uiter-

aard zijn de drie gevonden factoren niet de enige selectiecriteria en laten wij de door collega Laven genoemde helft van zijn praktijk met rust. Het zijn factoren die de kans op het aantreffen van een relevante afwijking beïnvloeden, bij patiënten bij wie de huisarts colonscopie zou willen aanvragen: we hebben ze gevonden in de populatie bij wie colonscopie is gedaan.

Het is een beetje jammer om evidence-based medicine op grond van dit onderzoek failliet te verklaren, juist als dat commentaar van een huisarts komt. Leefstijd en (elementen van) het metaboolsyndroom zijn factoren die een rol spelen in de etiologie van CRC. Het ontbreken van recente contacten over buikklachten bij mensen met CRC representeert de groep patiënten 'die niet vaak komt en ineens wat heeft'. Wij hebben gezocht naar factoren die onzekere beslissingen van huisartsen met maat en getal zouden kunnen ondersteunen en we hebben er drie gevonden. Dat is (ook) evidence-based medicine. Dit onderzoek presenteert niet de ultieme waarheid over de diagnostiek van CRC, wel een nieuwe invalshoek voor het ondersteunen van praktisch handelen. ■

**Nynke Koning, aiotho
Mattijs Numans, huisarts**

Uw diagnose

Een man van 82 komt bij de huisarts vanwege een plek op het oor dat niet wil genezen. De plek is af en toe wat vochtig. Op de oren en het behaarde hoofd zijn verder geen afwijkingen zichtbaar. Wat is uw diagnose?



- Basaalcelcarcinoom
- Melanoom
- Chondrodermatitis nodularis chronica helioides
- Actinische keratose

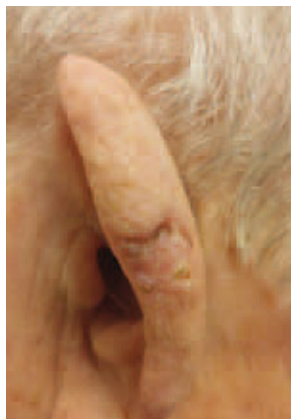


Foto: Lia ten Hove, huisarts-in-opleiding

Fotoquiz van de maand augustus

Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op www.henw.org.

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.



De webagenda: speelruimte om toegankelijkheid van de praktijk te verhogen

Inleiding

Steeds meer huisartsenpraktijken in Nederland (27%) hebben een webagenda als onderdeel van hun e-healthaanbod om een effectievere en efficiëntere zorg te leveren.^{1,2} Een webagenda kan de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk verbeteren,³ maar wordt nog weinig gebruikt.⁴⁻⁶ Mogelijke voordelen zijn: afname van no-shows, betere telefonische bereikbaarheid van de praktijk en meer keuzevrijheid en tijdsbesparing voor de patiënt. Doktersassistenten kunnen tijd besteden aan andere taken. Er zijn ook nadelen: het triageproces kan er onder lijden, de privacy en veiligheid van de data is een zorg en het kost tijd en geld om een webagenda te ontwikkelen en implementeren.

In de Innovation Diffusion Theory,⁷ zijn er twee belangrijke determinanten die voorspellen of een innovatie wordt geaccepteerd: de door de gebruiker waargenomen voordelen van de innovatie en de kenmerken van de gebruikers zoals ervaring met nieuwe technologieën, opleidingsniveau, fulltime werken, chronische ziekte, eerdere ervaringen met e-health en leeftijd.⁷⁻¹¹ In welke opzichten de webagenda bijdraagt aan de toegankelijkheid brengen we in kaart bij een grote huisartsenpraktijk in Amsterdam (circa 12.500 patiënten) door te kijken naar:

- 1) de gebruiksvriendelijkheid van en tevredenheid met de webagenda;
- 2) kenmerken van de gebruikers;
- 3) voor welke problemen de webagenda

meer of minder wordt gebruikt vergeleken met conventionele afspraakmethoden (telefoon en balie).

Methode

We hebben verschillende methoden ingezet om onze vragen te beantwoorden. Ten eerste hebben we een online vragenlijstonderzoek gedaan onder 1657 unieke gebruikers van de webagenda (tussen augustus 2014 en mei 2015) naar tevredenheid, gebruiksvriendelijkheid en ervaren voor- en nadelen van de webagenda.¹² De gebruikers werden benaderd per email. Dit betrof 13% van het totale patiëntenbestand. De respons betrof 240 patiënten: 14,5%. Daarna hebben we een analyse gemaakt van de patiëntkenmerken van 2526 e-afspraken tussen augustus 2014 en mei 2015. Tot slot hebben we via het HIS een vergelijkende analyse gemaakt van de problemen gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC-2) waarvoor de patiënten zich aanmeldden via de webagenda, vergeleken met de ICPC-codes van de contacten waarvoor de patiënten zich hebben aangemeld via een normale afspraak. Hiertoeverden we een chikwadraattoets voor onafhankelijkheid uit gevolgd door een residuenanalyse (SPSS 20.0, IBM).

Resultaten

De mogelijkheid tot het online maken van afspraken werd gewaardeerd met een 9 (SD 1,4) op een schaal van 1-10. De tevredenheid met een 7,7 gemiddeld (SD 1,8). Een punt van ontevredenheid betrof de duur tussen het maken van de afspraak en het doktersbezoek (30% van de respondenten). Sommige patiënten waren ontevreden over het afzeggen van door henzelf ingeboekte afspraken (trage achteraf: bijvoorbeeld meer dan één medisch probleem, urgente medische problemen). Tevens bood het systeem geen mogelijkheid om een dubbele afspraak te boeken. Driekwart van alle patiënten was blij met de gebruiksvriendelijkheid van het systeem; 82% ziet voordelen vergeleken met de conventionele methode: tijdsbesparing (66%), afspraken maken buiten kantooruren (96%), verhoogde toegankelijkheid (49%) en meer keuzevrijheid (49%). Belangrijke

suggesties voor verbetering waren: 'meer variatie in dagen en tijden', en 'het krijgen van een overzicht van vrije plekken per dokter'.

De gebruikers zijn grotendeels hoogopgeleid (94% universiteit of hbo). De gemiddelde leeftijd is 38 jaar. De jongste gebruiker was 16 jaar, de oudste gebruiker 74 jaar. Van de gebruikers was 79% vrouw en 66% werkte fulltime. Van de gebruikers maakte 46% vaker afspraken via internet voor andere zaken dan de huisarts. Van het e-consult maakte 34% weleens gebruik en bijna allen zochten weleens naar gezondheidsinformatie op internet (meestal op Google, 94%). Een chronische ziekte werd door 18% gerapporteerd, waarvan astma het meest werd genoemd (bij acht respondenten).

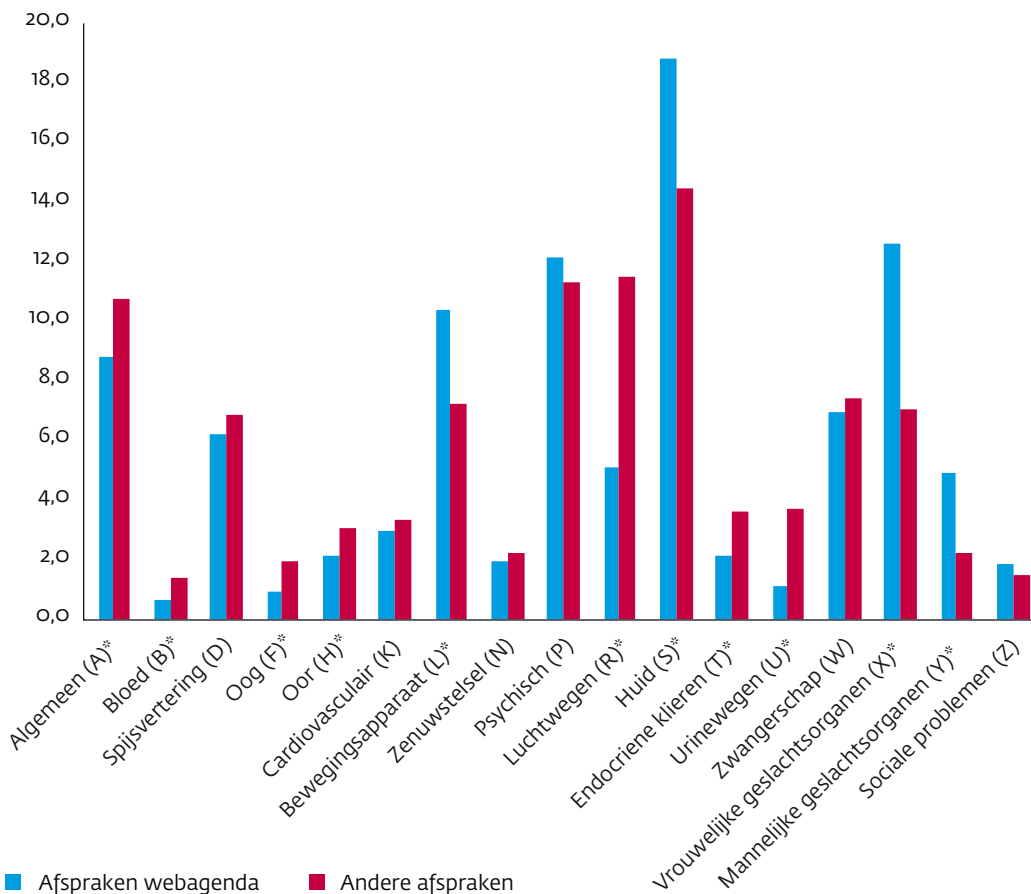
De chikwadraattoets om een significant verschil aan te tonen tussen afspraken die via de webagenda waren gemaakt en via de conventionele manier, was significant: $X^2(16; n = 30.805) = 300,9; p < 0,001$. Uit de gestandaardiseerde residuenanalyse bleek dat bij 11 van de 17 ICPC-2 categorieën significante verschillen optraden tussen de webafspraken en de niet-webafspraken. De grootste verschillen waarvoor de webagenda vaker werd gebruikt betroffen: afspraken in verband met vrouwelijke geslachtsorganen (12,7% versus 7,1%), mannelijke geslachtsorganen (4,9% versus 2,2%), huid (18,9% versus 14,5%) en het bewegingsapparaat (10,5% versus 7,3%). Zie ook de [figuur].

Conclusie

De webagenda biedt mogelijkheden om de toegankelijkheid van de praktijk te vergroten. Daarvoor moet de functionaliteit van de webagenda verder verbeterd worden, zoals meer vrijheid voor de patiënt om te kiezen voor een bepaalde arts, datum, tijd en lengte van het consult. Het is ook nuttig om het gebruik van de webagenda voor andere doelgroepen meer te stimuleren,¹³ zoals lager opgeleiden, mannen en ouderen. Tot slot biedt de webagenda een goed platform om problemen bespreekbaar te maken waarvoor patiënten zich schamen¹⁴ of die ze liever zo anoniem mogelijk willen vermelden,¹⁵ zoals problemen met de genitaliën of de

UVA, Huisartsen Oude Turfmarkt, Studentenartsen, sectie Onderzoek, Ontwikkeling & Preventie, Oude Turfmarkt 151, 1012 GC Amsterdam; dr. C.M. van der Heijde, senior onderzoeker; P. Vonk, huisarts en directeur Oude Turfmarkt. Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Gezondheidswetenschappen, Amsterdam; A. Konijn, student. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde; dr. F.J. Meijman, universitair hoofddocent • Correspondentie: c.m.vanderheijde@uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur Afspraken via de webagenda of via de conventionele manier



huid. De resultaten van dit onderzoek zijn alleen te generaliseren naar de *early adopters* (de innovators), naar de stadspopulatie en naar praktijken die coderen met ICPC-2. ■

LITERATUUR

- Bashshur R, Shannon GW. History of telemedicine: evolution, context, and transformation. New York: Mary Ann Liebert, 2009.
- Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, De Jong J, Moll T, et al. Tussen vonk en vlam. In: Ehealth monitor 2015. Den Haag en Utrecht: Nictiz en NIVEL, 2015.
- Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Fam Pract 2010;11:61.
- Van Duivenboden J. Huisarts, patiënt en e-health. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015.
- Zhang X, Yu P, Yan J. Patients' adoption of the e-appointment scheduling service. A case study in primary healthcare. Studies in health technology and informatics 2014;204:176-81.
- Van Haastert C, Lekkerkerk T. Meldactie 'Huisartsenzorg' maart 2014. Utrecht: NPCF, 2014.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 2003.
- Gijsbers L, Vegter F, Wallien M. Onderzoeksrapportage 'van EPD naar PGD'. Amsterdam: Motivaction and NPCF, 2012.
- Moens A. Onderzoek naar en evaluatie van een nieuw afsprakensysteem in een kleine groepspraktijk zonder secretariaat [ICHO scriptie]. Katholieke Universiteit Leuven; 2014. www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B61bedd98-c840-a7eb-87c3-1670bbffd61a%7D_Thesis_Anouk_Moens.pdf.
- Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M, Chronaki C, Kummervold PE, Rasmussen J, et al. Online communication between doctors and patients in Europe: status and perspectives. J Med Internet Res 2010;12:e20.
- Zhang X, Yu P, Yan J, Spil, TAM. Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic. BMC Health Serv Res 2015;15:1-30.
- NETQ Internet Surveys 6.7. Software for creating and assessment of internet surveys. Utrecht: NetQuestionnaires Nederland BV, 2011.
- Flynn D, Gregory P, Makki H, Gabbay M. Expectations and experiences of eHealth in primary care: a qualitative practice-based investigation. Int J Med Inform 2009;78:588-604.
- Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED Jr. Sexual problems and associated help-seeking behaviour patterns: results of a population-based survey in France. Int J Urol 2009;16:632-8.
- Tomlinson JM, Fernandes LC, Wylie KR. An e-mail and telephone helpline for sexual problems - results of a 2-year survey of men's sexual concerns. Int J Clin Pract 2011;65:1085-91.

Achter de schermen: de praktijkvoering

Dit is deel 7 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijckers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Het belang van zoiets prozaïsch als praktijkvoering in de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde is gemakkelijk te onderschatten. In de literatuur en het onderwijs wordt dit aspect overvleugeld door zaken die de patiëntenzorg direct raken. De onderwerpen die onder de paraplu 'praktijkvoering' worden gevangen – van financiën tot taakdelegatie, van instrumentarium tot dossiervoering – zijn ook moeilijk onder één noemer te brengen. Toch is aandacht voor al deze zaken al vanaf de oprichting een van de drie pijlers van het NHG. De meest in het oog springende thema's waren werkdruk, organisatie, taakdelegatie, bereikbaarheid en verslaglegging.

ZORGEN OVER HUISVESTING EN WERKDRUK

De crisis in de huisartsgeneeskunde, die mede de aanleiding was voor de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in de jaren vijftig, was ook een crisis in de randvoorwaarden. De werkdruk was hoog, de beloning karig en de huisvesting schoot geregeld tekort.

De sociaal geneeskundigen Querido en Kreger onderzochten in opdracht van de gemeente Amsterdam in 1951 de huisartsenzorg in 258 praktijken in de

stad. Tevreden waren ze niet. Wachtkamers waren afwezig (8%), slecht ingericht, 'met een bonte verzameling van afgedankte huiskamerstoelen, geen vloerbedekking, vuile gehavende wanden' (28%), of zo klein dat patiënten alsnog in het trappenhuis of op straat moesten wachten. Bij afwezigheid van kleedruimte was het de gewoonte dat de arts de ene patiënt te woord stond, terwijl een ander zich omkleedde achter een gordijn in diezelfde spreekkamer. Spreek- en wachtkamers werden 's avonds gebruikt als eet- of slaapkamer. Slechts eenderde van de huisartsen antwoordde volmondig 'ja' op de vraag: 'Zijt gij tevreden over de omstandigheden, waaronder gij werkt?'¹

Wachtkamer van een huisarts op het Brabantse platteland (1949).



Huisartsen vonden zich sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 overbelast met onnodige vragen. 'Velen hebben de indruk, dat een belangrijk deel van de verrichte arbeid, medisch gezien, in het geheel niet of slechts weinig noodzakelijk is', schreef de Kollumer huisarts Van Deen.² Bovendien: 'De neiging, onnodig beslag te leggen op de tijd van de arts, zou duidelijk meer aanwezig zijn bij fondsleden dan bij particuliere patiënten.' Van Deen was een van de eersten die zijn praktijkvoering onderzocht. Twee maanden lang noteerde hij in 1948 minutieus zijn tijdsbesteding. Van de 3644 verrichtingen waren er slechts 78 'minder noodzakelijk' of 'kennelijk overbodig'. In 24

gevallen kwam de patiënt te laat. Zowel bij te late als bij overbodige vragen waren ziekenfondspatiënten iets oververtegenwoordigd, maar niet zozeer dat 'aparte maatregelen' nodig waren. *Small talk* – of, in de woorden van die tijd, 'theedrinken' – kostte ook tijd: 7,5 minuut per dag met particuliere patiënten, bijna 3 minuten per dag met fondspatiënten. Van Deens conclusie was: patiënten zijn 'veel minder vaak onredelijk dan op het eerste gezicht schijnt'.³

Voor de arts-patiëntrelatie was die conclusie vast heilzaam, maar de werkdruk werd er niet minder door. De Brabantse huisarts Verbeeck, die van 1923 tot 1953 in Sint Anthonis een praktijk had met zesduizend patiënten, ontving tussen 9:00 en 11:00 uur 40-45 mensen in zijn spreekkamer en had daarna tot 22:00 uur buitensprekuren en visites.³

Verbetering van de praktijkvoering was een van de kerndoelstellingen bij de oprichting van het NHG. Bekendste voorvechter was Reitze ten Cate, huisarts te Wassenaar, die het eerste leerboek over praktijkvoering zou schrijven.⁴ Efficiënte praktijkvoering 'in daarvoor geëigende huisvesting' was volgens hem de basis voor verantwoord huisartsenwerk. Vanuit deze overtuiging nam Ten Cate samen met collega's Brühl, Hogerzeil en Rademacher het initiatief voor de oprichting van het NHG.⁵ In 1959, op een van de eerste NHG-Congressen, presenteerde de Studiegroep Praktijkvoering een modelpraktijk die met een 'prettige ontvangst, goede wachtruimte, rustige spreek- en onderzoeksräume ten dienste moest staan van de efficiëntie en de arts-patiëntrelatie'.^{6,7}

DE DOKTERSASSISTENTE

Delegeren van taken aan hulppersoneel kon de werkdruk verlichten. Voor zijn proefschrift onderzocht Ten Cate de situatie in de jaren vijftig. Eenderde van de ondervraagde huisartsen had een praktijkhulp, vooral de wat langer gevestigde huisartsen met grotere praktijken. Ongeveer de helft van de praktijken kon niet zonder hulp van een meewerkende echtgenote. Andere huisartsen wilden dat juist niet: 'Ik heb mijn vrouw getrouwd om een kameraad voor 't leven

NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • De financiële middelen werden beschikbaar gesteld door de SBOH.

Al snel ontwierp de NHG-Commissie Praktijkvoering de eerste NHG-onderzoekbank.



en een moeder voor mijn kinderen te hebben, niet om een goedkope werkracht te krijgen!', kalkte een van de respondenten in hoofdletters op Ten Cates antwoordformulier.⁸ Het grote belang van echtgenotes als achterwacht – om de deur open te doen, boodschappen aan te nemen of de telefoon te beantwoorden – zou tot in de jaren tachtig een belemmering vormen voor vrouwelijke huisartsen om zich zelfstandig te vestigen.⁹

Ten Cate bedacht de titel 'doktersassistente'.^{7,8} Aanvankelijk ondersteunde zij vooral bij het apotheekwerk en het spreekuur, later volgden de administratie en de medische verrichtingen. In 1975 opperde de NHG-Commissie Praktijkvoering voorzichtig dat de doktersassistente 'eventueel' injecties kon geven, bloeddruk kon meten of een ECG kon maken. Ruim tien jaar later zaten de deelnemers aan het NHG-Congres van 1987 met hun oren te klapperen bij het relaas van praktijkassistente Hanneke Zonderland, waarover Grol in zijn congresverslag schrijft:

*'Een praktijkassistente die uitstrijkjes maakt, op huisbezoek gaat voor controles, wonden hecht en eigen spreekuren heeft, daar moest een groot deel van de zaal wel even bij slikken.'*¹⁰

Zonderland was de praktijkassistente van Jan de Haan, huisarts te Wolvega en later hoogleraar Praktijkvoering huisartsen in Groningen.⁷ Rond diens proefschrift *Delegeren van taken aan de doktersassistente*, dat in 1986 verscheen, ontstond discussie: zou dat de integrale benadering en andere paradigma's van de huisartsgeneeskunde niet ondergraven?¹¹⁻¹⁴ Aan het begin van de jaren negentig werkte een op de twintig praktijken zonder assistentie, ruim de helft van de assistentes was onvoldoende gediplomeerd en eenderde had geen schriftelijke arbeidsovereenkomst.¹⁵ Toch kregen de doktersassistentes meer en meer medische taken en verbeterden hun arbeidsomstandigheden. Vanaf 2000 kregen zij gezelschap van praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen, waardoor de toename van hun medische taken stagneerde.¹⁶

VISITE RIJDEN

Zo ver was het eind jaren zestig nog niet. In 1966 was het langlopende conflict met de ziekenfondsen over een adequate honorering opgelost met een vergoeding voor praktijkkosten. Voor een aanzienlijk aantal huisartsen was dit te weinig en te laat: zij verlieten het vak voor een 'kalmere werkring met geregelde werktijden'.³ Het tekort aan huisartsen in de grote steden verhoogde de werkdruk verder. Mense Saan, huisarts te Groningen die daar in 1966 promoveerde, schetste de overbelaste collega:

*'We zien karikuraal de huisarts die volledig door zijn praktijk in beslag wordt genomen en 's middags, tijdens een voor hem apart klaargezet middageten, even verstrooid van zijn medische papieren opkijkt om zijn kinderen alsnog een goeden-morgen, meteen een goeden-middag en alvast een goeden-avond toe te wensen.'*¹⁷

Saan wilde het anders. Met 'efficiency', hulpkrachten én de juiste prioriteiten moest voor een praktijk van 3000 mensen aanvaardbare medische zorg mogelijk zijn. Dat die prioriteiten ten koste zouden gaan van de tevredenheid van patiënten moest de huisarts voor lief

nemen. Saan beschreef technische en administratieve snufjes om binnenkomende post en telefoontjes, medische en financiële administratie en andere zaken te stroomlijnen. Eén daarvan was het terugdringen van het aantal visites – destijds gemiddeld 20 per dag – ten gunste van het afsprakenpreekuur.^{3,18} Vóór de Tweede Wereldoorlog waren er nog nauwelijks spreekuren. Men liep eenvoudig bij de dokter binnen als hij thuis was,¹⁸ of men vroeg aan de deur een visite aan.

Die visites zijn een bijzonder huisartsgeneeskundig fenomeen, waarover in de jaren twintig binnen de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (NMG) een felle strijd was uitgevochten. Kinderartsen op huisbezoek traden destijds geregeld op als gezinsarts en schoten zo onder de duiven van de huisarts. De huisartsen wonnen die strijd: specialisten mochten alleen nog op verzoek of met medeweten van de huisarts huisbezoeken afleggen bij patiënten. Op het platteland waren er 'boodschappenhuizen' – cafés of winkels waar opgeschreven stond aan welk adres doktersbezoek gewenst was. Pas na de doorbraak van de telefoon – in 1962 kreeg Warffum als laatste gemeente aansluiting op het automatische telefoonnet – konden afsprakenpreekuren goed worden gepland.³ De dokter

Pas na de grootschalige introductie van centrale huisartsenposten kreeg de doktersassistente de beschikking over triage-instrumenten.



zelf was tijdens visites niet bereikbaar, of alleen per semafoon – een apparaat dat in de jaren zestig nog vijf kilo woog.⁷ Pas na de grootschalige introductie van centrale huisartsenposten eind jaren negentig zouden doktersassistenten – ook in de dagpraktijk – de beschikking krijgen over triage-instrumenten. De spoedlijn en het telefonisch (terugbel-) spreekuur verschenen vanaf de jaren negentig.¹⁹⁻²³

Qua vervoer was de huisarts steeds een kind van zijn tijd. De Delftse huisarts Scheltema beschreef hoe hij begin twintigste eeuw overstapte van de koets – met een koetsier die vaak dronken was – naar de fiets, hetgeen ‘een heele kostuumswijziging noodzakelijk maakte: de hooge hoed deelde met de gekleede jas het lot verbannen te worden en daarmee verviel het laatste decoratief van den geneesheer’.²⁴ Na de Eerste Wereldoorlog verschenen de eerste doktersauto's; Opel, Ford en Renault hadden speciale modellen.

Saan, die dagelijks meer dan anderhalf uur onderweg was, beoordeelde in zijn proefschrift van 100 visites de medische of psychosociale noodzaak. Tweederde van de consulten bleek evengoed in het afsprakenprekeuur te passen. Patiënten moesten dan wel gratis met de taxi naar de praktijk kunnen komen, vond Saan. Overigens relativeerde hij het belang van ‘het ingewikkelde raderwerk van in elkaar passende efficiency-methoden’: een gezonde balans is alleen te bereiken met de persoonlijke instelling ‘om onder alle omstandigheden zelf te willen leven, in plaats van geleefd te worden’.¹⁷

DE GROENE KAART

Het NHG had in de eerste jaren wat betreft de praktijkvoering één prioriteit: verslaglegging. Zonder goede registratie kon men het eigen terrein van de huisarts niet in kaart brengen – een belangrijk doel in de beginjaren. De dossiervoering was vaak abominabel. In het onderzoek van Querido en Kreger uit 1952 had een op de tien praktijken geen enkele medische administratie, een kwart bewaarde uitsluitend specialistenbrieven en nog eens eenderde

maakte alleen aantekeningen van bijzondere gevallen of reserveerde het kaartstelsel voor particuliere patiënten.¹ Terwijl toch volgens de Studiegroep Patiëntenregistratie van het NHG een huisarts onmogelijk alle belangrijke gegevens en onderzoeksuitslagen van zijn 2500-3000 patiënten kon onthouden. Binnen een jaar na haar oprichting presenteerde de Studiegroep de ‘groene kaart’ – lichtgroen zou de ogen niet te zeer vermoeien en werd minder snel vuil. De kaarten pasten in een bak en op de bovenrand konden ruiters geplaatst worden die in één oogopslag zichtbaar maakten welke patiënten bijvoorbeeld moesten worden opgeroepen voor een pokkeninenting, wie op een uitslag wachtte of wie was opgenomen. De groene kaart was een groot succes: binnen een half jaar waren er 300.000 geleverd – NHG-leden betaalden er 4½ cent per stuk voor – en in 1979 waren er 15 miljoen verkocht.^{7,25}

Goede verslaglegging had prioriteit. In 1957 presenteerde het NHG de groene kaart.



Dat wil niet zeggen dat alle huisartsen inmiddels keurig administreerden. Onleesbare dossiers en bijzondere dossiervormen persisteerden tot voorbij de jaren zeventig. Wim Jongejan, die zelf als huisarts nauw betrokken was bij de digitalisering van het medisch dossier, schrijft:

‘Tijdens mijn coassistentschap huisartsgeneeskunde (1971) had mijn opleider geen kaartstelsel. Hij noteerde eenvoudig de namen van de patiënten die langskwamen in een kantooragenda. Achter de naam maakte hij soms een losse aantekening, bijvoorbeeld met betrekking tot de bloeddruk. Als hij de bloeddruk weer had gemeten vroeg hij wanneer de patiënt het laatst geweest was en zocht hij op die datum de laatste meting op.’²⁶

En nog in 1988 vond Huygen: ‘De praktijkvoering en registratie van vele huisartsen is in het stadium van de primitieve huisvlijt blijven steken.’²⁷

Elektronische patiëntendossiers brachten verandering. In 1979, toen de eerste *personal computers* – de Apple en de Tandy – op de markt kwamen, stelde het NHG een werkgroep Huisarts en Computer in. Vanaf 1984 werkten NHG en LHV samen in de Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA). Die ontwikkelde in 1985 het eerste referentiemodel voor huisartsinformatiesystemen (HIS'en). Fred Dijkers, destijds lid van de Commissie Praktijkvoering, vertelt dat men een theoretische basis wilde formuleren. ‘Tegelijkertijd waren er allerlei praktische ICT-jongens die zeiden: “Dit werkt hartstikke leuk.”’ Regie houden temidden hiervan bleek lastig. ‘Eigenlijk hebben we het laten gebeuren dat er een aantal HIS'en ontstonden. We dachten: dan komt het beste er wel uit. Achteraf was het beter geweest om één systeem te kiezen. Nu kan geen enkele leverancier veel investeren, omdat de klantenkring te klein is.’²⁸

Rond 1985 verschenen de eerste pc's in huisartsenpraktijken, meestal eerst voor de financiële administratie. Later kwamen ze ook in de spreekkamer. Honderden huisartsen overwonnen hun computerangst, volgden cursussen, zetten een computer op hun bureau en begonnen te typen. Tijdwinst moest men daar, zeker de eerste maanden, niet van verwachten, waarschuwde *early adopter* Henk Westerhof, staflid automatisering bij het NHG. Het typen kostte zelfs twee minuten extra per consult.^{29,30}

Aan het einde van de jaren zeventig – net vóór de introductie van de

Huisarts Jan Paauw achter zijn bureau. De pc heeft zijn intrede nog niet gedaan.



computer – had het NHG juist de probleemgeoriënteerde verslaglegging omarmd; met de ‘probleemlijst’ als spil en met journaals volgens het SOEP-model (subjectief-objectief-evaluatie-plan), dat de gedachtegang van de arts zichtbaar maakte.³¹ Op papieren kaarten kostte deze vorm van verslaglegging veel te veel tijd, maar de automatisering maakte haar breed toepasbaar.³²⁻³³ De codering van problemen volgens de International Classification of Primary Care (ICPC) maakte vervolgens structurering aan de hand van episodes mogelijk. Vanaf 2009 is deze vorm van registratie de enige die de goedkeuring van het NHG kan wegdragen.³⁴

STANDAARDEN EN KWALITEIT

Voor de patiëntenzorg was de ICPC-codering niet nodig; wel voor onderlinge toetsing, voorbereiding van farmacotherapeutisch overleg (FTO) en wetenschappelijk onderzoek.³²⁻³³ Aan de universiteiten onderkende men al snel de mogelijkheden om met HIS'en grote databases te bouwen voor huisartsgeneeskundig onderzoek.³⁵ Helemaal onproblematisch was dit niet. Huisartsen pasten de ICPC-coderingen geregeld verschillend toe – interdoktervariatie. Dat

leidde tot moeilijkheden bij de interpretatie.³⁶⁻³⁷

De ontwikkeling van registratiesystemen is maar een van de vele manieren waarop het verhaal over de praktijkvoering raakt aan de ontwikkelingen in de wetenschap en de verbetering van de kwaliteit. Nieuwe technologieën hadden grote invloed op de praktijkvoering, denk aan de ontwikkelingen in telefonie en internet die tot op de dag van vandaag doorgaan, maar ook aan diagnostische faciliteiten zoals het laboratorium, het ecg en de echografie, hetzij in de eigen praktijk dan wel aangeboden als consultatieve dienst.

Bij de ontwikkeling van de NHG-Standaarden, vanaf eind jaren tachtig, keek de Commissie Praktijkvoering mee met de blik van: ‘Kán dit eigenlijk wel in de praktijk?’, zoals Fred Dijkers het formuleert.²⁸ Omgekeerd beïnvloedden de NHG-Standaarden met hun aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling ook de praktijkvoering. Net als de herschikking van taken en intensievere samenwerking binnen de eerste en met de tweede lijn.³⁸

De Commissie Praktijkvoering hield een praktische insteek.³⁹ ‘We hebben geprobeerd te functioneren als con-

sumentenbond. Er zijn modellen gemaakt, bijvoorbeeld van ampullenetuis. Daarmee werd dan gegooid. Ze moesten goedkoop zijn, maar ook stevig’, aldus Dijkers, die soms wat treurig werd van de kneuterigheid van huisartsen:

‘Dat superzuinige. Dat strookjes voor urine-onderzoek in de lengte doormidden werden geknipt. Of toen we adviseerden steriele handschoenen te gebruiken bij het hechten. Verscheen er meteen een stuk in Huisarts en Wetenschap dat het met niet-steriele handschoenen ook meestal wel goed ging ...’^{28,40}

CONTROVERSIEEL

De aandacht voor de praktijkvoering was in de academische huisartsgeneeskunde nooit oncontroversieel. Zo oogstte de eerste editie van Ten Cates leerboek over praktijkvoering van de recensent in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* weliswaar een warme aanbeveling, maar ook een vermaning tegen ‘overorganisatie’, en recenter noemden Van der Horst en Zaat de praktijkorganisatie ‘een overgewaardeerd onderwerp’.^{41,42} Onderzoek en beleid zouden zich niet moeten fixeren op het ‘pure regelwerk’ en discussies over verbeterprojecten zouden moeten gaan over wat het primaire doel is. Precies wat Ten Cate in 1956 al voor ogen had:

‘Wanneer men de praktijkvoering van de huisarts tot het onderwerp van zijn studie maakt, dreigt het gevaar, dat men zich in de materieële zijde van het huisartsenberoep zal verliezen. Waar echter de zieke mens (...) ook in de praktijkvoering onze belangstelling nooit mag verliezen, dient de relatie arts-patiënt (...) bij het bepalen van onze normen steeds op de voorgrond te staan.’⁸ ■

**Esther van Osselen, Ron Helsloot,
Ger van der Werf, Emma van Zalinge**

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.

Een pijnlijke vinger

Casus

Een 43-jarige man presenteert zich op het spreekuur met aanhoudende pijnklachten van de ringvinger van zijn linkerhand. Het punctum maximum zit onder de nagel. Voor zijn gevoel zit er iets onder de nagel, waardoor zijn nagel ook iets omhoog lijkt te komen. Hij had soortgelijke pijnklachten in 2012 waarbij een partiële nageextractie zijn pijnklachten wat heeft doen afnemen. De pijnklachten zijn echter weer teruggekomen, ze zijn scherp van aard, en de patiënt geeft aan dat zijn vinger vooral zeer gevoelig is wanneer iets tegen zijn nagel tikt.

Bij inspectie lijkt er in eerste instantie een corpus alienum onder de nagel te zitten. We verrichtten een partiële extractie van de nagel, met als doel om het eventuele corpus alienum weg te halen. Er bleek een donkere papel te zitten die niet wegschraapbaar was [figuur].

Via teledermatologie hebben we de dermatoloog in consult gevraagd en die opperde dat de afwijking waarschijnlijk een subunguale glomustumor was. De patiënt is doorverwezen naar de plastisch chirurg voor chirurgische behandeling van de tumor, waarna de pathologie bevestigde dat het om een glomustumor ging.

Als de patiënt enkele maanden later voor controle komt, is hij volledig klachtenvrij.

Figuur



BESCHOUWING

De eerste beschrijving van een glomustumor was door Wood in 1812; hij beschreef het als een pijnlijk subcutaan tuberculum aan de vinger,¹ waarna het in 1924 door Barre en Masson beschreven is als een goedaardige kluwen van neuromyoarteriële cellen van de reticulair dermis.² Het is een zeldzame tumor en betreft ongeveer 1% van alle handtumoren.³

De aandoening komt het meest voor bij vrouwen van middelbare leeftijd. Het duurt vaak lang voordat de diagnose wordt gesteld, gemiddeld ongeveer tien jaar, met meerdere consultaties van een arts.⁴

De diagnosestelling geschiedt over het algemeen op het klinisch beeld. Klassiek zijn de trias van pinpointgevoeligheid, koude-intolerantie en nageldeformiteiten.⁵ Eventueel kan er pinpointgevoeligheid optreden bij lokale druk op de nagel (de test van Love), waarna specifieke scherpe pijn optreedt. Ook de koude-sensitiviteitstest kan diagnostisch gebruikt worden; hierbij wordt de hand in ijswater gedaan, waarna de pijn onder de nagel toeneemt.⁶ Een test met een goede voorspellende waarde is de Hildreth's test. Hierbij wordt lokale druk op de nagel gezet met een tourniquet, waardoor een typische scherpe pijn ontstaat als het tourniquet wordt afgenomen. De positief voorspellende waarde van deze test is 92% met een negatief voorspellende waarde van 91%.⁷

De waarde van beeldvormende technieken is niet geheel duidelijk. Er zijn verschillende onderzoeken verricht naar de diagnostische waarde van MRI-onderzoek, met name omdat

er differentiaaldiagnostisch nog gedacht kan worden aan een subunguale exostose, neuroom, ganglion of een melanoom. Op MRI zijn tumoren vanaf een diameter van 2 millimeter goed zichtbaar, als een typische hoogintense 'dot' omgeven door een laagintens signaal. Bij een niet-typische presentatie kan MRI nuttig zijn om meer duidelijkheid te geven over de definitieve diagnose.⁸

Behandeling bestaat uit chirurgische volledige excisie, die curatief van opzet is. ■

LITERATUUR

- 1 Wood W. On painful subcutaneous tubercle. *Edinburgh Med Surg J* 1812;18:283-91.
- 2 Barre JA, Masson PV. Anatomy-clinical study of certain painful subungual tumors (tumors of neuromyo-arterial glomus of the extremities). *Bull Soc Dermatol Syph* 1924;31:148-59.
- 3 Caroll RE, Berman AT. Glomus tumors of the hand; review of the literature and report on twenty-eight cases. *J Bone Joint Surg Am*; 1972;54:691-703.
- 4 Van Geertruyden J, et al. Glomus tumours of the hand. A retrospective study of 51 cases. *J Hand Surg* 1996;21:257-60.
- 5 Carlstedt T, Lugnegard H. Glomus tumour in the hand. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 1983;54:296-302.
- 6 Netscher J, Aburto J, Koeplinger M. Subungual glomus tumor. *J Hand Surg Am* 2012;37:821-3.
- 7 Giele H. Hildreth's test is a reliable clinical sign for the diagnosis glomus tumors. *J Hand Surg* 2002;27:157-8.
- 8 Samaniego E, Crespo A, Sanz Key A. Diagnostic features and treatment of subungual glomus tumor. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:875-82.



KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. Huisarts Wet 2016;59(8):350-3. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 376.

1. **Verstappen et al. onderstrepen in hun artikel het belang van patiëntveiligheid in de huisartsenpraktijk. Zij wijzen in dat kader op het grote aantal arts-patiëntcontacten in de eerste lijn en de toegenomen complexiteit. In het artikel kennen zij een bepaald 'gemiddeld risico op schade' toe aan de eerstelijnszorg. Hoe hoog is dat 'gemiddeld risico op schade'?**
 - a. Laag.
 - b. Intermediair.
 - c. Hoog.
2. **Volgens Verstappen et al. is er geen consensus over wat er in de eerste lijn precies moet worden verstaan onder patiëntveiligheid. Wel geven zij een definitie van een patiëntveiligheidsincident. Hoe luidt die definitie?**
 - a. Iedere te vermijden gebeurtenis in de zorg die de patiënt schade heeft toegebracht.
 - b. Iedere te vermijden gebeurtenis in de zorg die de patiënt ernstige schade heeft toegebracht.
 - c. Iedere te vermijden gebeurtenis in de zorg die de patiënt schade heeft toegebracht of had kunnen brengen.
3. **Incidenten in de eerste lijn zijn meestal gerelateerd aan tekortschietende communicatie, organisatorische problemen of tekortschietend medisch professioneel handelen (diagnose en beleid). Verstappen et al. vinden dat programma's ter verbetering van de patiëntveiligheid zich vooral moeten richten op een van de genoemde aspecten. Welk aspect is dat?**
 - a. Verbetering van de communicatieve aspecten.
 - b. Verbetering van het medisch professioneel handelen.
 - c. Verbetering van de organisatorische aspecten.
4. **Een belangrijke bron bij het bestuderen van patiëntveiligheid in de eerste lijn is het analyseren van incidenten en calamiteiten. Verstappen et al. analyseerden gedurende vier jaar alle klachten die bij de regionale klachtencommissies in Zuid-Nederland werden ingediend. Waarop had meer dan tweederde van de klachten betrekking?**
 - a. Medisch professioneel handelen.
 - b. Onjuist opgestelde verklaring/opgesteld rapport.
 - c. Onheuse bejegening/tekortschietende communicatie.
 - d. Organisatorische problemen.
5. **De 53-jarige mevrouw Kolker is door de assistente 's ochtends vroeg op de visitelijst geplaatst vanwege rectaal bloedverlies en een nachtelijke collaps (06:30 uur). De huisarts neemt om 10:00 uur de visites door en besluit tot een spoedvisite. Bij aankomst blijkt mevrouw Kolker goed aanspreekbaar te zijn; RRZ 120/75 mmHg, pols 80 sl/min. De huisarts stuurt haar met spoed naar het ziekenhuis. Waarvan is hier sprake?**
 - a. Een bijna-incident.
 - b. Een incident.
 - c. Een calamiteit.
6. **Het Tuchtcollege kan bij een gegronde klacht de aangeklaagde huisarts verschillende maatregelen opleggen; van een waarschuwing tot ontzegging van beroepsuitoefening. Welke bevoegdheden heeft een regionale klachtencommissie als zij een klacht gegrond heeft verklaard?**
 - a. Kan een niet-verplichtende aanbeveling voor de praktijk doen.
 - b. Kan een verplichtende maatregel voor de praktijk opleggen.
 - c. Kan een geldboete opleggen.
 - d. Kan een schorsing opleggen.
7. **In de huisartsenpraktijk wordt gebruikgemaakt van geautomatiseerde systemen om medicatiegerelateerde bijwerkingen en interacties op het spoor te komen. Waarvoor waarschuwen Verstappen et al. met betrekking tot de toepassing van deze systemen in de dagelijkse praktijk?**
 - a. Ongevoelige afstelling, waardoor niet alle bijwerkingen en interacties kunnen worden opgespoord.
 - b. Te gevoelige afstelling, waardoor ook irrelevante bijwerkingen en interacties naar voren komen.
8. **De huisarts realiseert zich dat de lage bloedsuikers van de heer Van Santen, 77 jaar en lijdend aan diabetes mellitus type 2, waarschijnlijk te wijten zijn aan het gebruik van glimepiride (Amaryl®). De glimepiride heeft hij zelf voorgeschreven, maar hij zag over het hoofd dat deze medicatie bij de heer Van Santen gecontraïndiceerd was vanwege de slechte nierfunctie (eGFR < 30 ml/min). De huisarts stopt de medicatie. Waar is de huisarts in dit geval volgens de wet nog meer toe verplicht?**
 - a. Niets, stoppen van de medicatie is voldoende.
 - b. De huisarts dient de gang van zaken te melden aan de heer Van Santen.
 - c. De huisarts dient de gang van zaken te melden bij een regionale klachtencommissie.



Glucosebehandeling bij ouderen

INLEIDING

De prevalentie van diabetes mellitus type 2 (DM2) is hoog en neemt de komende jaren alleen maar toe. Naar verwachting telt Nederland 1,5 miljoen diabeten in 2025. Ruim een kwart hiervan is 80-plus. Het nut van intensieve behandeling van 'jonge' patiënten met DM2 is onomstreden. Voor de 'oudere' groep, de 80-plussers, is dat minder duidelijk. Deze patiëntenpopulatie wordt vaak niet meegenomen in grote wetenschappelijke onderzoeken naar intensieve glucoseregulatie en het effect op hun levensverwachting.

Het doel van de diabetesbehandeling is om aan hyperglykemie gerelateerde klachten te voorkomen, zoals polyurie, polydipsie, dehydratie, moeheid, cognitieve achteruitgang en verhoogd infectierisico. En ook om micro- en macrovasculaire complicaties op lange termijn te voorkomen. De streefwaarde van het HbA_{1c} wordt bepaald via een drietal criteria: leeftijd, behandelintensiteit en diabetesduur. Naarmate de patiënt ouder wordt, neemt het risico op hypoglykemische bijwerkingen van een intensieve glucoseregulatie toe. Lipska et al. bestudeerden het individualiseren van de glucosebehandeling bij ouderen en beschrijven een bruikbaar stappenplan.¹

ONDERZOEK

Met de uitkomsten van de vier belangrijkste landmark trials (UKPDS, ACCORD, ADVANCE en de VADT) formuleren de auteurs een raamwerk voor een geïndividualiseerde glucosebehandeling van de oudere DM2-patiënt. Deze onderzoeken lieten zien dat intensieve glucosebehandeling (streefwaarde HbA_{1c} < 53 mmol/mol) geen significant effect had op de reductie van macrovasculaire complicaties (MI, CVA en CV-mortaliteit) in de eerste tien jaar van de behandeling. Soortgelijke resultaten werden ook gezien bij microvasculaire complicaties; pas na acht jaar is er significant effect te verwachten van een intensieve glucosebehandeling. Deze onderzoeken lieten wel zien dat een intensieve glucosebehandeling het risico op een hypoglykemie verhoogt (1,5 tot 3 maal).

De conclusie van de auteurs is dat een veilige glucosebehandeling van oudere DM2-patiënten ligt tussen HbA_{1c} 7,5% en 9% (58 mmol/mol en 75 mmol/mol). Een waarde hoger dan 9% moet vermeden worden, omdat dit leidt tot directe aan hyperglykemie gerelateerde klachten.

De ene oudere is echter de andere niet. Bij een zeer vitale oudere met een hoge levensverwachting kan de glucosebehandeling natuurlijk, in overleg met de patiënt, geïntensiveerd worden. Polyfarmacie verhoogt het risico op bijwerkingen, interacties van medicatie, hypoglykemie, interactie met be-

staande comorbiditeit. Door polyfarmacie stijgen bovendien de kosten en neemt de compliance af.

Op basis van deze uitgangspunten adviseren de auteurs een stappenplan voor de geïndividualiseerde behandeling van de oudere (> 80 jaar) DM2-patiënt.

Stap 1. Schat in wat de voordelen zijn van een intensieve glucosebehandeling. Bedenk dat een intensieve glucosebehandeling geen effect heeft op de reductie van macrovasculaire events bij de oudere diabetespatiënt. Voor de reductie van microvasculaire complicaties geldt dat bij een levensverwachting van minder dan 8 jaar geen effect verwacht mag worden. Bij een levensverwachting tussen 8 en 15 jaar is dat niet duidelijk en bij een levensverwachting boven de 15 jaar mogelijk wel.

Stap 2. Schat in wat de risico's zijn van een intensieve glucosebehandeling. Factoren die het risico verhogen zijn leeftijd > 80 jaar, cognitieve klachten, diabetesduur, polyfarmacie, insulinetherapie, complexe therapie en beperkte mantelzorg.

Stap 3. Individualiseer de streefwaarde in overleg met de patiënt op basis van de verkregen informatie uit stap 1 en 2. Kies daarbij een waarde tussen de 7,5% en 9%.

Stap 4. Beperk polyfarmacie. Wanneer het HbA_{1c} onder de streefwaarde komt, verminder dan de meest hypoglykemie inducerende medicatie. Zit de patiënt op de streefwaarde, overweeg dan of je met minder medicatie ook een acceptabele streefwaarde kunt bereiken. Zit de patiënt met zijn HbA_{1c} boven de streefwaarde, doorloop dan opnieuw stap 1 en 2 alvorens de medicatie op te hogen.

INTERPRETATIE

Hoewel er betrekkelijk weinig bekend is over de optimale glykemische instelling van 80-plussers doen Lipska et al. een goede poging om de diabeteszorg bij ouderen te individualiseren. Hun stappenplan borduurt voort op het streefwaarde algoritme van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 uit 2013. Bij patiënten boven de 70 jaar met behandeling met meer dan uitsluitend metformine of leefstijladviezen en een diabetesduur langer dan tien jaar adviseert de standaard een streefwaarde van 8% (64 mmol/mol). Het stappenplan van Lipska geeft valide argumenten om bij kwetsbare 80-plussers deze streefwaarde op te trekken naar 9% (75 mmol/mol). Bij deze patiëntenpopulatie wegen de baten van een intensieve glucosebehandeling vaak niet meer op tegen de lasten en de kosten. ■

LITERATUUR

- 1 Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the aging patient. A review of glycemic control in older adults with type 2 diabetes. JAMA 2016;315:1034-45.

Bloeddrukverlaging bij matig cardiovasculair risico

INLEIDING

Bloeddrukverlaging is een van de belangrijkste interventies om cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit te voorkomen. Dit geldt vooral als er sprake is van een verhoogd cardiovasculair risico op basis van diabetes, nierziekte, na een MI of CVA, of bij patiënten met een systolische bloeddruk van 180 mmHg of hoger. Hebben patiënten zonder deze risicofactoren maar met een matig verhoogd risico vanwege lifestyle, erfelijkheid of een licht verhoogde bloeddruk, ook baat bij verlaging van de systolische bloeddruk? Als er nog geen orgaanschade is dan spreken we van primaire preventie. Het gaat om patiënten die, op basis van hun cardiovasculaire risicoprofiel, jaarlijks een kans hebben op een cardiovasculair event van ongeveer 1% (code middenblauw in de CVRM-tabel). We hebben het dan wel over het grootste deel van alle 55-plussers in onze samenleving.

ONDERZOEK

Design Een dubbelblind, gerandomiseerd, multicenter onderzoek waarbij in eerste instantie 14.682 patiënten met een matig verhoogd cardiovasculair risico werden geselecteerd. De mannen waren 55 jaar en ouder, vrouwen 60 jaar en ouder. Ze werden behandeld met 16 mg candesartan en 12,5 mg hydrochloorthiazide of placebo. Na een inlooperperiode van 4 weken werden 12.705 deelnemers (87%) geïncludeerd die trouw hun medicatie hadden ingenomen en geen bijzondere bijwerkingen hadden gekregen. De primaire, samengestelde uitkomstmaat was cardiovasculaire sterfte, niet-fataal MI, niet-fataal CVA, hartstilstand, hartfalen, of een revascularisatie. Analyse van de resultaten vond plaats na gemiddeld 5,6 jaar en was op basis van intention-to-treat.

Resultaten Aan het einde van het onderzoek gebruikte 77% de voorgeschreven medicatie nog. Dit was voor de placebo- en de interventiegroep gelijk. De gemiddelde daling van de systolische bloeddruk was respectievelijk 4 mmHg en 10 mmHg. Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden voor het primaire samengestelde eindpunt tussen beide groepen. In de interventiegroep trad bij 4,1% en in de placebogroep bij 4,4% van de deelnemers een van de primaire eindpunten op. Ook wat betreft totale mortaliteit waren er geen verschillen tussen de placebo- en de interventiegroep. In een subgroepanalyse werd bij personen met een bloeddruk van 143,5 of

hoger ongeveer 25% vermindering van het aantal cardiovasculaire events gevonden in de interventiegroep vergeleken met placebo. Dit verschil was statistisch significant.

INTERPRETATIE

Bloeddrukverlaging met candesartan en hydrochloorthiazide bij patiënten met een matig verhoogd cardiovasculair risico groter dan 10% per 10 jaar op een cardiovasculair event, leidt niet tot een statistisch significante daling van de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Alleen bij patiënten met een bloeddruk hoger dan 143,5 mmHg zou bloeddrukverlaging het risico op cardiovasculaire ziekte of sterfte met 28% doen dalen. Om dit te bereiken moeten veertig patiënten tien jaar lang behandeld worden om één ziekte of sterfgeval van hart- en vaatziekte te voorkomen. Deze schatting komt ongeveer overeen met de schatting in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Vooralsnog is er dus geen reden om af te wijken van de NHG-Standaard op dit punt. Het is mogelijk dat in de effectief behandelde groep de resultaten beter zijn wat cardiovasculaire preventie betreft, omdat er veel uitvallers zijn geweest die wel meetellen voor het eindresultaat. Dit laatste kan echter statistisch onmogelijk getoetst worden en daarbij is het de vraag of in de praktische setting van de dagelijkse praktijk de therapietrouw zoveel beter is dan in een streng gecontroleerde trial. Een agressieve aanpak van de bloeddruk onder het motto 'hoe lager hoe beter' is op basis van de resultaten van de HOPE-3 trial te ontraden. Eerder is het geboden om nauwkeurig, zo nodig over meerdere maanden verspreid, de hoogte van de systolische bloeddruk vast te stellen. Patiënten zonder onderliggend cardiovasculair lijden en een systolische bloeddruk van boven de 140 mmHg kunnen baat hebben bij medicamenteuze verlaging van de bloeddruk. Als ze tenminste tien jaar lang dagelijks medicijnen willen gebruiken met een kans van één op veertig om cardiovasculaire ziekte of sterfte te voorkomen. Op basis van de matige compliance lijkt me dat een afweging die nogal eens op weerstand zal stuiten. ■

LITERATUUR

- 1 Lonn EM, et al. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2016 Apr 2. [Epub ahead of print]

'Nieuwsgierigheid helpt om een leven lang te leren'

Nynke van Dijk is per 1 november 2015 benoemd tot hoogleraar Medisch Onderwijs en Opleiden bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC. Op 7 april sprak zij haar inaugurale rede uit over de toepassing van wetenschappelijke bevindingen in de opleiding van huisartsen. Nu vertelt ze in een interview over haar gedachtegoed en plannen voor de toekomst.

Loopbaan tot nu toe

Van Dijk noemt zichzelf 'een echte AMC'er', want ze is daar in 1995 aan haar studie begonnen en er nooit meer weggegaan. 'Al tijdens mijn geneeskundestudie heb ik veel gedaan op het gebied van onderwijs en onderzoek; ik was student-assistent en als zodanig lid van het bestuur van de opleiding. Maar mijn promotieonderzoek – dat over flauwvallen ging – deed ik bij Interne Geneeskunde en het was de bedoeling dat ik aan het eind van dat traject met de opleiding tot internist zou starten. Tijdens een gesprek met Marcel Levi kwam ik echter tot de ontdekking dat ik het patiëntencontact wel heel leuk vond, maar

onderwijs en onderzoek nog veel leuker. Daar ben ik me dus op gaan focussen: ik heb de opleiding Epidemiologie afgerond en een master Onderwijskunde gevolgd, en ben via verschillende plekken hier terechtgekomen.'

Van Dijk heeft dus geen huisartsgeneeskundige achtergrond? 'Nee, tot verdriet van sommige mensen hier, maar zelf heb ik er geen last van. Ik ben ook helemaal niet geschikt voor het huisartsenvak. Soms ga ik "stage lopen" bij collega's om te kijken of mijn ideeën wel kloppen met de werkelijkheid. En het heeft ook voordelen: ik kan dingen van een afstand bekijken en me nog meer op onderzoek en onderwijs concentreren.'

Onderzoek naar onderwijs

Gevraagd naar het onderzoek waar ze mee bezig is vertelt Van Dijk: 'In algemene termen: toegepast onderwijskundig onderzoek. Hoe kun je ontwikkelde leertheorieën op een goede manier inpassen in onze opleiding en hoe kunnen we aiossen zo goed mogelijk helpen bij het opdoen van nieuwe kennis en het ontwikkelen van nieuw gedrag. We proberen verschillende onderwijsvormen uit en sluiten aan bij klinische en landelijke ontwikkelingen die gaande zijn. Bijvoorbeeld: als je patiënten met overgewicht wilt aanpakken, moet je dan de aios opleiden of de opleider? Immers, we kunnen aiossen wel aansturen tijdens de terugkomdagen, maar als ze in hun opleidingspraktijk iets anders te horen krijgen, gaan ze de bij ons opgedane kennis heus niet toepassen. Als we dus dingen willen veranderen, zullen we ons in elk geval óók op de opleiders moeten richten. Maar hoe doe je dat dan? In parallelle programma's? Dat onderzoeken we allemaal.'

De opleider meenemen

'Er zijn diverse manieren om aiossen te bereiken', vervolgt Van Dijk. 'Behalve de verschillende onderwijsvormen is vooral de huisartsopleider belangrijk. Die vervult de functie van rolmodel. Een van onze onderzoeksonderwerpen van dit moment is de cultureel-sensitieve benadering van hypertensie. Daarmee richten we ons vooral op de poh, maar ook op

de aios. Maar zoals gezegd, als we de methode willen toepassen in de praktijk, dan moeten we ook de huisarts meenemen die uiteindelijk verantwoordelijk is voor de patiënt. Het gaat er dan om hoe we dat kunnen aanpakken en in welke verhouding we al die betrokkenen benaderen. En we zullen de klinische en onderwijskundige evidence moeten integreren tot één onderwijsprogramma voor poh en aios en vervolgens moeten bekijken wat de effecten zijn.'

Nieuwsgierigheid kweken

Van Dijk vertelt met enthousiasme over het Nederlandse onderwijsstelsel. 'Dat onze huisartsopleiding zo goed is, komt vooral doordat onze docenten en opleiders niet móéten. Ze kiezen er zelf voor om zich met het opleiden van hun jonge collega's bezig te houden. Ze investeren dus vrijwillig veel tijd en energie in de persoonlijke groei en ontwikkeling van hun aios. Maar dat betekent niet dat er geen dingen zijn waar we in de opleiding aan kunnen werken. We hebben in de loop van tijd zo goed nagedacht over wat een aios moet doen en kunnen dat de opleiding wat dichtgetimmerd is geraakt. De individuele benadering is eruit en dat is soms demotiverend. Alle aiossen moeten hetzelfde programma doorlopen en daarbij is er weinig ruimte voor nieuwsgierigheid naar hun eigen ontwikkelingspunten, talenten en behoeften. We denken er nu over na hoe we aiossen zo kunnen opleiden dat ze straks hun vak zelfstandig kunnen uitoefenen, maar dat we ze toch meer ruimte bieden voor zelfstandig en levenslang leren. Dat ziet er niet voor iedere aios hetzelfde uit. Ik wil het behoud en kweken van nieuwsgierigheid stimuleren als basis voor ontdekken, innoveren en het nog mooier maken van de zorg.'

Blijvend ontwikkelen

Van Dijk wil dus weer wat meer aandacht voor het individu. Ziet zij daarin ook voordelen voor de patiënt? 'Allereerst denk ik dat we zo betere huisartsen opleiden. Soms zal een aios eerder klaar zijn met het onderwijsprogramma; die heeft dan tijd en gelegenheid om specifieke kanten te ontwikkelen. Maar ook



denk ik dat als je nieuwsgierigheid is geprikkeld, je ook later bezig blijft met je te ontwikkelen en bij te scholen. We zien dit bijvoorbeeld nu gebeuren met een aantal ervaren huisartsen die de “spiegelinformatie” over hun praktijk krijgen via het Zilveren Kruis. Aan de hand daarvan bekijken die huisartsen zelf wat er nodig is voor hun professionele ontwikkeling. Als je niet door je zorgverzekeraar wordt bijgestuurd maar zelf kunt nadenken over die spiegelinformatie, prikkelt dat je nieuwsgierigheid. Wat betekenen die afwijkingen? Zijn die wel wenselijk? Ontstaan ze uit verkeerde gewoonten? Hoe kunnen we dat aanpassen? Dit alles gebeurt in de vorm van intervisie en zo kun je meer bereiken dan door externe aansturing. We moeten alleen nog wel zien of het echt werkt.’

Natuurlijk wil een wetenschapper altijd bewijzen voor zijn stellingen, maar het lijkt toch wel zeer aannemelijk dat het zelf interpreteren van je spiegelinformatie voor gedragsverandering gunstig zal uitpakken. Intrinsicke motivators zijn toch altijd veel stimulerender? Van Dijk: ‘Dat is echt niet altijd zo, ook extrinsicke motivators kunnen tot heel belangrijke gedragsveranderingen leiden. Toetsen zijn daar een goed voorbeeld van: zeker bij jongere studenten is toetsing een extreem goed middel. Veel scholieren komen zelfs alleen maar in beweging als er een toets aan komt.’

Over tablets en boeken

Volgens van Dijk is het ook van belang om het onderwijs meer op het individu te gaan richten omdat er verschillen ontstaan tussen de manieren waarop de generaties hun kennis opdoen en verwerken. ‘Jonge aiossen hebben hun tablet; daarmee is informatie altijd direct voorhanden. Zij hoeven die kennis dus ook niet meer te onthouden. Maar ze zijn niet erg kritisch op de informatie die ze op internet vinden. Opleiders daarentegen hebben hun kennis nog uit boeken en ze onthouden die ook. Bovendien zijn ze veel kritischer. Het is belangrijk dat we ons bewust zijn van dit soort verschillen en daarmee rekening houden in de opleiding.’

Grote groepen individualiseren

‘We hebben jaarlijks zo’n 700 aiossen en dus zijn er zeker 1400 opleiders’, vervolgt Van Dijk. ‘Dat zijn heel grote groepen waarmee we te maken hebben, waardoor de neiging ontstaat om alles strak te organiseren. Dat is zonde, want het hoeft niet. Ja, individualisering is een uitdaging, maar biedt ook kansen!’

Individualisering van het onderwijs lijkt inderdaad een hele onderneming gezien de grote groepen mensen om wie het gaat. Wat zijn de ideeën van Van Dijk over de aanpak daarvan? ‘Daarbij is een heel belangrijke rol weggelegd voor de huisartsopleider, want die heeft al een een-op-een-relatie met een aios. De opleider heeft dus goed zicht op wat de aios nodig heeft. Samen met de studiebegeleider moeten die drie feitelijk vormgeven aan de opleiding, waarbij de aios vooroploopt en veel meer verantwoording krijgt. Die beweging komt al op gang en dat klopt ook in de tijdsgeest: huisartsen willen niet allemaal één pot nat worden en aiossen ook niet.’

De opleider als rolmodel

Van Dijk benadrukt het belang van de huisartsopleider ook op andere gebieden. ‘De opleider heeft de essentiële taak om samen met de aios te bekijken wat die te leren heeft en dat vraagt een grote betrokkenheid. Maar misschien nog wel belangrijker is de functie van de opleider als rolmodel, als “hét grote voorbeeld”. Wat een opleider doet, ga je als aios al gauw als de norm beschouwen. Vaak zijn opleiders zich daarvan niet bewust. Zelfs de manier waarop je communiceert neemt een aios vaak over. Geef je dikwijls complimentjes aan de assistente? Dan zal de aios dat ook makkelijker gaan doen. Maar dat geldt ook voor het afsnauwen van een assistente; een aios denkt dan: blijkbaar werken huisartsen en assistentes zo samen. Of een aios neemt dat gedrag juist niet over, maar ook dan is dat een reactie op het voorbeeld van de opleider. Diens gedrag heeft dus hoe dan ook effect op het gedrag van de aios. En dat geldt ook voor de manier waarop je over patiënten praat; met grapjes, laatdunkende opmerkingen, of juist heel respectvol.’

‘Mijn opleider zegt...’

Het effect van de opleider op de aios was ook goed zichtbaar in het onderzoek van de universiteit rond de aanpak van obesitas. Van Dijk: ‘In het eerste opleidingsjaar waren aiossen zeer bereid onze aanpak te proberen, maar in het derde jaar hadden ze al de attitude overgenomen van “het werkt toch niet”. Vaak horen wij dan: “Mijn opleider zegt...”, en ongetwijfeld klopt wat volgt dan wel, maar wij dachten nu juist dat we een strategie hadden die wél zou werken! Dus wat je een aios ook leert in de opleiding, als een opleider denkt dat het niet werkt, dan gaat het ook niet werken. Maar meestal pakt de functie als rolmodel juist heel positief uit. Dan ziet een aios hoe zijn opleider aan het eind van de dag nog naar een terminale patiënt gaat. Of een spoedgeval adequaat afhandelt. Of een gemaakte fout met een patiënt bespreekt. Dat is waar aiossen het meest van leren.’

Er is nog een derde rol die de huisartsopleider vervult. Van Dijk: ‘Aan het eind moeten we huisartsen afleveren die zelfstandig hun vak kunnen uitoefenen. Opleiders hebben daarin een belangrijke stem; die moeten zich dus een heel goed beeld vormen hoe de aios functioneert. We willen niet dat opleiders een “afvinkoefening” moeten gaan doen van wat een aios wel en niet kan. Het is nog een uitdaging om hier een goede vorm voor te vinden.’

Al vier hoogleraren

Van Dijk besluit: ‘Ons onderzoek richt zich op: hoe leiden we jonge dokters op tot goede huisartsen? En hoe kunnen we goede huisartsen stimuleren om zich te blijven ontwikkelen? Daar zijn we al heel goed in, maar we worden steeds beter. Ik ben er dan ook trots op dat we al vier hoogleraren Onderwijs en Opleiden hebben binnen de afdelingen Huisartsgeneeskunde. Wij hebben steeds vaker onderling contact en we delen de ambitie om meer samen te werken. Ons belangrijkste gezamenlijke doel is hoe we onze opleiding mooier, sterker en effectiever kunnen maken.’ ■

Ans Stalenhoef

Volair blok als alternatief voor Oberst bij verdoving vinger

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Eva Spijker heeft met deze CAT de Jan van Es-prijs 2016 gewonnen voor de beste scriptie van een huisarts-in-opleiding.

Vraagstelling Doorgaans verdooft de huisarts een vinger met anesthesie volgens Oberst (hierna 'Oberst'). Het volaire blok is een mogelijk alternatief: één injectie aan de volaire zijde van de vinger [foto] verdooft de hele vinger met uitzondering van de dorsale zijde van de proximale falanx. De vraag is wat de effectiviteit en injectie-geassocieerde pijn zijn van het volaire blok vergeleken met Oberst.

Zoekstructuur Op 18 februari 2016 doorzochten wij PubMed met de zoektermen ('Fingers' [Mesh] OR 'Finger' [tiab] OR 'digital' [tiab]) AND ('Nerve Block' [Mesh] OR 'Block' [tiab] OR 'Oberst' [tiab]) AND ('Anesthesia' [Mesh] OR 'Anesthesia' [tiab]). Geen van de twaalf gevonden systematische reviews waren relevant. Van de 140 RCT's en vergelijkende onderzoeken leken er vijf relevant na screening op titel en abstract. Er vielen alsnog twee artikelen af, omdat een artikel alleen gezonde vrijwilligers onderzocht en het andere artikel niet met Oberst vergeleek. Cannon, Bashir en Afridi bleven over.¹⁻³

Resultaten Cannon vergeleek in een enkel geblindeerde, gerandomiseerde trial de effectiviteit van het volaire blok (n = 37) met Oberst (n = 39); beide met 2-3 ml bupivacaïne 0,5%. Effectieve verdoving was een pijnloze pinprick (met naaldje prikken in vingertop) distaal van het distale interfalangeale (DIP-)gewricht tien minuten na injectie. De effectiviteit van het volaire blok (89%; 95%-BI 75 tot 97) was vergelijkbaar met Oberst (82%; 95%-BI 65 tot 93; p = 0,4). Secundaire uitkomsten zoals bijwerkingen, geobserveerd ongemak bij de patiënt en tevredenheid van de behandelaar waren in het voordeel van het volaire blok, waarbij alleen laatstgenoemde significant was.

Het prospectieve onderzoek van Bashir vergeleek bij patiënten (n = 30) met letsels distaal van het proximale interfalangeale (PIP-)gewricht aan twee vingers het volaire blok aan de ene vinger met Oberst aan de andere vinger, beide met 2 ml lignocaïne 2% met epinefrine. De volgorde van techniek werd afgewisseld. Verdoving was effectief als de start van de ingreep vijf minuten later pijnloos verliep. Dit was zo in 100% versus 80% (95%-BI niet gegeven; p < 0,05), in het voordeel van het volaire blok. Ook pijn bij injectie en afwezigheid van anesthesie van naastgelegen vingers waren significant beter bij het volaire blok.

Ook Afridi vergeleek in een gerandomiseerde, enkel geblindeerde trial bij patiënten met een trauma of operatie-indicatie distaal van het PIP-gewricht het volaire blok (n = 63) met Oberst (n = 63), beide met 3 ml lidocaïne 2% met adrenaline. Met de pin-

Foto Anesthesie met het volaire blok



1. Identificeer de proximale huidplooi aan de volaire zijde van de aangedane vinger; 2. Knijp voorzichtig het zachte weefsel distaal van de huidplooi samen na desinfectie; 3. Injecteer in een hoek van 45 graden net distaal van de huidplooi onder de huid 2-3 ml anestheticum; 4. Masseer het anestheticum in het weefsel. Bron: Cannon B et al.

prick werd elke 15 seconden de effectiviteit van anesthesie bepaald. Het volaire blok gaf snellere (3,32 versus 4,53 min; p = 0,04) en consistente (duur 271 versus 229 min; p = 0,4) anesthesie.³

Bespreking Mogelijke publicatiebias kan de effectiviteit van het volaire blok overschatten. De drie onderzoeken vonden plaats op niet-westerse afdelingen plastische chirurgie of op de Britse spoedeisende hulp.¹ Desondanks lijken de patiënten vergelijkbaar met patiënten in de Nederlandse huisartsenpraktijk die trauma en een infectie hebben als belangrijkste indicaties voor verdoving.

Bashir gebruikte geen randomisatie maar de patiënt als eigen controle, en de uitkomstbeoordelaar was niet geblindeerd voor het soort verdoving. Hoewel blinding voor het soort verdoving niet mogelijk was, werden patiënten in de drie onderzoeken geblinddoekt, of gevraagd om weg te kijken tijdens injecteren.

Cannon beschrijft problemen om voldoende patiënten te includeren, mede doordat de volaire techniek voor veel artsen de voorkeur kreeg. Er werden geen complicaties beschreven.

Conclusie Het verdoven van een vinger met een volair blok lijkt op basis van drie kleine onderzoeken minstens zo effectief, minder pijnlijk en gemakkelijker in toediening dan een Oberst.

Betekenis Het volaire blok lijkt een effectief en gebruiksvriendelijk alternatief voor de Oberst bij het verdoven van een vinger. Degelijk instructiemateriaal voor de huisarts kan in de toekomst bijdragen aan uitbreiding van ervaring met het volaire blok. ■

LITERATUUR

- 1 Cannon B, Chan L, Rowlinson JS, Baker M, Clancy M. Digital anaesthesia: one injection or two? *Emerg Med J* 2010;27:533-6.
- 2 Bashir MM, Khan FA, Afzal S, Khan BA. Comparison of traditional two injections dorsal digital block with volar block. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008;18:768-70.
- 3 Afridi RA, Masood T, Ahmed E, Obaidullah AM and Alvi HF. Comparison of the efficacy of single volar subcutaneous digital block and the dorsal two injections block. *Ayub Med Coll Abbottabad* 2014;26:88-91.

Ook antivirale middelen bij Bell's Palsy?

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van Hans van der Wouden, VUmc Amsterdam • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl

Context De oorzaak van Bell's Palsy (idiopathische perifere aangezichtsverlamming, IPAV) is onbekend, maar mogelijk speelt reactivatie van herpessimplexvirus type I een rol. De effectiviteit van corticosteroiden bij de behandeling van IPAV is inmiddels voldoende aangetoond, maar de plaats van antivirale middelen is nog onduidelijk.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit van antivirale middelen – alleen of in combinatie met corticosteroiden – bij de behandeling van IPAV?

Conclusie auteurs Uit een meta-analyse (2 RCT's, n = 658) bleek dat antivirale middelen alléén niet effectief zijn: het relatieve risico (RR) op een onvolledige genezing bedroeg 1,10 (95%-BI 0,87 tot 1,40). Daarnaast zijn antivirale middelen inferieur aan corticosteroiden: vergeleken met behandeling met corticosteroiden resulteren antivirale middelen vaker in onvolledige genezing (RR 2,09; 1,36 tot 3,20, 4 RCT's, n = 1169). Bovendien bleek uit de meta-analyse van 9 RCT's (n = 1715) dat de combinatie van antivirale middelen en corticosteroiden niet effectiever is dan corticosteroiden alleen (RR 0,69; 0,47 tot 1,02). In een subgroep van patiënten met een ernstige parese (House-Brackmann scores 5 en 6; 4 RCT's, n = 478) vonden de auteurs echter wel een gunstig effect in het voordeel van de combinatietherapie (RR 0,64; 0,41 tot 0,99). Ze vonden ook een gunstig effect (RR 0,73; 0,54 tot 0,99) van de combinatie antivirale middelen en corticosteroiden versus corticosteroiden op restklachten als synkinesen en 'krokodillentranen' (3 RCT's, n = 869). Ernstige bijwerkingen van antivirale middelen werden niet gerapporteerd.

Beperkingen De auteurs beoordeelden de kwaliteit van het bewijs als matig. Sommige onderzoeken hadden een hoog of onbekend risico op bias en er was een grote klinische heterogeniteit, onder andere door verschillen in inclusiecriteria, uitgangswaarden, timing van aanvang behandeling en verschillen in behandelingschema's.

COMMENTAAR

De resultaten laten zien dat de toevoeging van antivirale middelen aan corticosteroiden niet leidt tot een beter resultaat dan behandeling met alleen corticosteroiden. Bij patiënten met een ernstige verlamming wordt echter wel een klein, net statistisch significant, gunstig effect gezien van de combinatiebehandeling.

De NHG-Standaard Perifere aangezichtsverlamming (2010), adviseert om alleen corticosteroiden voor te schrijven bij een IPAV, ongeacht de ernst van de parese. Moet dit advies op basis van deze Cochrane-review worden herzien?

De standaard is gebaseerd op de toen beschikbare drie meta-analyses. Deze lieten zien dat het risico op een ongunstige uitkomst met de combinatiebehandeling kleiner was dan de behandeling met alleen corticosteroidetherapie (RR variërend van 0,67 tot 0,75), maar dat dit verschil in geen van de meta-analyses statistisch significant was. Wellicht belangrijker is dat de onderliggende RCT's sterk verschillende uitkomsten hadden en dat de kwalitatief beste onderzoeken geen effect lieten zien, terwijl de onderzoeken die wel een effect lieten zien methodologische beperkingen hadden. Een van de onderzoeken die in een groep met ernstige verlamming een gunstig effect van de combinatiebehandeling liet zien, was pseudogerandomiseerd en niet dubbelblind. In een ander onderzoek was sprake van grote uitval en was de effectbeoordelaar niet geblindeerd voor de gegeven behandeling.

Sindsdien zijn er 2 RCT's gepubliceerd, die in deze meta-analyse zijn opgenomen. Ook deze RCT's hebben methodologische beperkingen. Zo was er onduidelijkheid of de toewijzing aan de behandelgroepen wel geblindeerd had plaatsgevonden en of effectbeoordelaars geblindeerd waren voor de ontvangen behandeling. Bovendien ontbrak in een van de RCT's de toediening van placebo. De heterogeniteit van de resultaten van de geïncludeerde RCT's was de reden dat de auteurs van deze Cochrane-review de sterkte van hun bewijs hebben afgezwakt (*moderate*). Een sterker bewijs zou moeten worden geleverd door een deugdelijk uitgevoerde RCT. Een door de auteurs gesuggereerde analyse van individuele patiëntendata kan ook verhelderend zijn, hoewel daarmee niet alle methodologische bezwaren worden ondervangen.

Al met al toont deze meta-analyse aan dat bij patiënten met een IPAV de combinatie van antivirale middelen met corticosteroiden niet resulteert in een betere uitkomst dan alleen corticosteroiden. Deze meta-analyse levert geen overtuigend bewijs dat de combinatietherapie wel gunstiger is bij patiënten met een ernstige parese. Er lijkt dan ook geen reden om te tornen aan het huidige behandeladvies: geef zo snel mogelijk en uiterlijk een week na het begin van de klachten prednison 2 dd 25 mg gedurende 10 dagen, ongeacht de ernst van de verlamming. Lubricantia om uitdroging van het oog te voorkomen kunnen daarbij geïndiceerd zijn. ■

LITERATUUR

- Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Somasundra D, Sullivan M, Gammie F, et al. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev 2015;7:CD001869.

Huisartsenpraktijk de Jachthoorn, Jachthoornlaan 1A, 6813 CH Arnhem; M.A. Klomp, huisarts; NHG; dr. W. Opstelten, huisarts en wetenschappelijk medewerker • Mogelijke belangenverstrengeling: beiden waren als lid van de werkgroep betrokken bij de totstandkoming van de NHG-Standaard Perifere aangezichtsverlamming • Correspondentie: maklomp@nlzorg.net

KENNISTOETS: ANTWOORDEN**1a**

Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2016;59(8):350-3.

2c

Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2016;59(8): 350-3.

3b

Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2016;59(8): 350-3.

4a

Verstappen W. Klagen bij de regionale klachtencommissie. *Huisarts Wet* 2002;45(12):658-61.

5b

NHG. Melden van incidenten en klachten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/melden-van-incidenten-en-klachten>.

6a

Verstappen W. Klagen bij de regionale klachtencommissie. *Huisarts Wet* 2002;45(12):658-61.

7b

Verstappen HJM, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2016;59(8): 350-3.

8b

KNMG. Nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz): Wat verandert er voor u? [nieuwsbericht] <http://www.knmg.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/152275/Nieuwe-Wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-in-de-zorg-Wkkgz-Wat-verandert-er-voor-u.htm>. Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Den Haag: De Letselschade Raad, 2012. <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Klachten-en-claims/Openheid-na-incidenten.htm>.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers. Hij is werkzaam bij de Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap

wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). www.henw.org

Redactie

Hans van der Wouden, hoofdredacteur a.i., Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG. Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Judith Mulder, Susan Umans. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Uitgever: Paul Dijkstra, Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijkenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel. 030-6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij: media.marketing@bsl.nl, Roos de Bie, tel. 030-6383874

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 of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tennaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de

gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. www.bsl.nl

© 2016
ISSN 0018-7070



De RCT en uw patiënt

De specialist die ik met een oudere kennis bezocht om een onderzoek te bespreken, gaf netjes advies volgens de jongste wetenschappelijke inzichten. Maar ik miste een poging om het probleem te begrijpen waar de patiënt mee zat. Ook huisartsen werken volgens wetenschappelijke inzichten en het NHG maakt daar de richtlijnen voor. Die zijn gebaseerd op onderzoeken waarbij de voorkeur uitgaat naar randomized controlled trials, beschouwd als het summum van *evidence*.



De RCT mag dan vaak de beste onderzoeksmethode zijn, dat wil niet zeggen dat andere methoden niet even goed of soms zelfs beter zijn. Er zijn namelijk ook nadelen verbonden aan de RCT.

Zo kan een onderzoekspopulatie voor een bepaald medicijn afwijken van de mensen die dat medicijn gaan gebruiken, zoals bij cholesterolverlagers voor ouderen. Ook is het aantrekkelijker om sommige behandelingen via een RCT te onderzoeken omdat ze dan meer bewijskracht lijken te hebben, zoals psychofarmaca vergeleken met psychotherapie. En tot slot is het in deze tijd van persoonsgerichte zorg maar de vraag in hoeverre resultaten uit een hele groep van toepassing zijn op een individuele patiënt. Het is daarom goed ook naar andere vormen van onderzoek te kijken. Denk aan herhaalde metingen in een populatie om de resultaten van een maatregel te meten, zoals het aangetoonde effect van anti-rookcampagnes op het geboortegewicht van zuigelingen.

Lex Burdorf stelde onlangs in een lezing dat de belangrijkste gezondheidsbevorderende maatregel van de laatste honderd jaar de aanleg van het riool was. En dat is niet via een RCT vastgesteld!

Hoe we de *evidence* ook boven tafel krijgen, die kennis is essentieel. Daarna is de poging om te begrijpen wat de patiënt belangrijk vindt in verband met zijn gezondheid een uitdaging voor alle artsen.

Rob Dijkstra

Uit de Algemene Ledenvergadering van 23 juni 2016

Vaststellingen en benoemingen

- Het inhoudelijk jaarverslag en de jaarrekening 2015 zijn vastgesteld. Van het sociaal jaarverslag en het jaarverslag van de Verenigingsraad over 2015 is kennisgenomen.
- Bekrachtigd zijn de NHG-Standaarden *Niet-traumatische knieklachten*, *Virushepatitis en andere leveraandoeningen*, *Fluor vaginalis*. Eveneens bekrachtigd zijn de NHG-Behandelrichtlijnen *Brandwonden*, *Dermatitis perioralis*, *Menstruatie-uitstel*, *Misselijkheid en braken door gastroenteritis* en *Mollusca contagiosa*.
- De volgende (her)benoemingen zijn bekrachtigd:
 - als lid van de NHG-Verenigingsraad: Sabine van der Kaa;
 - als leden van de Aurorisatiecommissie: Jean Muris en Mattijs Numans;
 - als plaatsvervangende leden van de Autorisatiecommissie: Anneke Kramer en Henk van Weert;
 - als lid van de Raad van Toezicht: Hedwig Vos.

Aandacht voor Standpunt Ouderen

Actualisering van het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen* is wenselijk, want het is nog niet aangepast aan de Toekomstvisie 2022, de LHV-notitie over het huisartsenaanbod voor oude-

ren, de gevolgen van de herstructurering langdurige zorg en de visie van Laego. Ook vergt het Nationaal Programma Ouderenborging van zijn resultaten in landelijke structuren. De werkgroep heeft een aantal kernpunten uitgewerkt, die ter vergadering worden toegelicht en getoetst:

- Variatie tussen ouderen
- Persoonlijk kiezen
- Functioneren boven alles
- Proactieve zorg
- Passende zorg
- Samenwerking
- Organiseren
- Continuïteit

De ALV kan zich vinden in de kernpunten van het Standpunt. De aanwezigen hebben nog enkele aanvullende opmerkingen, bijvoorbeeld over de betekenis van het Standpunt in de praktijk en de keuzen bij de afbakening van de doelgroep. Ook geeft de vergadering nadrukkelijk aan dat de huisarts meer tijd nodig heeft om de patiënt de juiste aandacht te kunnen schenken. Tot slot wordt opgemerkt dat de mogelijkheden voor registratie en gegevensuitwisseling met het HIS moeten worden geoptimaliseerd. Het Standpunt wordt nu verder uitgewerkt en zal vervolgens de commentaarfase in gaan.

Binnenkort verkrijgbaar!

Het eind van de zomer nadert. Een goed moment om weer enkele producten voor u toegankelijk te maken. Het gaat om:

- Een volledig herziene versie van de NHG-TriageWijzer. Deze is eind augustus verkrijgbaar.
- Het boek *Zorg op maat voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren. Praktische kennis en inspirerende voorbeelden*. Zie voor de inhoud van dit geheel nieuwe boek het interview op de achterpagina. U kunt het vanaf eind september in huis hebben.

- De nieuwe jaargang van de PIN's. U kunt zich daar nu al op abonneren.



nederlands huisartsen
genootschap

A-Z: over Alledaags & Zeldzaam

NHG-CONGRES 2016 • 18 NOVEMBER • WTC - LEEUWARDEN

Tot slot is vanaf 1 september de inschrijving op het NHG-Congres A-Z. Over *Alledaags & Zeldzaam* geopend. Wees er dan snel bij en profiteer van de vroegboekorting!

Kwaliteitsindicatoren onder de loep:

Als meten weten is...wat weet je dan?

Ooit is het NHG standaarden en indicatoren gaan ontwikkelen en onderhouden om huisartsen te ondersteunen bij hun werk en inzicht te geven in de eigen kwaliteit. Standaarden en indicatoren zijn echter niet ontworpen om huisartsen 'de maat te nemen', maar dat is helaas soms wel het geval. Hoe zit het nu met de indicatoren?

Het roer moet om

Het NHG begrijpt de kritische noot van het manifest *Het roer moet om* waarin een appèl op het NHG is gedaan om de beschikbare indicatoren opnieuw op hun waarde te beoordelen, het aantal te beperken en ze te voorzien - waar nodig - van een duidelijke bijsluiting over gebruik en doel. Daarmee zijn we aan de slag gegaan.

Verskillende doelen

Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorg in de huisartsenpraktijk die een aanwijzing geven over de kwaliteit. Wanneer een indicator daar aanleiding toe geeft, zal in de praktijk gekeken worden naar wat de onderliggende oorzaak is. Indicatoren kunnen voor verschillende doelen gebruikt worden:

- Inzicht in eigen handelen teneinde processen en uitkomsten binnen de praktijk te monitoren en zo nodig te verbeteren. Deze uitkomsten kunnen besproken worden, ook met andere praktijken (met elkaar spiegelen). Maar ze kunnen niet automatisch gedeeld worden met derden, zoals een financier van de zorg.
- Inzicht bieden in het kwaliteitsbeleid. Bijvoorbeeld om patiënten te helpen bij hun keuze voor een praktijk of om zorgverzekeraars vertrouwen te geven in het kwaliteitsbeleid.
- Als basis voor een financiële beloning van de huisarts, diens praktijk of samenwerkingsverband, gericht op zorginkoop en prestatiebeloning.

Het NHG ondersteunt alleen het gebruik van indicatoren voor de eerste twee doelen en zet daarvoor kennis in, onderhoudt de indicatoren bij aanpassingen van de NHG-Standaarden en stemt af met huisartsen en andere gebruikers. In de praktijk gaat het echter mis als een indicator die geschikt is voor het ene doel wordt gebruikt voor een ander doel. Voornamelijk als de indicatoren van de eerste twee doelen gebruikt worden voor het derde doel, de inkoop van zorg en prestatiebeloning.

Facultatief gebruik

Bij het ontwikkelen van indicatoren let het NHG erop dat die zinnig, betrouwbaar, doelmatig en haalbaar zijn en dat ze voldoende kansen bieden om te verbeteren. Daarnaast zorgen we voor uniforme meetwaarden (bijvoorbeeld voor bloeddruk, longfunctie et cetera) om deze indicatoren in beeld te brengen. De huidige NHG-indicatoren voldoen aan deze kenmerken. Omdat de behoeften van huisartsen, praktijken en zorggroepen onderling verschillen, zijn er meer indicatoren

beschikbaar dan gebruikt hoeven te worden. De huisarts kan hieruit zelf kiezen; het gebruik van indicatoren is facultatief. De hoeveelheid indicatoren is dus geen norm!

Indicatoren voor de ketenzorg

Ook indicatoren die als doel hebben inzicht te bieden in de kwaliteit van de keten, moeten zinnig, betrouwbaar, doelmatig en haalbaar zijn en voldoende kansen bieden om te verbeteren. Een HRMO-werkgroep maakte begin dit jaar een selectie van maximaal acht indicatoren per keten voor 2016 en zal dit ook gaan doen voor 2017. Deze indicatoren zijn niet één-op-één bestemd voor zorginkoop of prestatiebeloning. De zorggroep kan de resultaten wel gebruiken om te laten zien dat aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt. Het NHG is niet de aangewezen partij voor het ontwikkelen en selecteren van indicatoren en meetinstrumenten voor inkoop en prestatiebeloning.

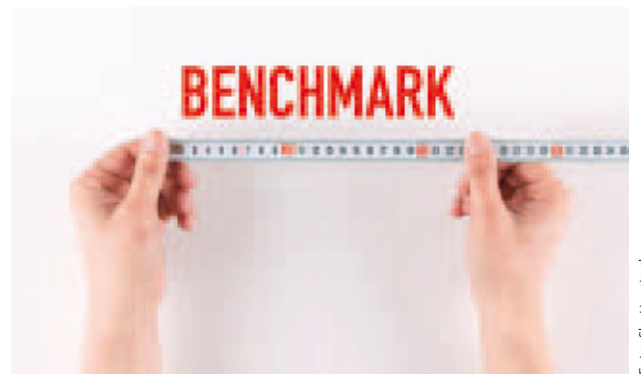


Foto: Shutterstock

De huisarts bepaalt

De patiënt moet een gerechtvaardigd vertrouwen kunnen hebben in de huisartsenzorg. Daartoe is het belangrijk dat elke huisarts de kwaliteit goed op orde heeft. Het NHG ondersteunt daarbij, onder meer door het leveren en onderhouden van de 'interne kwaliteitsindicatoren', maar ook door kritisch te blijven op het gebruik daarvan. Daartoe stemt het NHG af met leden, andere brancheorganisaties, patiënten en zorgverzekeraars, die aan kunnen geven op welke punten van de zorg zij knelpunten ervaren. Uiteindelijk stelt het NHG alleen die indicatoren vast die waardevol zijn voor het interne kwaliteitsbeleid van een huisartsenvoorziening. De huisarts bepaalt zelf welke indicatoren hij wil gebruiken om inzicht in het eigen handelen te krijgen, afhankelijk van de eigen behoeften.

Linda Tolsma, beleidsadviseur NHG (l.tolsma@nhg.org) en Stijn van den Broek, kaderhuisarts, senior wetenschappelijk medewerker NHG

Terugblik op Wonca 2016:

‘Inspirerende dagen in Kopenhagen’

De Wonca Europe Conference vond dit jaar plaats in Denemarken. Zoals gebruikelijk gaven enkele NHG-stafleden hier presentaties of leidden ze een workshop. Daarnaast hadden ze natuurlijk tijd om zelf ook delen van het congres bij te wonen. We vroegen hen om een impressie.

‘Ik was onder de indruk van de grote variatie in de presentaties en workshops. De *keynote speakers* waren vrijwel allemaal van hoog niveau en de kleinere sessies gaven een goed beeld van de verschillen in de positie en activiteiten van huisartsen in de deelnemende landen.’

Nederlandse bijeenkomst, internationale legacy

Alle 231 Nederlandse deelnemers, de Wonca-besturen, de Deense organisatoren en de Nederlandse ambassadeur waren uitgenodigd voor een door LHV en NHG georganiseerde bijeenkomst. ‘Een ideale gelegenheid om de (internationale) contacten te versterken.’ Job Metsemakers, de Nederlandse voorzitter van Wonca-Europe, kondigde aan het stokje in het najaar te zullen overdragen.

Alle deelnemende landen onderschreven de *legacy* over de uitdagingen en bedreigingen waar de huisartsenzorg voor staat. Het document roept op tot ‘joint action with heads and hearts’ om de positie van de huisartsgeneeskunde te versterken (zie: www.woncaeurope.org > legacy Copenhagen).

Armoede als risicofactor

Een van de hoogtepunten van het congres was kennelijk de keynote lezing van Katherine Rouleau uit Toronto, want daarvan waren alle bezoekende NHC’ers erg onder de indruk: ‘Kippenvel!’ Rouleau vertelde over armoede als risicofactor voor de gezondheid, maar ook in psychosociaal opzicht. De invloed van armoede op het welzijn van mensen is zelfs zo groot, dat het belangrijk is dat de huisarts hiervan op de hoogte is bij zijn patiënt. De simpelste manier om daar achter te komen is ernaar te vragen. Gary Bloch heeft hier toe een *Poverty Assessment Tool* ontwikkeld voor de Canadese situatie.



Foto: Shutterstock

‘Ik denk dat armoede ook in Nederland een belangrijk rol speelt en ben benieuwd hoe huisartsen en hulpverleners in achterstandswijken hiermee omgaan.’

‘Familieopstellingen’ tekenen

Twee Oostenrijkse huisartsen presenteerden een workshop over een versimpelde variant op de bekende familieopstelling. Deze is gemakkelijk toepasbaar bij patiënten met wie je als huisarts niet verder komt. Zet een grote cirkel op papier en vraag de patiënt daarin alles te tekenen wat voor hem van belang is (mensen, werk, interesses, wonen, financiën et cetera). Laat de patiënt ook zichzelf een plek geven in die cirkel. Stel hierover wat open vragen – zonder te gaan psychologiseren of therapeutiseren! – en vooral ook de vraag of de patiënt iets zou willen veranderen in hetgeen hij getekend heeft. Alleen het visualiseren werkt bij veel patiënten al heel erg goed, maar het blijkt ook op langere termijn door te werken. En dat zonder al te grote inspanning van de huisarts.

Nederland als koploper

De NHC’ers waren unaniem in hun oordeel dat Nederlandse huisartsen op Wonca-congressen altijd meer te brengen dan te halen hebben. Hoewel: ‘Dat doet geen recht aan de pareltjes die er ook waren!’ Maar in veel opzichten hebben Nederlandse huisartsen een bevoorrechte positie. Zo bleek bij de NHC-workshop over Advance Care Planning dat Nederland koploper is in het formuleren van wat de patiënt kan verwachten aan begeleiding rond het levenseinde. Kanttekening daarbij is dat het in enkele landen een taboe is om over het levenseinde te spreken, bijvoorbeeld in Ierland en Griekenland.

In een NHC-workshop over Thuisarts.nl werkten huisartsen uit diverse landen samen aan vereenvoudiging van een Engelse richtlijntekst. Opvallend was dat Scandinavische huisartsen vooroplopen met e-health, maar dat de patiëntenvoorlichting er ouderwets via folders gaat. Een website als Thuisarts.nl is nog uniek; huisartsen uit veel andere landen keken er met jaloezie naar!

De workshop over antibioticaresistentie – geleid in ‘Europese samenwerking’ door een NHC-stafid en jonge Deense en Portugese huisartsen – werd goed bezocht. Mogelijk vloeit hier een Europees netwerk uit voort om antibioticaresistentie in de eerste lijn tegen te gaan.

Tot slot waren er verschillende sessies over ‘quartaire preventie’: het voorkomen van overdiagnostiek door screening.

Vooraf in Scandinavië is dit een discussiepunt.

‘We hebben het in Nederland prima voor elkaar, zowel wat betreft de positionering van de huisartsgeneeskunde in het zorglandschap als het niveau van de zorgverlening en ondersteuning door bijvoorbeeld het NHG. Toch voelde ik zeker verbondenheid met de huisartsen uit landen waar de dingen minder goed zijn geregeld. De intentie is overal hetzelfde: goede, persoonlijke zorg verlenen dicht bij de mensen.’

Mireille Ballieux, Ton Drenthen, Liesbeth van der Jagt, Patrick Jansen, Michael Kijser, Masja Loogman, Gerda van der Weele – allen (senior) wetenschappelijk medewerker NHG – en Rob Dijkstra, bestuursvoorzitter NHG

‘Er zijn veel meer laaggeletterden dan we denken’



Eldine Oosterberg is hidha in 's Hertogenbosch en werkt twee dagen per week als wetenschappelijk medewerker bij de sectie Implementatiematerialen van het NHG. Zij is daar ook 'aandachtsfunctionaris etnische en culturele diversiteit'. In die hoedanigheid is zij - samen met Maria van den Muijsenbergh* - hoofdredacteur van het boek *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Praktische kennis en inspirerende voorbeelden*, dat eind september verschijnt. In een interview vertelt ze wat zoal aan de orde komt in dit boek.

Waarom is dit boek van belang?

‘Er zijn veel meer mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden dan we ons realiseren. Maar liefst 1 op de 9 werkende personen tussen 16 en 65 jaar is laaggeletterd; dat zijn 1,3 miljoen mensen! En dan hebben we het bepaald niet alleen maar over mensen met een migrantenachtergrond: bij 2 op de 3 laaggeletterden gaat het om autochtone Nederlanders. Dat is dus echt heel veel. Onze zorg sluit daar niet altijd goed op aan.

Daar komt nog bij dat allerlei dingen in onze maatschappij steeds ingewikkelder worden voor de patiënt. Die moet bijvoorbeeld aan zelfzorg en zelfmanagement gaan doen, maar voor mensen met beperkte vaardigheden is dat vaak erg lastig.

Ook hebben we gekeken naar de gezondheidsverschillen in de wereld en in Nederland. Laaggeletterden hebben een zeer slechte uitgangspositie: in Nederland leven hoogopgeleide mannen bijna achttien jaar langer in goede gezondheid dan laagopgeleide mannen.

Geeft je boek handvatten voor de omgang met dit soort patiënten?

‘Ja, we hebben gekozen voor een heel praktische invalshoek, met aandacht voor mensen die wat buiten beeld dreigen te vallen. Zo is er bijvoorbeeld een hoofdstuk over de toegankelijkheid van de praktijk. We kijken daarbij door de bril van migranten en laaggeletterden. Hoe moeten zij contact leggen met de praktijk? Is dat misschien via een keuzemenu waarbij ze snel moeten reageren, zodat dit al een bijna onoverkome-

lijke hindernis vormt? En hoe is het voor hen om hun klachten te verwoorden binnen de beperkte tijd van een consult? Dat is bepaald niet gemakkelijk als je niet zo goed abstract kunt denken. Het gaat in dit hoofdstuk dus vooral om bewustwording van de gang van zaken in je eigen praktijk, met de focus op eenvoudige communicatie. Ga er niet te snel van uit dat iemand alles wel zal hebben begrepen, maar toets dat even. Dat soort dingen. Ook geven we heel veel tips voor wat je kunt doen in de spreekkamer en praktijk. Op dat gebied was er nog niets gepubliceerd; dit boek is helemaal nieuw.’

Kun je nog meer voorbeelden geven van wat de huisarts in dit boek kan vinden?

‘Behalve uitgebreide informatie over gezondheidsachtergronden en over communicatie met laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren, gaan we bijvoorbeeld ook in op etnische verschillen in farmacotherapie. De snelheid waarmee het lichaam bepaalde medicatie afbreekt verschilt tussen etnische groepen. Tegenwoordig is dat goed te meten, dus die verschillen zijn bekend. Het boek legt uit hoe daarmee om te gaan. Overigens is dit boek niet alleen gericht op huisartsen; ook de praktijkondersteuner zal er heel veel aan hebben.’

Is de zorg voor deze groep patiënten ook nog een beetje leuk?

‘Heel leuk! Ik ben daar echt gepassioneerd over. Ja, het is soms lastig om over en weer begrip te krijgen, maar we zien dat als iets bij deze mensen werkt, het eigenlijk ook meteen bij iedereen beter werkt. Neem bijvoorbeeld voorlichtings-

materialen. We gaan er te gemakkelijk van uit dat hoogopgeleide mensen alles meteen begrijpen, maar die hebben wel degelijk ook baat bij duidelijke, eenvoudige afbeeldingen. Ook zijn vroeger de huisartsenposten zo ontstaan: die begonnen in achterstandswijken omdat daar de zorg buiten kantooruren zo belastend was. Maar huisartsenposten bleken overal handig. In die zin is een moeilijke doelgroep heel geschikt om je op te richten bij de ontwikkeling van uiteenlopende zaken. En wanneer je je als huisarts echt inzet voor een patiënt die ver van je af staat en er onderling begrip ontstaat, dan is dat heel inspirerend.’

Het boek behandelt vele onderwerpen; is het geen droge kost?

‘We wilden een goed toegankelijk en aantrekkelijk boek maken. Bijna alle hoofdstukken zijn door praktiserend huisartsen geschreven, zodat de stof goed aansluit bij de behoeften van de huisarts. Huisartsopleiders hebben meegekeken, aiossen hebben alle teksten becommentarieerd. In de redactie zaten huisartsen uit achterstandswijken, huisartsen met een migrantenachtergrond en aiossen. Alle knowhow van schrijvers en redactie is in het boek verwerkt en er zijn heel veel praktijkvoorbeelden die de huisarts gemakkelijk kan herkennen en toepassen. En tot slot gaat het boek er lekker fleurig uitzien. Ik denk dus dat het beslist geen droge kost is! (AS)

* Maria van den Muijsenbergh is huisarts te Nijmegen, senior onderzoeker en adviseur bij Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Redactie NHG-nieuws

Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef
Linda Tolsma

Contact

Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Colofon

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug