

# H&W

## Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

**Comorbiditeit, glykemische controle  
en systolische bloeddruk**

ONDERZOEK

**Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering**

LESA

**Kindermishandeling**

382

388

396

400

394

403

**ONDERZOEK**

Comorbiditeit, glykemische controle en systolische bloeddruk

*Hilde Luijckx, Marion Biermans, Hans Bor, et al.*

Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering

*Elvira Nouwens, Jan van Lieshout, Margriet Bouma, et al.*

Een geriatrisch zorgmodel voor thuiswonende, kwetsbare ouderen

*Emiel Hoogendijk, Henriëtte van der Horst, Peter van de Ven, et al.***BESCHOUWING**

Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk

*Hilde Luijckx***COMMENTAAR**

Verbeterplannen leiden niet tot betere zorg

*Joost Zaat*

Therapieontrouw: who cares?

*Chris Rietmeijer*

406

**NHG**

NHG-Standpunt Anticoagulantia

*Maureen van den Donk, Jip de Jong, Tjerk Wiersma*

LESA Kindermishandeling

410

411

418

419

420

**HUISARTSENZORG IN CIJFERS**

Voorschrijven van antibiotica bij kinderen

*Karin Hek, Verica Ivanovska, Aukje Mantel-Teeuwisse, et al.***(VER)STAND VAN ZAKEN**

Bloeddruk- en cholesterolverlagende medicatie stoppen

*Clare Luymes***CATS**

Hypertensie en groene thee: een goed idee?

*Ronald van der Knaap, Hanneke Rijkels-Otters***PEARLS**

Therapie bij chronische vermoeidheid?

*Nikki Claassen-van Dessel***SPREEKuur**

Onvervulde kindervens

*Joyce Nouwens*

379

387, 393

412

416

417

421, 422

423

424

**JOURNAAL****INTERMEZZO****GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE****SIGNAAL****KENNISTOETS****INGEZONDEN****IN MEMORIAM****COLOFON HG&W**

29

HET NHG

## Gezond verstand

In juni, op de terugreis na de WONCA 2016 te Kopenhagen, nog in de roes van het interculturele enthousiasme en de stimulerende diversiteit over goede zorg, begon ik aan dit redactioneel. Het artikel over NHG-Praktijkaccreditering deed mij hard in de Nederlandse werkelijkheid landen. Het effect van deze – tijdrovende – vorm van accreditering blijkt zichtbaar op organisatorische aspecten, zoals de aanwezigheid van protocollen en het veilig melden van incidenten, maar niet op het niveau van de patiëntenzorg. Koren op de molen van de initiatiefnemers van Het Roer Moet Om. Maar ook reden om onszelf als beroepsgroep de kritische vraag te stellen of we met praktijkaccreditering de juiste koers varen als wij de zorg voor onze patiënten willen verbeteren.



Goede zorg leveren: hoe doen we dat? Welke instrumenten gebruiken we daarvoor? Deze thema's komen aan bod in de beschouwing en het artikel van Luijckx over multimorbiditeit. Het is een feit dat, hoewel multimorbiditeit veel voorkomt, richtlijnen daar weinig rekening mee houden. Daar kunnen we in de dagelijkse praktijk dus niet op teruggrijpen. De onderzoekster attendeert ons erop dat evidence-based medicine uitgaat van het toepassen van het best beschikbare bewijs gecombineerd met persoonlijke ervaring. Zij komt tot de verfrissende conclusie dat complexe patiëntenzorg verbeterd kan worden door vaker gebruik te maken van 'gezond verstand'. Persoonlijk vraag ik me wel met enige zorg af of we echt zo ver zijn afgedwaald dat gezond verstand als aanpak in de medische (vervolg)opleidingen geïmplementeerd moet worden. Zijn we echt vergeten dat meten bij de zorg voor patiënten niet hetzelfde is als weten?

Het gebruik van uw gezond verstand is ook een interessant uitgangspunt bij het lezen van de conclusies van het onderzoek naar de implementatie van het geriatrisch zorgmodel door Hoogendijk. Hij vond geen evidence voor een effect van dit model op de primaire uitkomstmaten. Mijn gezond verstand en de dagelijkse tevredenheid van patiënten, naast en het multidisciplinaire team zeggen mij echter dat de energie die wij in het zorgprogramma Ouderenzorg steken, de moeite waard is.

Wetenschap, evidence-based medicine en gezond verstand brengen ons vanzelf bij de dilemma's over de vraag wat goede zorg inhoudt. Dilemma's die aan bod komen in het artikel 'Who cares?' van Rietmeijer bij zijn vraag in hoeverre het bevorderen van therapietrouw deel uitmaakt van uw core business. Maar zeker ook bij de implementatie van de LESA Kindermishandeling in uw praktijk. Hoe geeft u als huisarts op het juiste moment de juiste hulp aan ouders en kinderen, zodat kindermishandeling tijdig wordt gesignaleerd en gestopt? Stelt u morgen de juiste vraag aan de moeder van het tweejarige jongetje dat voor de tweede keer met een polsfractuur op uw ochtendspreekuur komt en vertelt: 'Hij klimt overal op, dokter?'

Het artikel van Van Osselen, 'Werken aan betere huisartsen: van nascholing tot kwaliteitsbeleid', roept bij mij de vraag op wanneer je jezelf een goede huisarts mag noemen. Door het afronden van de huisartsopleiding, na herregistratie, door het volgen van richtlijnen, nascholing en NHG-Praktijkaccreditering? Of begint kwaliteit met het gebruiken van gezond verstand? ■

*Marianne Dees*

## Wat kost een dokter?

**Artsen die zich laten fêteren door de farmaceutische industrie schrijven vaker producten voor van de betreffende farmaceut dan artsen die dat niet doen. Een eenvoudige maaltijd van \$ 20 geeft al een duidelijke stijging van het aantal voorschriften voor het gepromote merk te zien en dit aantal neemt toe naarmate de kosten van de maaltijd of het aantal maaltijden omhooggaan.**

Door de gegevens van een grote Medicare-database, waarin het voorschrijfgedrag van bijna 250.000 Amerikaanse artsen geregistreerd wordt, te combineren met een registratiesysteem van betalingen en promotionele activiteiten van de farmaceutische industrie, kon het verband tussen promotionele activiteiten en het voorschrijfgedrag van artsen geanalyseerd worden. Gekeken werd naar de prescriptie van rosuvastatine, nebivolol, olmesartan en desvenlafaxine ten opzichte van gelijkwaardige producten. Het voorschrijfgedrag van artsen die aan de promotionele activiteit hadden deelgenomen werd vergeleken met artsen die niet hadden deelgenomen.

In 95% van de gevallen werden de artsen voor deelname beloond met een maaltijd van gemiddeld \$ 20. Van de ruim 150.000 artsen die meer dan twintig recepten voor de te onderzoeken medicatie hadden uitgeschreven, werden aan 2% van de artsen betalingen gedaan voor promotionele activiteiten rond desvenlafaxine en aan 12% van de artsen voor promotionele activiteiten rond rosuvastatine. Voor nebivolol en olmesartan was dat respectievelijk bij 3% en 7% het geval. Rosuvastatine werd 18% vaker dan andere statines voorgeschreven door de gefêterde artsen. Nebivolol, olmesartan en desvenlafaxine werden respectievelijk 70%, 52% en 118% vaker voorgeschreven door de gefêterde artsen dan door hun niet-gefêterde collega's. Alle verschillen waren statistisch significant en namen toe naarmate het aantal maaltijden toenam of de vergoedingen die de artsen ontvingen voor hun aanwezigheid, hoger werden.

Op basis van dit onderzoek lijkt er een duidelijk verband te zijn tussen de vergoeding die artsen ontvangen, meestal in de vorm van een eenvoudige maaltijd, en hun voorschrijfgedrag. Of hier sprake is van een causale relatie kan

op grond van dit onderzoek niet geconcludeerd worden, al is de aanwezigheid van een dosis-responsrelatie hier wel een aanwijzing voor. Twee tientjes per arts is een schijntje met een behoorlijke *return on investment*, om het maar eens in marketingtermen uit te drukken. ■

**Bèr Pleumeekers**

*DeJong C, et al. Pharmaceutical industry-sponsored meals and physician prescribing patterns for medicare beneficiaries. JAMA Intern Med doi:10.1001/jamainternmed.2016.2765. Published online June 20, 2016.*



## Manieren om urine op te vangen

**Diagnostiek van urineweginfecties is een dagelijkse handeling in de huisartsenpraktijk. Maar hoe kan urine het beste worden opgevangen? Vervuiling van de urine kan immers overdiagnostiek en -behandeling tot gevolg hebben. Nieuw onderzoek maakt duidelijk dat de manier van urineopvang niet uitmaakt voor de diagnostische accuratesse.**

Deense onderzoekers voerden een systematische review uit waarin ze 7 onderzoeken includeerden met in totaal 1062 niet-zwangere vrouwen met symptomen van een urineweginfectie (UWI). In de onderzoeken werden verschillende opvangtechnieken (wassen + midstraal-

urine, of direct in een opvangpotje plassen) vergeleken met de steriele gouden standaard: katheterisatie of suprapubische punctie. Als uitkomstmaat werd de diagnostische accuratesse van de opvangtechnieken voor aanwezigheid van een UWI vergeleken.

Midstraalurine met vooraf wassen had een hoge negatief (1,00) en positief voorspellende waarde (0,79 tot 0,95) voor aan- of afwezigheid van een UWI in vergelijking met de steriele technieken. Eén onderzoek in de eerste lijn vergeleek midstraalurine plus vooraf wassen met directe opvang zonder wassen. Ook hiervoor was de positief voorspellende waarde hoog (0,92), maar de negatief voorspellende waarde lager (0,71).

Uit deze review blijkt dat er geen groot verschil is tussen diagnostische accuratesse met verschillende methoden

voor urineopvang. De auteurs concluderen dat met direct urine opvangen zonder wassen hooguit 5-10% van de patiënten wordt overgediagnosticeerd. Dit weegt naar hun mening niet op tegen de invasieve methoden van steriele opvang. Dit komt overeen met de NHG-Standaard Urineweginfecties, waarin vermeld wordt dat er bij volwassenen geen speciale maatregelen getroffen hoeven te worden bij het opvangen van urine. Alleen wanneer er een verschil bestaat tussen de uitslag van het urineonderzoek en het klinisch beeld, kan een nieuwe opvang van urine met vooraf schoonmaken en midstraalurine nuttig zijn. ■

**Tobias Bonten**

*Holm A, et al. Urine sampling techniques in symptomatic primary-care patients: a diagnostic accuracy review. BMC Fam Pract 2016;17:72.*

## 100% motivatie

**Een half jaar na een stoppoging zijn de meeste deelnemers alweer begonnen. De beste methode om definitief van het roken af te komen is van de een op de andere dag te stoppen. Pogingen die beginnen met een periode van langzaam afbouwen van het aantal gerookte sigaretten hebben een kleinere kans op blijvend succes.**

Stoppen-met-rokenprogramma's adviseren meestal om een stopdag te kiezen en vervolgens acuut en volledig met roken te stoppen. Regelmatig komen patiënten met het verzoek om geleidelijk het roken af te bouwen. Welke procedure het succesvolst is, werd onderzocht bij 700 stugge rokers. Patiënten werden geselecteerd voor deelname op basis van registratie omtrent roken in het EMD. Ongeveer 70% gaf gehoor aan

de oproep. Ze werden om en om gerandomiseerd voor acuut stoppen of voor een afbouwperiode van twee weken. Abstinentie van roken werd na 1, 2 en 6 maanden geverifieerd aan de hand van een speeksel cotininebepaling en CO-concentratie in de uitgeademde lucht.

In de afbouwgroep was respectievelijk 39%, 29% en 15% nog steeds gestopt. Bij de acute stoppers waren de percentages volhouders respectievelijk 49%, 37% en 22%. De verschillen zijn statistisch significant. Rokers die vóór de randomisatie te kennen gaven liever geleidelijk te stoppen en inderdaad ook in deze groep ingedeeld werden, hebben de slechtste resultaten na een maand (stoppercentage van 35%). De rokers die onmiddellijk wilden stoppen en ook bij de acute stoppers ingedeeld werden, hadden de beste resultaten na een maand (58%). De voorkeur om geleidelijk te stoppen met roken schijnt, hoe verrassend, vooral met een gebrekkige motivatie samen te hangen.

Stoppen met roken blijft een altijd moeizame en vaak ook nog teleurstellende onderneming. Geleidelijk afbouwen is altijd nog beter dan helemaal niet stoppen maar een drastische stoppoging op een afgesproken stopdag geeft nog altijd het beste resultaat. Rokers die er de voorkeur aan geven om geleidelijk af te bouwen moeten beter gemotiveerd worden voor ze een stoppoging ondernemen. Een succesvolle poging begint met tenminste 100% motivatie. ■

**Bèr Pleumeekers**

*Lindson-Hawley N, et al. Gradual versus abrupt smoking cessation: a randomized, controlled noninferiority trial. Ann Intern Med 2016;164:585-92.*

## Medische fouten derde doodsoorzaak in de VS

**In een opmerkelijke bijdrage in de British Medical Journal becijferen Makery en Daniel dat er in de VS jaarlijks circa 250.000 ziekenhuisopnames eindigen in sterfte door medische fouten. Missers van artsen zijn daarmee na hartziekten en kanker de derde doodsoorzaak en aanleiding tot zo'n 10% van de sterfte. Dit verontrustend hoge getal is evenwel niet terug te vinden in de doodsoorzakenstatistieken.**

Voornaamste oorzaak is dat fouten niet gemakkelijk kunnen worden ingevuld op het doodsoorzakenformulier dat een code uit de International Classification of Disease (ICD) als doodsoorzaak verlangt. Menselijke fouten of systeemfouten kunnen derhalve niet goed als oorzaak worden gemeld.

Om de veiligheid van patiënten te verbeteren is het allereerst zaak dat fouten beter zichtbaar worden gemaakt, zodat daarna maatregelen kunnen worden genomen om herhaling te voorkomen. De auteurs stellen derhalve voor een extra veld aan het doodsoorzakenformulier toe te voegen, waarin expliciet gevraagd wordt of een vermijdbare complicatie van de geleverde medische zorg heeft bijgedragen aan het overlijden. Daarnaast kunnen ziekenhuizen bij intramurale sterfgevallen onafhankelijke onderzoeken laten uitvoeren met de vraag of medische fouten daarbij een rol hebben gespeeld. Analyse van data op geaggregeerd niveau, kan dan leiden tot verbetervoorstellen.

Uiteraard maakt deze Amerikaanse berichtgeving nieuwsgierig naar de Nederlandse situatie. Doofpotaffaires en zwijggeldverhalen zoals recentelijk omtrent een sterfgeval in het Ter-

gooziekenhuis, bewijzen dat er ook in Nederland sprake is van onderrapportage. Om de meldingsbereidheid bij zogenaamde calamiteiten te vergroten bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg enkele maanden geleden de *Handreiking (niet-)natuurlijke dood. Wat moet u weten, wat moet u doen?* uit ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)). In deze handreiking wordt onder andere uitgelegd dat overlijden na een fout geldt als niet-natuurlijke dood, waarbij inschakeling van de gemeentelijk lijkschouwer aangewezen is en dat niet-natuurlijke dood geenszins betekent dat er sprake is van verwijtbaar of strafbaar handelen. Wellicht leidt dit tot een beter zicht op onze problematiek. ■

**Tjerk Wiersma**

*Makery MA, et al. Medical error – the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353:i2139.*

### Aanvulling antitrombotische medicamenten

Het artikel van Willemsen et al., 'Bloedverdunding anno 2016' (Huisarts Wet 2016;39(7):312-8) bevat een overzicht van de verschillende soorten antitrombotische medicamenten (p.313). Bij de niet vitamine K-afhankelijke middelen ontbreekt edobaxan.

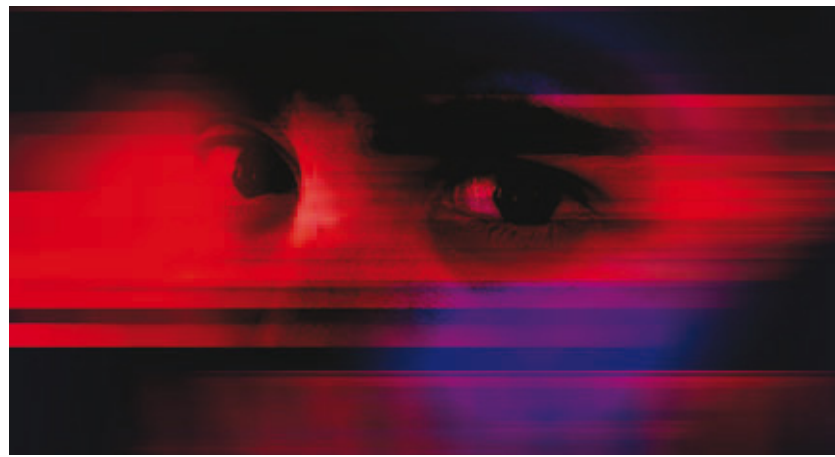


## Angststoornis van ouders naar kind

**Angststoornissen komen veel voor en kinderen van ouders met een angststoornis hebben zelf ook een grotere kans deze te ontwikkelen. Is het mogelijk om deze kinderen in een vroeg stadium een preventieve en effectieve behandeling te bieden? Mogelijk is er een eenvoudige interventie die bijvoorbeeld een poh-ggz kan uitvoeren.**

Noord-Amerikaans onderzoek laat zien dat het actief benaderen van kinderen met een ouder met een angststoornis effectief kan zijn. Een betrekkelijk korte interventie kan blijkbaar preventief werken.

In een RCT wordt de effectiviteit onderzocht van een interventie om het ontstaan van angstsymptomen en ook een angststoornis bij kinderen met een ouder met een angststoornis te voorkomen. De interventie bestond uit acht sessies (met uitloop tot maximaal elf) waarbij een therapeut het gezin (n = 70) bezoekt. De interventie bestond



uit psycho-educatie, herkennen van angstsymptomen, psycho-educatie om hiermee om te gaan, reattributie, desensitisatie en probleemoplossende therapie. De gezinnen van de controlegroep (n = 66) kregen alleen schriftelijke psycho-educatie. Na een jaar werd de aanwezigheid van angstsymptomen beoordeeld met het Child Anxiety Disorders Interview Schedule.

In de controlegroep werden 6,6 maal meer angststoornissen gemeten, namelijk in 31% van de gezinnen. Het *number needed to treat* is 3,9.

Een beperking is dat de onderzoekspopulatie hoofdzakelijk bestond uit relatief rijke blanke Noord-Amerikanen. Een

tweede beperking van het onderzoek is de follow-upduur van slechts één jaar. Het is mogelijk dat de kinderen in de interventiegroep later alsnog een angststoornis ontwikkelen. Daarnaast impliceert de nu in de controlegroep gemeten incidentie van angstklachten nog niet dat deze kinderen een hulpvraag hebben of behandeling willen ondergaan. Over de efficiëntie op langere termijn is dus nog geen uitspraak te doen. ■

**Richard Starmans**

Ginsburg GS, et al. Preventing onset of anxiety disorders in offspring of anxious parents: a randomized controlled trial of a family-based intervention. *Am J Psychiatry* 2015;12:1207-14.

## Sneltesten geen panacee bij luchtweginfecties

**Luchtweginfecties verlopen bij gezond patiënten bijna altijd mild, maar veroorzaken toch massaal onnodig antibioticagebruik. Microbiologische sneltesten zijn voor dit probleem waarschijnlijk niet de oplossing.**

Luchtweginfecties zijn nog steeds de belangrijkste reden om de huisarts te bezoeken. Op zich bijzonder, want deze verlopen bijna altijd mild, en het beloop is door betere volksgezondheid en vaccinaties in de loop van de tijd alleen maar beter geworden. Antibiotica zijn zelden nodig, maar toch vormen luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk in heel Europa, ook in Nederland, de grootste bron voor antibioticavoorschriften. Toenemende bacteriële resistentie en de diagnostische onzekerheid die art-

sen ervaren bij het onderscheiden van virale en bacteriële luchtweginfecties zijn belangrijke aanjagers geweest om aanvullende testen te ontwikkelen. De CRP-sneltest is hier een voorbeeld van; deze is echter zeer specifiek.

Er zijn recent microbiologische PCR-testen ontwikkeld die specifiek de verwekker (soort bacterie of virus) en zelfs bacteriële resistentie (genen) kunnen aantonen. In hun commentaar noemen Kaman et al. de redenen waarom deze specifieke testen (nog) niet behulpzaam zijn in de huisartsenpraktijk. Ten eerste is de afname van het monster (neuskeelwat, sputum of aspiraat) bewerkelijk en foutgevoelig. Ten tweede weten we dat dragerschap van bacteriën waaronder de pneumokok voorkomt, maar niet hoe vaak, en dit bemoeilijkt de interpretatie en kan daarmee overprescriptie veroorzaken. Bovendien is het zo dat veel luchtweginfecties die wel bacterieel zijn, toch *self-limiting* zijn.

Al met al lijkt er geen eenduidige relatie aangetoond tussen luchtwegpathogeen en de te starten behandeling. De huisarts moet daarom de indicatie voor antibiotica bij luchtweginfecties met zijn klinische blik blijven stellen. De patiënt met luchtweginfectie die onnodig antibioticagebruik wil voorkomen doet er verstandig aan om de huisarts een stap voor te zijn: niet naar het spreekuur gaan. ■

**Lidewij Broekhuizen**

Kaman WE, et al. Current problems associated with the microbiological point-of-care testing of respiratory tract infections in primary care. *Future Microbiol* 2016;11:607-10.

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).



## Comorbiditeit, glykemische controle en systolische bloeddruk

Een cohortonderzoek bij diabetespatiënten

### Samenvatting

Luijks HD, Biermans MC, Bor H, Van Weel C, Lagro-Janssen T, De Grauw WJ, Schermer TR. Comorbiditeit, glykemische controle en systolische bloeddruk: Een cohortonderzoek bij diabetespatiënten. *Huisarts Wet* 2016;59(9):382-7.

**DOEL** Verkennen van het effect van comorbiditeit op de glykemische controle (HbA<sub>1c</sub>) en de systolische bloeddruk bij patiënten met diabetes mellitus type 2.

**METHODE** Uit de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie includeerden we 610 diabetespatiënten met verschillende typen comorbiditeit, bij wie we de ontwikkeling van HbA<sub>1c</sub>- en systolische bloeddrukwaarden nagingen tot vijf jaar na de diagnose diabetes. In een *mixed model* met correctie voor covariaten analyseerden we de invloed van het totaal aantal comorbide aandoeningen per patiënt en het effect van specifieke ziekten, zoals hart- en vaatziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

**RESULTATEN** Het aantal comorbide aandoeningen was significant geassocieerd met de ontwikkeling van de systolische bloeddruk: patiënten zonder comorbiditeit hadden vijf jaar na diagnose de hoogste waarden ( $p = 0,005$ ). Het aantal aandoeningen had geen invloed op het HbA<sub>1c</sub> ( $p = 0,075$ ). Cardiovasculaire aandoeningen waren geassocieerd met een hogere systolische bloeddruk ( $p = 0,014$ ), aandoeningen van het bewegingsapparaat met duidelijk oplopende HbA<sub>1c</sub>-waarden ( $p = 0,044$ ). Bij sommige vormen van comorbiditeit werd het effect beïnvloed door de sociaal-economische status.

**CONCLUSIE** De aanwezigheid van comorbiditeit beïnvloedt de ontwikkeling van de glykemische controle en de systolische bloeddruk bij diabetespatiënten. Bepaalde comorbide aandoeningen hebben een negatieve invloed. De complexe interacties tussen comorbiditeit, diabetes en effectmodificatoren moeten verder onderzocht worden om te kunnen komen tot patiëntgerichte zorg met gepersonaliseerde behandeldoelen.

### INLEIDING

Een goede regulatie van de bloedsuikerspiegel bij diabetespatiënten is van belang om diabetesgerelateerde complicaties en hart- en vaatziekten te voorkomen. Comorbide aandoeningen hebben echter een ongunstige invloed op de bloedsuikerregulatie. Patiënten met veel comorbiditeit profi-

teren mogelijk minder van intensieve controles: bij hen neemt het aantal cardiovasculaire gebeurtenissen daardoor niet af.<sup>1</sup> Verder is comorbiditeit ongunstig gebleken voor de kwaliteit van leven en de zorgconsumptie.<sup>2</sup> Meer dan 70% van de diabetespatiënten heeft bij diagnose minimaal één chronische niet-cardiovasculaire, niet-diabetesgerelateerde ziekte.<sup>3</sup>

Patiëntkenmerken zoals geslacht,<sup>4</sup> sociaal-economische status (SES)<sup>5</sup> en body mass index (BMI)<sup>6</sup> zijn van invloed op de prognose van type-2-diabetes. Die kennis kan van nut zijn bij het opstellen van een individueel behandelingsplan. Over de manier waarop men rekening moet houden met comorbiditeit zijn echter geen concrete aanbevelingen voorhanden.<sup>7</sup> Onderzoeken naar het effect van comorbiditeit op de diabetescontrole hebben uiteenlopende resultaten opgeleverd. Deze onderzoeken hadden bovendien beperkingen, zoals een korte follow-upperiode en een niet-representatieve onderzoekspopulatie.<sup>8-11</sup> Meer kennis van welke soorten comorbiditeit in de dagelijkse praktijk invloed hebben op bloeddruk en bloedsuikerspiegel kan dokters helpen de behandelingsdoelen beter af te stemmen op het 'comorbiditeitsprofiel' van hun diabetespatiënten.

Het doel van dit observationele onderzoek was het verkennen van de longitudinale effecten van chronische comorbide aandoeningen op de glykemische controle (HbA<sub>1c</sub>) en de systolische bloeddruk in een representatief cohort van patiënten met diabetes mellitus type 2 die reguliere zorg ontvingen. Wij excludeerden van tevoren geen enkel type chronische comorbide aandoening.

### Wat is bekend?

- Comorbiditeit komt veel voor bij patiënten met diabetes mellitus type 2.
- Comorbiditeit is ongunstig voor de kwaliteit van leven en de zorgconsumptie en verkleint het effect van strikte glykemische regulatie.

### Wat is nieuw?

- Bij diabetespatiënten met een comorbide aandoening van het bewegingsapparaat loopt de HbA<sub>1c</sub>-waarde duidelijk op in de vijf jaar na de diagnose diabetes.
- De waarden van HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk zijn vijf jaar na de diagnose iets slechter voor patiënten zonder comorbiditeit; het effect op de bloeddruk is significant.
- Een individuele, patiëntgerichte benadering in de diabeteszorg is van groot belang, in het bijzonder voor patiënten met comorbiditeit.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. H.D.P. Luijks, huisarts; dr. M.C.J. Biermans, epidemioloog; H.H.J. Bor, statisticus; prof. dr. C. van Weel, huisarts, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts, emeritus hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen; dr. W.J.C. de Grauw, huisarts, senior onderzoeker; dr. T.R.J. Schermer, senior onderzoeker. • Correspondentie: hilde.luijks@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Luijks H, Biermans M, Bor H, van Weel C, Lagro-Janssen T, de Grauw W, Schermer T. The effect of comorbidity on glycemic control and systolic blood pressure in type 2 diabetes: A cohort study with 5 year follow-up in primary care. *PLoS One* 2015;10:e0138662. Publicatie gebeurt met toestemming.

## METHODE

### Gegevens

Wij gebruikten gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie (CMR), een huisartsgeneeskundig registratienetwerk in de regio Nijmegen.<sup>3</sup> We includeerden alle volwassen patiënten die tussen 1 januari 1985 en 31 december 2006 in de CMR opgenomen waren met een nieuwe diagnose diabetes mellitus type 2. De observatie van individuele patiënten begon bij aanvang van het onderzoek, dan wel op het moment van inschrijving in een CMR-praktijk. De observatieperiode eindigde bij de beëindiging van de onderzoeksperiode, dan wel bij overlijden of bij uitschrijving uit de praktijk.

De CMR-praktijken nemen ook deel aan het Nijmeegs Monitoring Project (NMP), waarin huisartsenpraktijken diagnostiek en monitoring van een aantal chronische ziekten systematisch registreren. De NMP-database bevat de meetwaarden van lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek bij patiënten met diabetes en hypertensie. De praktijken leveren kwalitatief goede diabeteszorg.<sup>12</sup>

De onderzoeken die gebaseerd zijn op gegevens van CMR en NMP zijn in overeenstemming met de Nederlandse Gedragscode Wetenschapsbeoefening en zijn goedgekeurd door het College Bescherming Persoonsgegevens. Goedkeuring door een externe medisch ethische toetsingscommissie was niet noodzakelijk.

### Uitkomstmaten

We onderzochten de longitudinale ontwikkeling van uitkomstvariabelen HbA<sub>1c</sub> (in %) en systolische bloeddruk (in mmHg). De HbA<sub>1c</sub>-concentratie wordt bij de jaarlijkse controle gemeten, de bloeddruk in principe bij iedere controle. Om voldoende follow-up vanaf de diagnosedatum te waarborgen, includeerden we alleen patiënten bij wie de eerste meting was verricht binnen vier maanden na het stellen van de diagnose diabetes. We gebruikten deze eerste meting als aanvangsmeting en namen alle volgende metingen mee.

### Comorbiditeit

In dit onderzoek kon iedere chronische ziekte meetellen als comorbide aandoening. We analyseerden alleen ziekten die al aanwezig waren tijdens de diagnose diabetes. Deze verdeelden we in ziekteclusters, zodat we de invloed konden analyseren van individuele aandoeningen, van het totaal aantal comorbide aandoeningen en van ieder cluster. In eerste instantie ging onze belangstelling uit naar het aantal aandoeningen, in tweede instantie naar specifieke soorten comorbiditeit. Bij dat laatste waren wij vooral geïnteresseerd in aandoeningen die invloed kunnen hebben op de diabetesbehandeling, bijvoorbeeld doordat arts en patiënt andere prioriteiten gaan stellen of doordat het moeilijker wordt zich aan bepaalde leefregels te houden. Omdat hierbij van belang is of de behandelstrategie van de comorbide ziekte vergelijkbaar is of juist conflicteert met die van diabetes, onderscheidden we concordante en discordante comorbiditeit. Concordante ziekten hebben een soortgelijke pathofysiologie en behandelstrategie als

diabetes; hierbij gaat het om hart- en vaatziekten. Alle andere comorbide aandoeningen beschouwden we als discordant, dat wil zeggen niet gerelateerd aan diabetes.

De aandoeningen waarin we voor dit onderzoek geïnteresseerd waren, waren hart- en vaatziekten, psychische aandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, maligniteiten en COPD. Zij vormen de geselecteerde comorbiditeit.

### Statistische analyse

We exploreerden de trends in HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk over vijf jaar, voor diabetespatiënten met verschillende comorbiditeitsprofielen. We testten allereerst of het aantal comorbide aandoeningen bij de aanvangsmeting deze trends beïnvloedde. Daartoe gebruikten we een mixed-modelanalyse waaraan per patiënt alle metingen in de eerste vijf jaar bijdroegen.

Vervolgens testten we de invloed van de geselecteerde comorbide ziekten, bijvoorbeeld maligniteiten, door de uitkomstmaten te vergelijken van patiënten met en patiënten zonder deze aandoeningen. Voor elke geselecteerde comorbide aandoening voerden we een aparte analyse uit, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, SES en BMI. Daarbij voegden we steeds ook 'aanwezigheid van andere geselecteerde comorbiditeit' toe als potentiële confounder.

Daarna analyseerden we subgroepeffecten om te onderzoeken of potentiële verschillen in de trend van HbA<sub>1c</sub> of systolische bloeddruk gemodificeerd werden door bijvoorbeeld geslacht of BMI. Deze analyses vallen echter buiten het bestek van dit artikel; zij zijn elders beschreven.<sup>13</sup>

In alle analyses werden p-waarden < 0,05 beschouwd als statistisch significant.

## RESULTATEN

### Deelnemers en aanvangskenmerken

We includeerden 714 patiënten met diabetes. Uitkomstmetingen waren beschikbaar voor 684 patiënten en van 610 patiënten beschikten we over een eerste meting binnen vier maanden na diagnose. Deze 610 werden geïnccludeerd voor de longitudinale analyse. De [tabel] toont de kenmerken van deze patiënten bij de aanvangsmeting.

De 104 patiënten van wie geen aanvangsmeting beschikbaar was, waren vaker man, waren gemiddeld ouder, hadden vaker een hoge SES en hadden meer comorbiditeit dan de overige 610, maar geen van deze verschillen was statistisch significant.

### Invloed van comorbiditeit op HbA<sub>1c</sub> en de systolische bloeddruk

Patiënten met een groter aantal comorbide aandoeningen hadden lagere HbA<sub>1c</sub>-waarden ten tijde van de diagnose diabetes, maar we vonden geen significante samenhang tussen het aantal aandoeningen en de ontwikkeling van het HbA<sub>1c</sub> ( $p = 0,075$ ). Patiënten die bij de aanvangsmeting géén comorbiditeit hadden, hadden vijf jaar later een iets slechtere glykemische controle [figuur 1].



**Tabel** Kenmerken van 610 diabetespatiënten, opgenomen in de CMR tussen 1985 en 2006, bij aanvangsmeting binnen vier maanden na de diagnose diabetes

| Variabele                         | Totaal<br>(n = 610) | Geslacht         |                    | p       | SES*              |                     |                  | p    |
|-----------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|---------|-------------------|---------------------|------------------|------|
|                                   |                     | man<br>(n = 294) | vrouw<br>(n = 316) |         | laag<br>(n = 315) | midden<br>(n = 242) | hoog<br>(n = 48) |      |
| SES, n (%)                        |                     |                  |                    | 0,45    |                   |                     |                  | –    |
| ■ laag                            | 315 (52,1)          | 145 (49,7)       | 170 (54,3)         |         | –                 | –                   | –                |      |
| ■ midden                          | 242 (40,0)          | 121 (41,4)       | 121 (38,7)         |         | –                 | –                   | –                |      |
| ■ hoog                            | 48 (7,9)            | 26 (8,9)         | 22 (7,0)           |         | –                 | –                   | –                |      |
| Jaar van diabetesdiagnose, n (%)  |                     |                  |                    | 0,32    |                   |                     |                  | 0,11 |
| ■ 1985-1989                       | 83 (13,6)           | 38 (12,9)        | 45 (14,2)          |         | 39 (12,4)         | 40 (16,5)           | 4 (8,3)          |      |
| ■ 1990-1999                       | 235 (38,5)          | 106 (36,1)       | 129 (40,8)         |         | 135 (42,9)        | 83 (34,3)           | 16 (33,3)        |      |
| ■ 2000-2006                       | 292 (47,9)          | 150 (51,0)       | 142 (44,9)         |         | 141 (44,8)        | 119 (49,2)          | 28 (58,3)        |      |
| Leeftijd bij diagnose, jaren      |                     |                  |                    | 0,03    |                   |                     |                  | 0,04 |
| ■ gemiddeld                       | 63,0                | 61,9             | 64,1               |         | 61,9              | 64,3                | 65,2             |      |
| ■ SD (uitersten)                  | 12,5 (23-95)        | 12,2 (24-89)     | 12,7 (23-95)       |         | 12,4 (23-91)      | 12,4 (24-95)        | 11,7 (32-88)     |      |
| Follow-up, jaren                  |                     |                  |                    | 0,32    |                   |                     |                  | 0,27 |
| ■ gemiddeld                       | 6,2                 | 5,9              | 6,5                |         | 6,3               | 6,4                 | 5,2              |      |
| ■ SD (uitersten)                  | 4,6 (0,1-21,9)      | 4,4 (0,1-21,9)   | 4,8 (0,2-21,2)     |         | 4,5 (0,3-21,9)    | 4,9 (0,1-20,9)      | 3,6 (0,2-17,0)   |      |
| Einde follow-up, n (%)            |                     |                  |                    | 0,85    |                   |                     |                  | 0,69 |
| ■ einde onderzoeksperiode         | 396 (64,9)          | 193 (65,6)       | 203 (64,2)         |         | 202 (64,1)        | 158 (65,3)          | 33 (68,8)        |      |
| ■ overleden                       | 128 (21,0)          | 62 (21,1)        | 66 (20,9)          |         | 64 (20,3)         | 55 (22,7)           | 8 (16,7)         |      |
| ■ verhuisd of uitgeschreven       | 86 (14,1)           | 39 (13,3)        | 47 (14,9)          |         | 49 (15,6)         | 29 (12,0)           | 7 (14,6)         |      |
| Aantal metingen per patiënt       |                     |                  |                    | 0,02    |                   |                     |                  | 0,59 |
| ■ gemiddeld                       | 21,8                | 20,1             | 23,4               |         | 22,1              | 22,1                | 19,3             |      |
| ■ mediaan                         | 17,5                | 17               | 19                 |         | 18                | 17,5                | 16,5             |      |
| ■ SD (uitersten)                  | 18,2 (1-106)        | 16,3 (1-92)      | 19,7 (1-106)       |         | 18,2 (1-106)      | 18,7 (1-96)         | 16,7 (1-95)      |      |
| BMI, kg/m <sup>2</sup>            |                     |                  |                    | < 0,001 |                   |                     |                  | 0,13 |
| ■ gemiddeld (95%-BI)              | 29,8 (29,4-30,2)    | 29,0 (28,5-29,6) | 30,5 (29,9-31,2)   |         | 30,2 (29,6-30,8)  | 29,5 (28,8-30,1)    | 29,0 (27,7-30,4) |      |
| ■ SD (uitersten)                  | 5,1 (18,9-54,1)     | 4,5 (18,9-47,9)  | 5,5 (20,6-54,1)    |         | 5,3 (19,6-52,5)   | 4,9 (18,9-54,1)     | 4,4 (20,6-43,8)  |      |
| Aantal comorbide ziekten          |                     |                  |                    | < 0,001 |                   |                     |                  | 0,62 |
| ■ gemiddeld                       | 2,8                 | 2,4              | 3,2                |         | 2,9               | 2,8                 | 2,5              |      |
| ■ SD (uitersten)                  | 2,3 (0-12)          | 2,1 (0-9)        | 2,5 (0-12)         |         | 2,3 (0-12)        | 2,3 (0-12)          | 2,1 (0-9)        |      |
| Aard van de comorbiditeit, n (%)  |                     |                  |                    |         |                   |                     |                  |      |
| ■ cardiovasculair                 | 390 (63,9)          | 175 (59,5)       | 215 (68,0)         | 0,03    | 193 (61,3)        | 167 (69,0)          | 29 (60,4)        | 0,14 |
| ■ bewegingsapparaat               | 197 (32,3)          | 78 (26,5)        | 119 (37,7)         | 0,003   | 102 (32,4)        | 79 (32,6)           | 16 (33,3)        | 0,99 |
| ■ psychisch                       | 140 (23,0)          | 46 (15,6)        | 94 (29,7)          | <0,001  | 85 (27,0)         | 49 (20,2)           | 5 (10,4)         | 0,02 |
| ■ maligniteit                     | 42 (6,9)            | 21 (7,1)         | 21 (6,6)           | 0,80    | 25 (7,9)          | 13 (5,4)            | 4 (8,3)          | 0,46 |
| ■ COPD                            | 63 (10,3)           | 34 (11,6)        | 29 (9,2)           | 0,33    | 37 (11,7)         | 24 (9,9)            | 2 (4,2)          | 0,26 |
| ■ geen                            | 96 (15,7)           | 57 (19,4)        | 39 (12,3)          | 0,02    | 50 (15,9)         | 37 (15,3)           | 6 (12,5)         | 0,83 |
| ■ alleen discordant               | 124 (20,3)          | 62 (21,1)        | 62 (19,6)          | 0,65    | 72 (22,9)         | 38 (15,7)           | 13 (27,1)        | 0,06 |
| ■ zowel concordant als discordant | 302 (49,5)          | 126 (42,9)       | 176 (55,7)         | 0,002   | 154 (48,9)        | 128 (52,9)          | 20 (41,7)        | 0,32 |
| Enkelvoudige comorbiditeit, n (%) |                     |                  |                    |         |                   |                     |                  |      |
| ■ alleen cardiovasculair          | 88 (14,4)           | 49 (16,7)        | 39 (12,3)          | 0,13    | 39 (12,4)         | 39 (16,1)           | 9 (18,8)         | 0,31 |
| ■ alleen bewegingsapparaat        | 17 (2,8)            | 8 (2,7)          | 9 (2,8)            | 0,92    | 10 (3,2)          | 5 (2,1)             | 2 (4,2)          | 0,62 |
| ■ alleen psychisch                | 8 (1,3)             | 3 (1,0)          | 5 (1,6)            | 0,54    | 5 (1,6)           | 1 (0,4)             | 1 (2,1)          | 0,36 |
| ■ alleen maligniteit              | 4 (0,7)             | 3 (1,0)          | 1 (0,3)            | 0,28    | 2 (0,6)           | 1 (0,4)             | 1 (2,1)          | 0,43 |
| ■ alleen COPD                     | 4 (0,7)             | 3 (1,0)          | 1 (0,3)            | 0,28    | 3 (1,0)           | 1 (0,4)             | 0 (–)            | 0,62 |

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; BMI = body mass index; COPD = chronische obstructieve longaandoening; SD = standaarddeviatie; SES = sociaal-economische status.

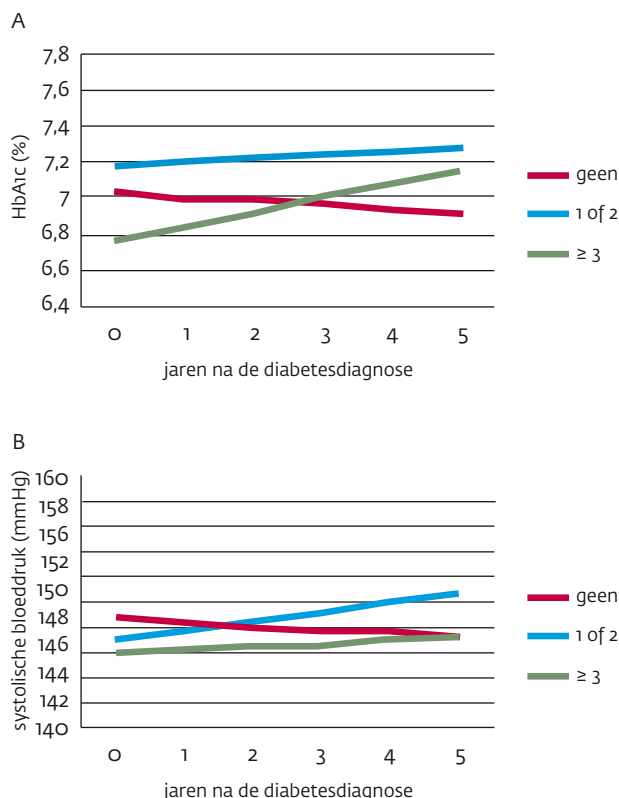
\* Aantal beschikbare metingen 605 (5 ontbrekende).

We vonden wel een significant verband tussen het aantal comorbide aandoeningen en de ontwikkeling van de systolische bloeddruk ( $p = 0,005$ ). Patiënten die bij aanvang geen comorbiditeit hadden, hadden vijf jaar later de hoogste systolische bloeddruk. In de subgroepeffectanalyse zagen we dat de SES samenhang met de relatie tussen het aantal comorbide aandoeningen en het beloop van de bloeddruk (elders beschreven).<sup>13</sup>

Aandoeningen van het bewegingsapparaat bleken significant geassocieerd met de ontwikkeling van het HbA<sub>1c</sub> ( $p = 0,044$ , [figuur 2]). Patiënten met deze aandoeningen begonnen met lagere HbA<sub>1c</sub>-waarden, maar hadden vijf jaar later hogere waarden.

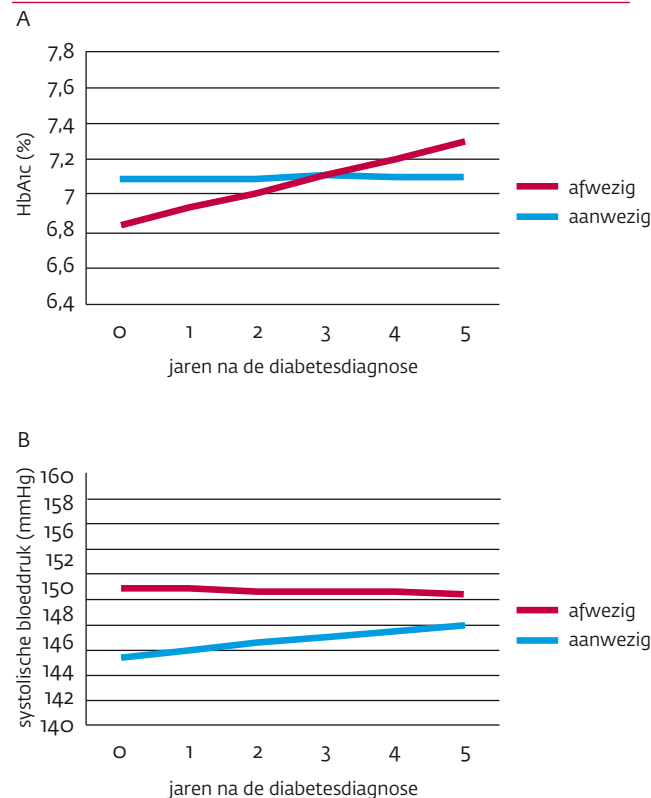
Cardiovasculaire comorbiditeit beïnvloedde de ontwikkeling van de systolische bloeddruk significant ( $p = 0,014$ ),

**Figuur 1** Invloed van het aantal comorbide aandoeningen op de HbA<sub>1c</sub>-concentratie (A) en de systolische bloeddruk (B) bij een mannelijke diabetespatiënt met lage SES, mediane leeftijd en mediane BMI



De invloed van het aantal comorbide aandoeningen op de HbA<sub>1c</sub>-concentratie (A) is niet significant ( $p = 0,075$ ); de invloed op de systolische bloeddruk (B) is significant ( $p = 0,005$ ). Voor verdere toelichting zie [www.henw.org/](http://www.henw.org/).

**Figuur 2** Invloed van aandoeningen van het bewegingsapparaat op de HbA<sub>1c</sub>-concentratie (A) en van hart- en vaatziekten op de systolische bloeddruk (B) bij een mannelijke diabetespatiënt met lage SES, mediane leeftijd en mediane BMI die geen andere comorbiditeit heeft



Aandoeningen van het bewegingsapparaat (A) hebben een significant effect op de HbA<sub>1c</sub>-concentratie ( $p = 0,044$ ); cardiovasculaire aandoeningen (B) hebben een significant effect op de bloeddruk ( $p = 0,014$ ). Voor verdere toelichting zie [www.henw.org](http://www.henw.org/), rubriek Onderzoek.

resultierend in hogere waarden gedurende de hele observatieperiode.

Voor de andere typen geselecteerde comorbiditeit vonden we geen statistisch significante associaties.

[Figuur 1 en 2] geven de geobserveerde effecten grafisch weer. De lijnen tonen het beloop van systolische bloeddruk en HbA<sub>1c</sub> gedurende vijf jaar voor verschillende comorbiditeitsprofielen. Deze resultaten zijn berekende waarden op basis van het mixed model. Een al dan niet statistisch significant verschil ( $p < 0,05$ ) komt tot uitdrukking in de onderlinge hellingshoeken.

Bij de analyse van het effect van de geselecteerde comorbide aandoeningen, waarbij wij steeds corrigeerden voor de aanwezigheid van andere geselecteerde comorbiditeit, vonden we dat de covariaten 'cardiovasculaire aandoeningen' geassocieerd waren met een hogere systolische bloeddruk en dat de covariaten 'psychische aandoeningen' geassocieerd waren met een lager HbA<sub>1c</sub> en een lagere systolische bloeddruk.

## BESCHOUWING

In dit observationele onderzoek exploreerden wij de effecten van chronische comorbide aandoeningen op de ontwikkeling van het HbA<sub>1c</sub> en de systolische bloeddruk bij nieuw gediagnosticeerde patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk. We zagen dat het aantal comorbide aandoeningen bij de aanvangsmeting geassocieerd was met het verloop van de systolische bloeddruk en dat dit effect gemoedificeerd werd door SES. Het effect van comorbiditeit op het verloop van HbA<sub>1c</sub> was beperkt, maar aanwezig bij ziekten van het bewegingsapparaat. Concordante comorbiditeit, in de vorm van cardiovasculaire aandoeningen, had een ongunstige invloed op de systolische bloeddruk. Deze resultaten laten zien dat comorbiditeit op de lange termijn de diabetescontrole kan beïnvloeden en dat daarin verschillende patronen optreden, afhankelijk van aantal en type comorbiditeit. De relaties tussen de comorbiditeit en de hier onderzochte parameters moeten in vervolgonderzoek bevestigd worden. De resultaten kunnen helpen bij het verder personaliseren van de behandeling van diabetes, waarbij meer rekening gehouden wordt met

comorbiditeit, wat een andere therapeutische strategie kan noodzaken.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat wij longitudinale data konden analyseren over een lange periode. Door patiënten van alle leeftijden en met ieder type comorbiditeit te includeren beschikten we over een cohort dat representatief is voor de diabetespopulatie in de eerste lijn. De gegevens zijn afkomstig van huisartsenpraktijken die hoogwaardige diabeteszorg leveren. De geregistreerde parameters, HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk, zijn relevant bij het bestuderen van de diabetescontrole over een lange periode.

Diagnostiek en behandeling van sommige ziekten kunnen veranderd zijn tussen 1985 en 2006. Dit geldt zeker voor het opsporen en behandelen van patiënten met diabetes. De eerste, tweede en derde versie van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 verscheen in respectievelijk 1989, 1999 en 2006. De groeiende aandacht voor wetenschappelijk onderbouwde en geprotocolleerde diabeteszorg ging gepaard met de komst van de praktijkondersteuner. Ook de diagnostiek en behandeling van comorbide aandoeningen zouden in de loop der tijd veranderd kunnen zijn, hoewel niet op voorhand duidelijk is of dit vooral geldt voor bepaalde soorten aandoeningen, en zo ja, in welke richting dit de uitkomsten van ons onderzoek beïnvloed zou hebben. Bij het analyseren van longitudinale gegevens over een langere periode moet men er rekening mee houden dat er veranderingen kunnen optreden in wat 'gebruikelijke zorg' inhoudt. Een (hier niet getoonde) sensitiviteitsanalyse leverde echter geen aanwijzingen op dat 'comorbiditeit' gedurende onze onderzoeksperiode andere effecten teweegbracht.<sup>13</sup> Wel vonden wij voor de systolische bloeddruk een verband met de kalenderperiode, wat past bij de toegenomen aandacht voor een goede beheersing van risicofactoren.

Ongetwijfeld is de behandeling van diabetes en comorbide ziekten, met medicatie of met leefstijlinterventies, van invloed geweest op de uitkomsten van dit dynamische cohortonderzoek. Het was echter niet mogelijk de invloed van die behandelingen longitudinaal te vergelijken bij patiënten met versus patiënten zonder comorbiditeit. Daarom konden wij niet analyseren hoe eventuele verschillen in behandeling hebben bijgedragen aan onze uitkomsten.

De aanwezigheid van comorbiditeit kan de ideeën van huisartsen over nut en haalbaarheid van een behandeling beïnvloeden.<sup>14</sup> Sommige middelen zijn minder geschikt of minder veilig bij bepaalde comorbide aandoeningen en dit kan de therapeutische mogelijkheden voor diabetes versmallen. Toekomstig longitudinaal onderzoek naar associaties tussen comorbiditeit en controleparameters van een chronische ziekte zou aandacht moeten hebben voor medicatiegebruik.

Wij gebruikten een goed gedocumenteerde definitie van comorbiditeit om het effect op de diabetescontrole te beschrijven. In veel andere onderzoeken is 'comorbiditeit' gedefinieerd als de aan- of afwezigheid van bepaalde ziekten uit een korte lijst.<sup>8-10</sup>

Onze bevinding dat de waarden van HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk op de lange termijn iets beter waren voor patiën-

ten met veel comorbiditeit ( $\geq 3$  ziekten) is nieuw en vraagt om verdieping. Onze onderzoeksvraag is met opzet zo breed geformuleerd; de resultaten moeten gezien worden als startpunt voor vervolgonderzoek met grotere cohorten, dat dieper inzoomt op opvallende bevindingen uit ons onderzoek. Daarom zijn wij voorzichtig geweest bij de interpretatie. We hebben laten zien dat de diabetescontrole bij patiënten zonder comorbiditeit (de typische patiënten in RCT's) niet representatief is voor de diabetescontrole in de gehele diabetespopulatie. Onderzoeken die de effectiviteit van diabetesbehandelingen onderzoeken zonder rekening te houden met comorbiditeit hebben dus een duidelijk beperkte generaliseerbaarheid.

Het is mogelijk dat diabetes in een vroeger stadium ontdekt wordt wanneer er comorbiditeit is. Aanwijzingen hiervoor zijn dat bij de aanvangsmeting kort na de diagnose 'diabetes' lagere uitgangswaarden gevonden worden bij patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat (HbA<sub>1c</sub>) en bij patiënten met drie of meer comorbide aandoeningen (HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk). Dit zou bijvoorbeeld kunnen komen doordat bloedonderzoek, inclusief glucosemeting, frequenter plaatsvindt bij patiënten die al een andere chronische ziekte hebben. De HbA<sub>1c</sub>-waarden van patiënten met comorbiditeit van het bewegingsapparaat stegen relatief snel en hun glykemische controle was na vijf jaar slechter dan die van patiënten zonder dit type comorbiditeit. Een logische verklaring lijkt dat deze patiënten minder bewogen. Wij veronderstellen dat het consistente additionele effect van comorbide psychische ziekte (lager HbA<sub>1c</sub> en lagere systolische bloeddruk) komt door frequenter contact met de huisarts,<sup>15</sup> waardoor er bij deze patiënten meer gelegenheid is diabetes in een vroeg stadium op te sporen en de uitkomsten iets beter zijn. De verklaring voor de hogere bloeddrukwaarden bij patiënten met een comorbide hart- en vaatziekte ligt waarschijnlijk in de concordantie van deze ziekten met diabetes. Daarbij moet worden opgemerkt dat in dit onderzoek de diagnose hypertensie zonder andere cardiovasculaire comorbiditeit ook kon voorkomen bij patiënten met andere, dus niet-cardiovasculaire comorbiditeit. Diabetesrichtlijnen bevelen goede bloeddrukcontrole aan voor alle diabetespatiënten, ongeacht de aanwezigheid van cardiovasculaire of andere comorbiditeit.

Een groot aantal comorbide aandoeningen resulteerde niet in een ongunstiger beloop van HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk. Het feit dat het dus niet de simpele som der ziekten is die het beloop van de diabetescontrole beïnvloedt, maar dat dat beloop samenhangt met het type comorbiditeit, benadrukt dat diabeteszorg door huisartsen onderdeel is van de zorg die zij leveren voor de gehele persoon, oftewel patiëntgericht is.

## CONCLUSIE

De aanwezigheid van comorbiditeit blijkt, in een representatief cohort van diabetespatiënten die gebruikelijke zorg in de huisartsenpraktijk ontvingen, het beloop van HbA<sub>1c</sub> en systolische bloeddruk te kunnen beïnvloeden. Naast het totaal aantal comorbide aandoeningen spelen verschillende comorbide aandoeningen daarbij een wisselende rol. Ver-

der onderzoek naar de complexe associatie tussen diabetes, comorbiditeit en effectmodificatoren is noodzakelijk om de consequenties van verschillende niveaus van glykemische controle en bloeddrukregulatie beter te begrijpen. Onze bevindingen benadrukken dat 'comorbiditeit' een parameter is die meegenomen moet worden in toekomstig onderzoek en dat een persoonsgerichte benadering in de diabeteszorg van groot belang is. ■

#### LITERATUUR

- Greenfield S, Billimek J, Pellegrini F, Franciosi M, De BG, Nicolucci A, et al. Comorbidity affects the relationship between glycemic control and cardiovascular outcomes in diabetes: a cohort study. *Ann Intern Med* 2009;151:854-60.
- France EF, Wyke S, Gunn JM, Mair FS, McLean G, Mercer SW. Multimorbidity in primary care: a systematic review of prospective cohort studies. *Br J Gen Pract* 2012;62:e297-307.
- Luijckx H, Schermer T, Bor H, Van Weel C, Lagro-Janssen T, Biermans M, et al. Prevalence and incidence density rates of chronic comorbidity in type 2 diabetes patients: an exploratory cohort study. *BMC Med* 2012;10:128.
- Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. *Diabetologia* 2014;57:1542-51.
- Grintsova O, Maier W, Mielck A. Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *Int J Equity Health* 2014;13:43.
- Souto-Gallardo Mde L, Bacardi Gascon M, Jimenez Cruz A. Effect of weight loss on metabolic control in people with type 2 diabetes mellitus: systematic review. *Nutr Hosp* 2011;26:1242-9.
- Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One* 2011;6:e25987.
- Bayliss EA, Blatchford PJ, Newcomer SR, Steiner JF, Fairclough DL. The effect of incident cancer, depression and pulmonary disease exacerbations on type 2 diabetes control. *J Gen Intern Med* 2011;26:575-81.
- Chaudhry SI, Berlowitz DR, Concato J. Do age and comorbidity affect intensity of pharmacological therapy for poorly controlled diabetes mellitus? *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1214-6.
- Woodard LD, Urech T, Landrum CR, Wang D, Petersen LA. Impact of comorbidity type on measures of quality for diabetes care. *Med Care* 2011;49:605-10.
- Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Wolffenbuttel BH, De Zeeuw D, Stolk RP, Denig P. Differential effects of comorbidity on antihypertensive and glucose-regulating treatment in diabetes mellitus: A cohort study. *PLoS One* 2012;7:e38707.
- De Grauw WJ, Van Gerwen WH, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ, Van Weel C. Outcomes of audit-enhanced monitoring of patients with type 2 diabetes. *J Fam Pract* 2002;51:459-64.
- Luijckx H, Biermans M, Bor H, Van Weel C, Lagro-Janssen T, De Grauw W, Schermer T. The effect of comorbidity on glycemic control and systolic blood pressure in type 2 diabetes: A cohort study with 5 year follow-up in primary care. *PLoS One* 2015;10:e0138662.
- Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013;3:e003610.
- Olde Hartman TC, Lucassen PL, Van de Lisdonk EH, Bor HH, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004;54:922-7.

Ferdinand Schreuder

## CVRM

Patiënten overschatten het gunstige effect van medicamenteuze behandelingen en ook de risico's die ze lopen op ziekte. Ook dokters verliezen soms de harde cijfers uit het oog omdat ze de hele dag met ziekte en invaliditeit bezig zijn. Samen zetten ze een beweging naar meer behandelen in gang, waarvoor ze bij nuchter gebruik van de beschikbare kennis mogelijk niet zouden kiezen. Als ik mijn patiënten uitleg dat zij meer dan 90% kans hebben dat zij hun voorgeschreven statine de komende tien jaar voor niets slikken of dat het behandelen van hun bloeddruk (met meestal meer dan een soort medicijn) nog minder

doeltreffend is, wek ik soms grote verbazing dat dokters zich hiermee überhaupt bezighouden. Eerste reactie is nogal eens het afzien van behandeling. Maar om spijt en (zelf)verwijt te voorkomen sluit ik bij mijn advisering toch aan bij de richtlijnen van het NHG, wat sommigen over de streep haalt om deze behandeling dan toch te accepteren. Heimelijk ben ik blij als een patiënt zijn poot stijf houdt en geen medicijnen gaat slikken. Mijn twijfels over medicalisering, interacties, bijwerkingen en financiële haalbaarheid worden nog groter als ik door de apotheek gemaand wordt mijn 80-jarige patiënt vanwege zijn ascalgebruik ook nog maagbescherming te geven.

Staken van de preventie vind ik nog moeilijker. Patiënten zijn soms gehecht aan hun niet-geïndiceerde pillen en durven er niet mee te stoppen. Mensen die me bij herhaling vertellen dat ze het niet erg zouden vinden om morgen dood op bed gevonden te worden blijven toch trouw hun bloeddrukpillen slikken. Vertellen dat iemand te oud is geworden om nog een gunstig effect van preventie te verwachten wekt ten onrechte de indruk dat ik mijn patiënt 'afschrijf'. Zo kan het gebeuren dat ik pas in de palliatieve fase van een kankerbehandeling de ascal, statines of bloeddrukverlagers stopzet.

Ik troost mezelf maar met de gedachte dat ik misschien ook het negatieve effect van al die medicatie overschat. ■







## Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering

### Samenvatting

Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning JCC, Wensing M. Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59(9):388-93.

**ACHTERGROND** Wereldwijd gebruikt men accreditering van gezondheidszorgorganisaties om de kwaliteit van zorg te toetsen en te verbeteren. Wij hebben de effectiviteit onderzocht van verbeterplannen als onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering, gericht op CVRM.

**METHODE** Huisartsenpraktijken in de interventiegroep ( $n = 22$ ) kregen de opdracht om verbeterplannen tijdens de interventieperiode op CVRM te richten, terwijl praktijken in de controlegroep ( $n = 23$ ) zich op elk domein richtten, behalve CVRM en diabetes mellitus.

**RESULTATEN** De primaire uitkomsten waren systolische bloeddruk  $< 140$  mmHg, LDL-cholesterol  $< 2,5$  mmol/l en het voorschrijven van trombocytenaggregatieremmers. Secundaire uitkomsten waren 17 indicatoren van CVRM en de mate waarin de deelnemers vonden dat de doelen van het gekozen verbeterproject waren bereikt. We hebben de voor- en nameting in onafhankelijke groepen patiënten verricht. We hebben geen effect op de primaire uitkomsten gevonden.

Streefdoelen voor bloeddruk werden bij 39,8% van de patiënten in de interventiegroep en bij 38,7% van de patiënten in de controlegroep bereikt; 44,5% respectievelijk 49,0% bereikte de cholesterolstreefniveaus; in beide groepen kreeg 82,7% van de patiënten trombocytenaggregatieremmers voorgeschreven. Zes secundaire uitkomsten verbeterden: rookstatus, controle van bewegen, dieetcontrole, registratie van alcoholgebruik, het meten van de middelomtrek en het meten van de nuchtere glucose. De mate waarin de deelnemers de doelen bereikten was in beide groepen hoog: gemiddelde scores van 7,9 en 8,2 op een tienpuntsschaal.

**CONCLUSIE** Ons onderzoek laat zien dat dit programma verbetering bracht in een aantal aspecten van professionele prestaties met betrekking tot CVRM in de praktijken die hun verbeterplannen op CVRM hadden gericht. De primaire uitkomsten verbeterden echter niet. De deelnemers bereikten in ruime mate de doelstellingen van hun verbeterprojecten.

### INLEIDING

Accreditering van gezondheidszorgorganisaties wordt wereldwijd gebruikt om de kwaliteit van zorg te toetsen en te verbeteren. De meeste accrediteringssystemen beoordelen de

service en prestaties van gezondheidszorgorganisaties door de naleving van standaarden te evalueren met behulp van enquêtes, dossieronderzoek en audits.<sup>1</sup>

In Nederland kunnen huisartsenpraktijken op vrijwillige basis deelnemen aan de NHG-Praktijkaccreditering. Dit programma bestaat uit een uitgebreide audit, gericht op klinische en organisatorische domeinen, gevolgd door het opstellen van verbeterplannen en uiteindelijk een formele beoordeling door een externe auditor.<sup>2</sup> Het verbeteren van professionele prestaties en praktijkorganisatie is een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering.<sup>3-5</sup>

Uitgebreide evaluaties van de effecten van praktijkaccrediteringsprogramma's zijn schaars<sup>6</sup> en de effecten van accreditering op klinische prestaties, organisatorische processen en financiële status zijn inconsistent.<sup>7,8</sup> Bij de NHG-Praktijkaccreditering ligt de focus op leren en verbeteren. Vanaf het begin was er zorg over de belasting van huisartsenpraktijken.<sup>9</sup> Huisartsen vinden veelal dat het verzamelen en aanleveren van gegevens voor de accreditering betrekkelijk veel tijd vergt. Deze inspanning staat op gespannen voet met de doelstellingen van Het Roer Moet Om (HRMO). Een belangrijk streven van HRMO is juist administratieve lastenverlichting. Als uitwerking hiervan moet het aantal indicatoren worden beperkt.

Het doel van ons onderzoek was het vaststellen van de effectiviteit van verbeterplannen binnen de NHG-Praktijkaccreditering. Hierbij hebben wij ons gericht op cardiovasculair risicomanagement (CVRM), een belangrijke taak binnen de

### Wat is bekend?

- Verbeteren van professionele prestaties en praktijkorganisatie is een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering.
- Het verzamelen en aanleveren van gegevens voor de NHG-Praktijkaccreditering vergt veel tijd.
- De NHG-Praktijkaccreditering is een methode die praktijkteams aanmoedigt tot een cyclische aanpak van de verbetering van hun kwaliteit.

### Wat is nieuw?

- Een aantal elementen vergemakkelijkt de uitvoering van de NHG-Praktijkaccreditering: het aanwijzen van een verantwoordelijke voor het programma, zorgen voor duidelijke communicatielijnen binnen de praktijk en het hebben van affiniteit met of het stimuleren van enthousiasme voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. We hebben geen verbetering gevonden op de primaire uitkomsten, maar secundaire uitkomsten verbeterden wel. Daarnaast hebben de deelnemende praktijken hun doelen uit de verbeterplannen bereikt.
- Om de effecten van de NHG-Praktijkaccreditering te vergroten, moeten de verbeterplannen op het verbeteren van uitkomsten van de zorg worden gericht.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem: dr. E. Nouwens, docent, Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboud Universiteit Nijmegen, Medisch centrum, Nijmegen: J. van Lieshout, huisarts/onderzoeker; M. Bouma, senior onderzoeker; J.C.C. Braspenning, UHD/senior onderzoeker; prof. dr. M. Wensing, Hoogleraar Implementation Science. • Correspondentie: elvira.nouwens@han.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning JCC, Wensing M. Effectiveness of improvement plans in primary care practice accreditation: a clustered randomized trial. *Plos One* 2014;9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Nederlandse huisartsenpraktijk omdat de meerderheid van de hart- en vaatziektenpatiënten deze zorg binnen de praktijk ontvangen.<sup>10</sup> Dit artikel is een verkorte versie van het oorspronkelijke artikel.<sup>11</sup>

## METHODE

### Onderzoeksontwerp

Het onderzoeksontwerp was een twee-armige clustergerandomiseerde trial met een blokontwerp. Hierbij hebben we per groep van vier praktijken geloot voor de interventie- of controlegroep, om een gelijke verdeling tussen de twee onderzoeksarmen te waarborgen. Huisartsenpraktijken vormden de eenheden van clustering. We hebben een voor- en nameting uitgevoerd bij onafhankelijke groepen patiënten. Het onderzoeksprotocol hebben we elders gepubliceerd (trialnummer NCT00791362).<sup>12</sup>

### Ethische goedkeuring en informed consent

De medisch-ethische commissie Arnhem-Nijmegen heeft goedkeuring gegeven voor dit onderzoek (dossiernummer 2008/258). Voor de voormeting hebben we gegevens over patiënten met vastgestelde hart- en vaatziekten gebruikt, die zijn verzameld ten behoeve van de NHG-Praktijkaccreditering. Voor de nameting hebben we aan patiënten *informed consent* gevraagd voor de uitvoering van dossieronderzoek. Alle gegevens hebben we anoniem verwerkt.

### Deelnemers

#### Huisartsenpraktijken

Huisartsenpraktijken die zich hadden aangemeld voor de NHG-Praktijkaccreditering hebben we tussen september 2008 en april 2010 benaderd voor deelname aan het onderzoek. Na de voormeting hebben we praktijken toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Praktijken in de interventiegroep implementeerden een verbeterplan op het gebied van CVRM, praktijken in de controlegroep implementeerden een verbeterplan dat niet was gericht op CVRM of diabetes mellitus. Praktijken met een duidelijke voorkeur voor een verbeterplan voor een specifiek domein hebben we uitgesloten van deelname.

De datum van het verkrijgen van het accreditatiekeurmerk was de startdatum van de interventieperiode. De gegevens van de nameting hebben we verzameld van februari 2010 tot mei 2012, twaalf maanden na het starten van de interventie.

#### Patiënten

Het onderzoek richtte zich op patiënten met vastgestelde hart- en vaatziekten (HVZ), zoals vastgelegd in de medische dossiers: angina pectoris (K74), acuut myocardiinfarct (K75), andere chronische ischemische hartziekten (K76), TIA (K89), cerebraal infarct (K90.3), perifere arteriële vaatlijden (K92.1) en aneurysma aortae (K99.1).<sup>13,14</sup> Patiënten moesten minimaal twaalf maanden bij hun huisarts zijn ingeschreven. We hebben patiënten geselecteerd vanuit het elektronisch patiëntendossier op basis van de bijbehorende International Classification of Primary Care codes (ICPC-codes).<sup>15</sup>

### Primaire en secundaire uitkomsten

Het NHG heeft een set van twintig kwaliteitsindicatoren opgesteld voor de zorg voor patiënten met HVZ.<sup>17</sup> Hiervan hebben we er drie geselecteerd als primaire uitkomsten: het percentage patiënten met een systolische bloeddruk < 140 mmHg, het percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte < 2,5 mmol/l en het percentage patiënten met voorgeschreven trombocytenaggregatieremmers.

Secundaire uitkomsten waren de zeventien overige indicatoren: registratie van systolische bloeddrukmeting, registratie van LDL-cholesterolmeting, voorgeschreven statine, rookgedrag bekend, rookstatus van de patiënt, stoppen-met-rokenadvies gegeven, Body Mass Index (BMI) gemeten, BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>, middelomtrek gemeten, nuchtere glucose gemeten, griepvaccinatie gegeven, registratie alcoholgebruik, controle en advies lichaamsbeweging en dieet, en compleet risicoprofiel vastgesteld. We hebben de gegevensverzameling vanuit medische dossiers met een gestandaardiseerde procedure uitgevoerd; we hebben de gegevens voor elke patiënt afzonderlijk verzameld.

Een aanvullende secundaire uitkomst was de mate waarin de doelen van de verbeterplannen werden bereikt. Deze hebben we uitgevraagd door middel van interviews met de huisarts of de assistent en gemeten op een likertschaal.

### Steekproefgrootte

Gegevens van deelnemende praktijken tot 2006 lieten scores op de gekozen primaire uitkomsten zien van 36 tot 53% (niet gepubliceerde gegevens). De steekproefgrootte hebben we berekend onder de aanname dat de accreditatie 5 tot 10% verbetering zou geven, overeenkomstig het mediane effect in een review van 235 onderzoeken naar kwaliteitsverbetering.<sup>5</sup> Met gegevens van 30 patiënten per indicator per praktijk zouden per onderzoeksarm 31 praktijken nodig zijn (power = 0,80, alfa = 0,05, ICC = 0,05<sup>16</sup>). Rekening houdend met uitval wilden we in totaal 70 praktijken includeren.

### Randomisatie

De eenheid van randomisatie was de huisartsenpraktijk. Een onafhankelijke statisticus genereerde een randomisatielijst met blokontwerp en gebruikte deze om praktijken in groepen van gelijke grootte over interventie- en controlegroep te verdelen. Dit gebeurde op volgorde van aanmelding.

### Blindering

Huisartsen waren ervan op de hoogte in welke groep zij waren ingedeeld omdat zij moesten weten op welk gebied zij een verbeterplan moesten schrijven en implementeren. De gegevensverzamelaars waren geblindeerd. Blindering van patiënten was niet nodig omdat er alleen dossieronderzoek is gedaan.

### Gegevensanalyse

Voor descriptieve gegevens gebruikten we SPSS 16.0. Alle uitkomstmaten waren dichotoom en analyseerden we met een 2-level logistisch regressiemodel, waarbij we rekening hielden met het feit dat patiënten in praktijken waren geclusterd. Co-

variëren op praktijkniveau waren praktijklocatie in een achterstandswijk, aanwezigheid van een praktijkondersteuner met CVRM-taken en praktijktype (solo-, duo- en groepspraktijk). Op patiëntniveau hielden we rekening met comorbiditeit, leeftijd en geslacht. Voor deze analyses hebben we het pakket SAS versie 9.2 gebruikt (procedure PROC GLIMMIX).

Voor de analyse van het ervaren van het bereiken van gestelde doelen hebben we een analyse met één level gebruikt.

## RESULTATEN

Voor de NHG-Praktijkaccreditering hebben zich in de weringsperiode van het onderzoek 336 huisartsenpraktijken aangemeld, die een uitnodiging voor deelname kregen. Vijfenvierzig praktijken stemden in met deelname. De statisticus wees 22 praktijken toe aan de interventiegroep en 23 praktijken aan de controlegroep. Voor de nameting hebben we voor 20 praktijken gegevens verzameld in de interventiegroep en 21 praktijken in de controlegroep.

De interventiegroep bestond voor 57,1% uit solopraktijken, 19% uit duopraktijken en 23,8% uit groepspraktijken. Voor de controlegroep was dit respectievelijk 36,4%, 36,4% en 27,3%. Van de praktijken in de interventiegroep participeerde 6,3% in een CVRM-zorggroep, in de controlegroep was dit 35,0%.

## Primaire uitkomsten

Geen van de primaire uitkomsten verbeterde [tabel]. Het aantal patiënten met een systolische bloeddruk < 140 mmHg nam in beide groepen af; in de interventiegroep van 50,5% naar 39,8% en in de controlegroep van 50,6% naar 38,7%. Het aantal patiënten met LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l veranderde nauwelijks. Het aantal patiënten met voorgeschreven trombo-cytenaggregatieremmers nam in de interventiegroep af van 84,3% naar 82,7% en in de controlegroep van 84,9% naar 82,7%.

## Secundaire uitkomsten

Zes van de 17 secundaire uitkomsten lieten significante verbeteringen zien als gevolg van de interventie [tabel]. Dit betrof patiënten van wie de rookstatus bekend is (verandering respectievelijk met 27,2% en 14,2%;  $p < 0,001$ ); registratie van beweging (9,9% en 2,9% verandering;  $p = 0,0042$ ); registratie van dieetcontrole (3,6% en 0,9% verandering;  $p = 0,0258$ ); registratie van alcoholgebruik (16,0% en 6,1% verandering;  $p = 0,0007$ ); meten van de middelomtrek (5,8% en 5,6% verandering;  $p = 0,0346$ ) en het meten van de nuchtere glucose (10,1% en 1,8% verandering;  $p = 0,0360$ ).

**Tabel** Weergave van indicatoren voor cardiovasculair risicomanagement in elektronische medische dossiers

| Type indicator |                                                                            | Interventiegroep        |                       |               | Controlegroep           |                       |                    |                              |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------------|
|                |                                                                            | Voormeting<br>(n = 799) | Nameting<br>(n = 952) | Verandering % | Voormeting<br>(n = 886) | Nameting<br>(n = 719) | Verandering %      | Verandering tussen groepen % |
| Uitkomst       | Systolische bloeddruk < 140 mmHg                                           | 297/588 (50,5)          | 283/712 (39,8)        | -10,7         | 342/676 (50,6)          | 225/581 (38,7)        | -11,9              | 1,2                          |
| Proces         | Systolische bloeddruk gemeten                                              | 588/796 (73,9)          | 712/948 (75,1)        | +1,2          | 676/886 (76,3)          | 581/716 (81,1)        | +4,8               | -3,6                         |
| Uitkomst       | LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l                                               | 174/382 (45,6)          | 232/521 (44,5)        | -1,1          | 215/448 (48)            | 217/443 (49)          | +1,0               | -2,1                         |
| Proces         | LDL-cholesterol gemeten                                                    | 384/793 (48,4)          | 521/937 (55,6)        | +7,2          | 448/884 (50,7)          | 443/716 (61,9)        | +11,2              | -3,0                         |
| Proces         | Patiënten met LDL-cholesterol $\geq$ 2,5 mmol/l met voorgeschreven statine | 137/207 (66,2)          | 200/289 (69,2)        | +3,0          | 146/233 (62,7)          | 176/225 (78,2)        | +15,5              | -12,5                        |
| Proces         | Trombocytenaggregatieremmers voorgeschreven                                | 671/796 (84,3)          | 787/952 (82,7)        | -1,6          | 751/885 (84,9)          | 593/717 (82,7)        | -2,2               | -0,6                         |
| Proces         | Rookgedrag                                                                 | 293/796 (36,8)          | 609/951 (64)          | +27,2         | 436/882 (49,4)          | 457/719 (63,6)        | +14,2 <sup>†</sup> | 13,0                         |
| Uitkomst       | Patiënt rookt                                                              | 93/292 (31,9)           | 134/609 (22)          | -9,9          | 136/436 (31,2)          | 123/457 (26,9)        | -4,3               | 5,6                          |
| Proces         | Stoppen-met-rokenadvies                                                    | 58/93 (62,4)            | 69/133 (51,9)         | -10,5         | 67/134 (50)             | 65/118 (55,1)         | +5,1               | -15,6                        |
| Proces         | Controle beweeggedrag                                                      | 220/798 (27,6)          | 357/951 (37,5)        | +9,9          | 264/885 (29,8)          | 234/715 (32,7)        | +2,9 <sup>†</sup>  | 7,0                          |
| Proces         | Advies beweeggedrag                                                        | 155/798 (19,4)          | 198/951 (20,8)        | +1,4          | 191/884 (21,6)          | 182/714 (25,5)        | +3,9               | -2,5                         |
| Proces         | Dieetcontrole                                                              | 191/799 (23,9)          | 261/949 (27,5)        | +3,6          | 237/886 (26,8)          | 185/715 (25,9)        | -0,9 <sup>*</sup>  | 4,5                          |
| Proces         | Dieetadvies                                                                | 196/799 (24,5)          | 266/952 (27,9)        | +3,4          | 224/883 (25,6)          | 230/716 (32,1)        | +6,5               | -3,1                         |
| Proces         | Alcoholgebruik geregistreerd                                               | 197/797 (24,7)          | 383/941 (40,7)        | +16,0         | 277/885 (31,3)          | 266/711 (37,4)        | +6,1 <sup>†</sup>  | 9,9                          |
| Proces         | Gemeten middelomtrek                                                       | 87/788 (11)             | 158/938 (16,8)        | +5,8          | 125/873 (14,3)          | 140/705 (19,9)        | +5,6 <sup>*</sup>  | 0,2                          |
| Proces         | Nuchtere glucose gemeten                                                   | 501/799 (62,7)          | 687/944 (72,8)        | +10,1         | 621/881 (70,5)          | 516/714 (72,3)        | +1,8 <sup>*</sup>  | 8,3                          |
| Proces         | BMI gemeten                                                                | 217/797 (27,2)          | 362/921 (39,3)        | +12,1         | 241/882 (27,3)          | 278/695 (40)          | +12,7              | -0,6                         |
| Uitkomst       | BMI < 25 kg/m <sup>2</sup>                                                 | 33/217 (15,2)           | 66/362 (18,2)         | +3,0          | 46/241 (19,1)           | 45/278 (16,2)         | -2,9               | 5,9                          |
| Proces         | Griepvaccinatie gegeven                                                    | 609/799 (76,2)          | 475/758 (62,7)        | -13,5         | 669/884 (75,7)          | 520/634 (82)          | +6,3               | -19,8                        |
| Proces         | Compleet risicoprofiel <sup>†</sup>                                        | 32/799 (4)              | 63/952 (6,6)          | +2,6          | 51/886 (5,8)            | 62/719 (8,6)          | +2,8               | -0,2                         |

\* P-waarde < 0,05 (verschil in verandering gecorrigeerd voor patiënten genest in praktijken).

† P-waarde < 0,001 (verschil in verandering gecorrigeerd voor patiënten genest in praktijken).

\* Positieve score wanneer de volgende indicatoren in het dossier in de voorgaande twaalf maanden zijn vastgelegd: bloeddruk, BMI, middelomtrek, nuchtere glucosemeting, LDL-cholesterol, rookgedrag, alcoholgebruik, dieetcontrole en -advies en beweegcontrole en -advies.

### Bereiken van doelen

De verbeterplannen in het kader van CVRM betroffen voornamelijk het oprichten van een CVRM-spreekuur, het achterhalen van patiënten die in aanmerking komen voor CVRM en de verbetering van de registratie in elektronische medische dossiers. Aan de hand van interviews met 30 van de deelnemende praktijken zijn we nagegaan in hoeverre de doelen werden bereikt.<sup>17</sup> Uit de resultaten blijkt dat de doelen grotendeels werden bereikt. In de interventiegroep was de gemiddelde score voor het bereiken van de doelen 7,9 (sd 1,2) en in de controlegroep 8,2 (sd 1,2). Er was geen verschil tussen de interventie- en de controlegroep ( $p = 0,45$ ), wat impliceert dat doelen op het gebied van CVRM in de interventiegroep in dezelfde mate werden bereikt als de doelen op andere domeinen van chronische zorg in de controlegroep.

### BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat enkele aspecten van professioneel handelen in het kader van CVRM verbeterden bij praktijken die hun verbeterplannen op CVRM richtten, maar we vonden geen verbeteringen op de primaire uitkomsten. De deelnemers slaagden er grotendeels in om de doelen uit hun verbeterplannen te behalen.

Hoewel observationele onderzoeken al eerder accrediteringsprogramma's hebben geëvalueerd, is dit een van de eerste gecontroleerde onderzoeken van deze methode om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Als we onze primaire uitkomsten vergelijken met de resultaten van onderzoeken naar audit en feedback (een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering), zien we effecten die aansluiten bij de ondergrens van de gevonden effecten in eerder onderzoek. De effecten op een aantal secundaire uitkomsten waren slechts iets groter dan die andere onderzoeken naar audit en feedback hebben gevonden, gecombineerd met het maken van doelen en verbeterplannen. Ons onderzoek laat dus wat betreft de primaire uitkomsten zien dat de NHG-Praktijkaccreditering geen toegevoegde waarde heeft voor de effectiviteit van enkel audit en feedback. De organisatie van de praktijk verbeterde dankzij de NHG-Praktijkaccreditering echter wel dankzij protocollen voor bijvoorbeeld het veilig melden van incidenten. Audit en feedback blijken effectief in het kader van de kwaliteitsverbetering.<sup>8</sup> Onduidelijk is hoe binnen de NHG-Praktijkaccreditering zal worden omgegaan met de HRMO-doelstelling om minder gegevens aan te leveren en op welke manier dit zal doorwerken in de effectiviteit van het accrediteringsprogramma.

Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan effecten is de invloed van patiëntfactoren op de resultaten, zoals problemen rond therapietrouw en comorbiditeit.<sup>18</sup> Bovendien bestond een groot deel van de praktijken in de interventiegroep uit solo-praktijken. Groepspraktijken zijn wellicht beter georganiseerd en kunnen misschien meer aandacht aan kwaliteit schenken.

Uit de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en die van ons onderzoek blijkt dat een aantal elementen de uitvoering van de NHG-Praktijkac-

creditering vergemakkelijkt.<sup>19</sup> Dit zijn het aanwijzen van een verantwoordelijke voor het programma, zorgen voor duidelijke communicatielijnen binnen de praktijk en het hebben van affiniteit met of het stimuleren van enthousiasme voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Voordelen van het programma die teamleden uit de praktijken noemden waren het positieve effect van de NHG-Praktijkaccreditering op het werkklimaat en de toename van het verantwoordelijkheidsgevoel voor de kwaliteit van de zorg onder alle teamleden. Een nadeel was dat de patiëntenzorg niet direct werd beïnvloed door deelname aan het programma en dat vooral de gegevensverzameling erg tijdrovend was.

### Sterke en zwakke punten

Voor zover wij weten is dit een van de eerste trials van een accrediteringsprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg. De prestatie-indicatoren die we in het programma hebben gebruikt waren zorgvuldig ontwikkeld.<sup>20,21</sup> De gegevens voor dit onderzoek hebben we handmatig uit huisartsinformatiesystemen gehaald. De steekproefgrootte hebben we berekend op dertig patiënten per praktijk. De praktijken die deelnemen aan de NHG-Praktijkaccreditering moesten echter gegevens verzamelen van veertig patiënten. In de analyse hebben we uitkomsten uit de voormeting meegenomen in het model, waardoor het grotere aantal patiënten in de voormeting enige compensatie bood voor het feit dat het ons niet is gelukt het beoogde aantal praktijken te includeren.

Voor de analyse zou het krachtiger zijn geweest wanneer de gegevens van de nameting en de voormeting van dezelfde patiënten afkomstig waren geweest, maar dat was niet mogelijk. We hebben gegevens op patiëntniveau gebruikt als indicator voor de kwaliteit van de zorg op praktijkniveau.

De controlegroep in ons onderzoek vertoonde ook verbeteringen. Dit kan komen doordat praktijken in de controlegroep ook aan de NHG-Praktijkaccreditering deelnamen. Een ander onderzoeksontwerp zou wellicht een groter effect hebben kunnen aantonen, maar dit was niet haalbaar. Een andere beperking van het onderzoek is het risico van selectiebias in de nameting, doordat patiënten toestemming moesten geven voor de gegevensverzameling.

Randomisatie bepaalde het onderwerp van verbeterplannen in het eerste jaar van de accreditatiecyclus. Idealiter bepalen de uitkomsten van de feedbackrapporten die onderwerpen, op basis van de eerste meting van de NHG-Praktijkaccreditering. Bovendien kan het feit dat randomisatie het onderwerp van de verbeterplannen bepaalde verklaren waarom slechts een klein deel van de praktijken aan ons onderzoek wilde meedoen.

Bij ons onderzoek bepaalden deelnemende praktijken zelf hun doelen in de verbeterplannen, zonder daarin beperkt of begeleid te worden. Wanneer verbeterplannen meer gericht zouden zijn geweest op de verbetering van uitkomstmaten, waren de gevonden effecten wellicht groter.

Het was niet mogelijk om de resultaten te beoordelen op uitkomsten op patiëntniveau, zoals overlijden, hartinfarct of



beroerte, maar het zou interessant zijn om te onderzoeken of de NHG-Praktijkaccreditering ook op deze uitkomsten invloed heeft.

### Generaliseerbaarheid

De huisartsenpraktijken in dit onderzoek hebben zich op vrijwillige basis aangemeld voor de NHG-Praktijkaccreditering. Dit zou kunnen betekenen dat praktijken in dit onderzoek een meer dan gemiddelde affiniteit met kwaliteit van zorg en daardoor een betere startpositie hebben, en aldus minder aspecten hoeven te verbeteren. Bovendien werd de NHG-Praktijkaccreditering in 2005 geïntroduceerd. De praktijken in dit onderzoek zijn de *early adopters* (geneigd tot innovatie) onder de Nederlandse huisartsenpraktijken, waardoor ze wellicht meer openstaan voor verbetering.<sup>22</sup> Een groot aantal praktijken in ons onderzoek is een opleidingspraktijk. Van deze praktijken is te verwachten dat zij meer openstaan voor vernieuwingen. Aan de andere kant hebben ze de druk gevoeld van de verwachting deel te nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering.

De resultaten van ons onderzoek zijn te vergelijken met die van een groot observationeel onderzoek in de Europese eerstelijnsgezondheidszorg (EPA Cardio). Daarbij heeft men gegevens verzameld in acht Europese landen, waaronder Nederland, over cardiovasculaire aandoeningen op basis van gevalideerde kwaliteitsindicatoren.<sup>23</sup> In Nederlandse praktijken in EPA Cardio had 28,9% van de patiënten een systolische bloeddruk onder 140 mmHg, wat lager is dan in de voor- en de nameting in ons onderzoek. Bovendien had 43,0% van de patiënten in EPA Cardio een LDL-cholesterolgehalte < 2,5 mmol/l, vergelijkbaar met de patiënten in ons onderzoek. Trombocytenaggregatierepressoren werden voorgeschreven bij 82,8% van de patiënten, wat eveneens overeenkomt met onze resultaten. De accrediterende praktijken uit ons onderzoek zijn dus vergelijkbaar met andere Nederlandse praktijken.

### CONCLUSIE

De NHG-Praktijkaccreditering is een methode die praktijkteams aanmoedigt tot een cyclische aanpak van de verbetering van hun kwaliteit. Het programma probeert verbetering te stimuleren op organisatorische en klinische domeinen, waarbij de nadruk op chronische zorg ligt. Ons onderzoek toont aan dat er ruimte is voor verbetering op alle aspecten van CVRM. De NHG-Praktijkaccreditering stimuleert samenwerking in teamverband, transparantie in kwaliteit van zorg en gedeelde verantwoordelijkheid voor het leveren van de best mogelijke zorg.<sup>9</sup> Hoewel we geen verbetering hebben gevonden op de primaire uitkomsten, hebben de deelnemende praktijken wel hun doelen uit de verbeterplannen bereikt. De effecten zijn mogelijk groter wanneer dit onderzoek zou worden herhaald in het tweede of derde jaar van de accreditatiecyclus. Organisatorische aspecten rondom de praktijkvoering zijn dan reeds aangepakt en praktijken kunnen zich richten op de verbetering van hun klinische uitkomsten.<sup>24</sup> Daarnaast is de NHG-Praktijkaccreditering in de loop der jaren aangepast op basis van evaluaties, om de uitvoering meer haalbaar

en flexibeler te maken. Het verzamelen van gegevens kan over verschillende jaren worden verspreid, verbeterplannen kunnen op een flexibeler manier worden gedocumenteerd en het gebruik van praktijkconsulenten is optioneel. Nieuw evaluatieonderzoek is nodig om de gevolgen van deze veranderingen te onderzoeken.

Wij denken dat het te vroeg is om te concluderen dat de NHG-Praktijkaccreditering niet effectief is, omdat deze gebaseerd is op goed onderbouwde methoden en principes van gedragsverandering. Om de effecten ervan te vergroten, moeten de verbeterplannen op het verbeteren van uitkomsten van de zorg worden gericht. Bovendien kunnen extra interventies nodig zijn, zoals financiële prikkels of openbare kwaliteitsrapportage. Deze methoden kunnen de doeltreffendheid van de NHG-Praktijkaccreditering helpen optimaliseren.

### DANKBETUIGING

We danken Reinier Akkermans voor de ondersteuning bij de gegevensanalyse van het onderzoek. Ook bedanken we ZonMw voor het subsidiëren van het onderzoek 'Effects and costs of a national continuous improvement program on cardiovascular diseases in primary care', projectnummer 170883001. ■

### LITERATUUR

- 1 Braithwaite J, Westbrook J, Johnston B, Clark S, Brandon M, Banks M, et al. Strengthening organizational performance through accreditation research – a framework for twelve interrelated studies: the ACCREDIT project study protocol. *BMC Res Notes* 2011;4:390.
- 2 Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003;12:129-35.
- 3 Frijling B, Hulscher ME, Van Leest LA, Braspenning JC, Van den Hoogen H, Drenth AJ, et al. Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:934-41.
- 4 Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME, Akkermans RP, Van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual Saf Health Care* 2003;12:181-7.
- 5 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.
- 6 Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care* 2009;18:162-3.
- 7 Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2008;20:172-83.
- 8 Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6:CD000259.
- 9 Van Doorn-Klomborg AL, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2011;54:360-5.
- 10 In 't Veld CJ, Grol RP. Standaarden en praktijkaccreditering: hoogtepunten van 50 jaar kwaliteitsbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:2916-9.
- 11 Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effectiveness of improvement plans in primary care practice accreditation: a clustered randomized trial. *PLoS One* 2014;9:e114045.
- 12 Nouwens E, Van Lieshout J, Adang E, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of a practice accreditation program on cardiovascular risk management in primary care: study protocol of a clustered randomized trial. *Implement Sci* 2012;7:94.
- 13 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. *Huisarts Wet* 2012;55:14-28.
- 14 Van Althuis T. Overzicht en definitie van indicatoren voor cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met bekende hart- en vaatziekten in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2008.
- 15 Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract* 2008;25:312-7.



- 16 Campbell MK, Fayers PM, Grimshaw JM. Determinants of the intraclass correlation coefficient in cluster randomized trials: the case of implementation research. *Clin Trials* 2005;2:99-107.
- 17 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
- 18 Furthauer J, Flamm M, Sonnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2013;14:47.
- 19 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
- 20 Braspenning J, Pijnenborg I, In 't Veld CJ, Grol R. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
- 21 Engels Y. Assessing and improving management in primary care practice in the Netherlands and in Europe. Nijmegen: UMC St Radboud, 2005.
- 22 Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1983.
- 23 Van Lieshout J, Grol R, Campbell S, Falcoff H, Capell EF, Glehr M, et al. Cardiovascular risk management in patients with coronary heart disease in primary care: variation across countries and practices. An observational study based on quality indicators. *BMC Fam Pract* 2012;13:96.
- 24 Smeel I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. *Huisarts Wet* 2012;55:194-8.

## Uw diagnose

Een 32-jarige buschauffeur stoot regelmatig zijn hand op het werk. Nadat hij zich in zijn vinger heeft gesneden ter hoogte van MCP-3, is er een niet-pijnlijke, wat rode plek ontstaan.



Wat is uw diagnose?

- a. Knucle pad
- b. Verruca seborroica
- c. Verruca vulgaris
- d. Granuloma annulare

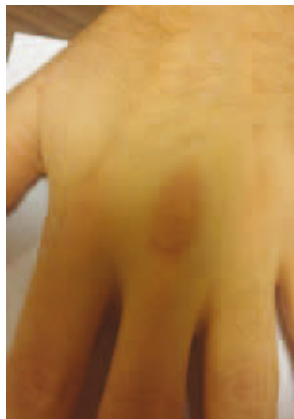


Foto: Lia ten Hove, huisarts-in-opleiding

Fotoquiz van de maand september

Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op [www.henw.org](http://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](mailto: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.

Robert Willemsen

## ECG-casus: hartfalen

### Casus

#### Patiënt:

Man, 67 jaar.

#### Voorgeschiedenis:

DM2, hypertensie, actief rokend (40 pak-jaren). In verleden intermitterend episodes van luchtweginfecties met piepen, maar spirometrie was normaal.

#### Medicatie:

Metformine 3 x 500 mg, gliclazide mga 2 x 80 mg, metoprolol mga 1 x 100 mg, enalapril 1 x 10 mg, simvastatine 1 x 40 mg.

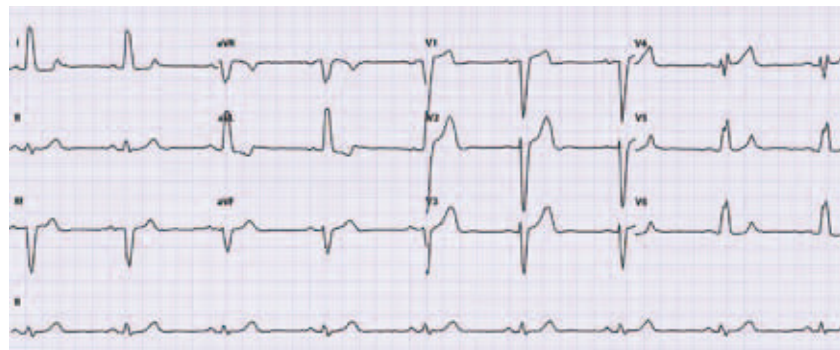
#### Anamnese:

Sinds twee maanden is de patiënt bij traplopen halverwege de trap al kort van adem; eerder had hij daar geen last van. In verband met orthopoe slaapt hij sindsdien op twee tot drie kussens.

#### Lichamelijk Onderzoek:

Bloeddruk 146/94 mmHg. Pols 80/min regulair. Hart: normale tonen met een soufflé graad 2/6, systolisch. Longen: vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Geen enkeloedeem.

### ECG



### OPGAVE

Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10<sup>+</sup> en stel de diagnose in de conclusie.<sup>1</sup> Wilt u ook een beleidsvoorstel doen? Het juiste antwoord vindt u op

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

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



## Verbeterplannen leiden niet tot betere zorg

‘Ah mevrouw Timmermans, uw LDL is helemaal in orde, hoor.’ ‘Wat betekent dat, dokter?’ ‘Nou gewoon, dat ik mijn werk goed doe. En ook wel dat u uw pillen goed inneemt. Ik hoop wel dat u er geen spierpijn van krijgt en dat u weet dat het nut in uw geval helemaal niet zo groot is, maar dat ben ik u jaren geleden eigenlijk vergeten te vertellen en ik weet ook niet of u nog wel weet hoeveel mensen ik in mijn praktijk pillen moet geven om er eentje te redden, maar voor onze kwaliteitsindicatoren is het wel fijn dat het zo goed gaat.’ Spiegel van de huidige zorgkwaliteit in een notendop?

Toen u langer geleden huisarts werd, had u waarschijnlijk niet het idee dat een getal uit een laboratorium ooit nog eens gebruikt zou worden om te kijken of u uw werk goed doet, laat staan dat het een oordeel geeft of u wel braaf innoveert. Jonge collega's weten al niet meer beter, die kennen de NHG-Standaarden heel goed. Maar of ze zo'n zin hebben in de jacht op de populatie met het laagste LDL-gehalte waag ik te betwijfelen. Toch is dat wat we doen met de NPA-praktijkaccreditatie. En dan blijken al die uren ook niet tot een klinkend resultaat te leiden, zoals Elvira Nouwens en haar collega's in dit nummer van H&W vertellen.<sup>1</sup> Gelijk afschaffen die kwaliteitswindhandel zou in de ideale wereld de reactie zijn. Zeker als je weet dat in 2002 de situatie niet veel anders was. Ook toen was er bij alle praktijkverbeterprojecten geen duidelijk effect op de gezondheid van patiënten.<sup>2</sup>

Maar nee, het is volgens de auteurs nog steeds te vroeg om te concluderen dat de praktijkaccreditering helemaal geen effect heeft. De verbeteraars registreerden immers meer dan de controlegroep: of mensen rookten, wel genoeg bewogen en niet te veel dronken. Prima dat het netjes in hun HIS staat, maar of daardoor nu de gezondheid van mevrouw Timmermans vooruitgaat? Is ze daadwerkelijk en blijvend gestopt met roken? Beweegt ze meer? En is ze daardoor dan ook beter in staat de dingen te doen die ze wil doen?

De huidige NPA-versie 2.1 is aanzienlijk anders en beter dan de eerste versies van rond de eeuwwisseling en zelfs anders dan de versie die Nouwens et al. hebben onderzocht.<sup>3,4</sup> Maar dan nog: waarom zou het ei van Columbus nu opeens wel uitgevonden zijn? Waar komt het geloof toch vandaan dat je door het vastleggen in protocollen en verbeterprojecten per definitie de zorg aan individuele patiënten verbetert, laat staan hun gezondheid?

### VERKEERDE UITKOMSTMATEN

Kwaliteitsprojecten meten vrijwel altijd afgeleide en makkelijk te meten uitkomstmaten, die alleen via een omweg iets met gezondheidsverbetering te maken hebben. Als het al iets

met de patiënt en zijn klacht zelf te maken heeft, gaat het om zaken die we makkelijk kunnen meten, zoals bloeddruk, cholesterol, en HbA<sub>1c</sub>. Getallen vertegenwoordigen de meetbare wereld en maken vergelijkingen mogelijk. In het onderzoek van Nouwens et al. gaat het om percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte < 2,5 mmol, percentage patiënten met een tensie < 140 mmHg en percentage patiënten met trombocytenuitstroomremmers. In de maar liefst 34 indicatoren van het NHG voor kwaliteit van huisartsenzorg voor cardiovasculair risicomanagement van mei 2015 zijn er 4 uitkomstmaten: bloeddruk, LDL, BMI < 25 en % rokende hv-patiënten bij wie rookgedrag bekend is.<sup>5</sup> Over al die maten en de relatie met gezondheid valt wel wat te zeggen; ik pik er hier alleen de systolische tensie uit. De streefwaarde van de hoogte van de systolische tensie hangt sterk af van de waarde die je aan een NNT hangt. In de recente SPRINT-trial over het nog verder verlagen van de systolische tensie tot < 120 mmHg was de NNT voor mortaliteit 90 (ten opzichte van de controlegroep met streeftensie van < 140).<sup>6</sup> De schade was echter ook behoorlijk: NNH voor elektrolytstoornissen 125, acuut nierfalen 56, vallen 167. Bij de 'gewone' norm van 140 is dat overigens niet veel anders: een behoorlijk hoge NNT en niet te verwaarlozen NNH's.

We maken een kwaliteitsoordeel over individuele zorg in huisartsenpraktijken dus afhankelijk van een oordeel van beroepsverenigingen over de verhouding winst-verlies in de populatie. De huisarts is stilletjes een populatiegeneesheer geworden. Daar kun je van alles van vinden, maar als we dat nu werkelijk willen, is het wel heel vreemd dat we geen indicator opnemen over de hoeveelheid energie die praktijken stoppen in programma's voor stoppen met roken. Juist daar valt winst te behalen, en niet alleen op populatieniveau. De gezondheid van de patiënt verbetert daadwerkelijk én vrijwel direct als de huisarts hem van zijn rookverslaving afhelpt. Dat is alleen heel wat moeilijker dan een diureticum voorschrijven en wellicht een van de redenen dat we het niet doen.

Prima om organisatie van zorg te meten, maar laten we ophouden te doen alsof de gezondheid van patiënten daar beter van wordt. In het woud van indicatoren kiezen we immers voor gekruimel in de marge, voor zaken die de gezondheid van onze patiënten nauwelijks verbeteren. Dan kunnen we net zo goed ophouden met die illusie.

Aandacht voor praktijkorganisatie is daarmee overigens niet overbodig. Organisatie van zorg heeft immers wel te maken met veiligheid. Nu snijden we als huisartsen zelden een a. carotis door, hechten we een strottenhoofdje verkeerd of amputeren we het verkeerde been, maar bijvoorbeeld slecht geregelde overdrachten of onbereikbaarheid kunnen voor patiënten wel degelijk ook gezondheidsrisico's opleveren. Die veiligheidscultuur is echter met minder inspanning dan een formeel accreditatieproject te verbeteren.<sup>7</sup>



### WAAROM WERKT HET NIET?

Gezondheidszorg is een complex en chaotisch systeem, zowel op macroniveau als in de gewone dagelijkse zorg. Het idee dat interventie A leidt tot uitkomst B is per definitie een vereenvoudiging van die complexe werkelijkheid.<sup>8</sup> Geen praktijkpopulatie is hetzelfde, geen team werkt op dezelfde manier, in de loop der tijd veranderen ideeën over goede zorg, en niet te vergeten verandert de omgeving om ons heen. Ik geloof er heilig in dat bij de meeste praktijken de basiszorg van goede kwaliteit is. Het aantal vieze praktijken is vast net zo laag als het aantal smerige winkels. Viezeriken gaan hun winkeltjes niet poetsen omdat alle schone winkels vinden dat dat beter is en 'de onderkant' van de huisartsensamenleving zal dat ook niet doen. De huidige kwaliteit is over het algemeen al goed en daar valt weinig extra winst te halen. Niet alleen in de individuele praktijk, maar ook in ketenzorg valt er bij herhaling bij extra inspanning niets meetbaars te meten.<sup>9,10</sup> Kwaliteit is voor een belangrijk deel cultuur. De kwaliteit van zorg wordt langzaam beter doordat we voortdurend vooruitstruikelen, maar niet door protocollen, transparantie en afspraken.<sup>11</sup> Aan die cultuur moet je dus werken. Gelukkig lijkt de NPA ook een beetje die kant op te gaan,<sup>4</sup> en initiatieven als 'Het Roer moet om' zijn daarbij belangrijk.

### TOT SLOT

Mijn praktijk is al jaren geaccrediteerd; we moeten wel, want we zijn een opleidingspraktijk. Ik ben de enige niet-opleider en hobbels dus achteraan het peloton mee. In een zondagochtend knutsel ik met knippen en plakken uit de Vektis-spiegel-informatie een jaarverslag in elkaar, ik opper eens een ideeetje en dat zetten we dan als verbeterproject op de lijst. Ik ben mijn collega dankbaar dat hij zich vrijwillig opoffert als kop van

Jut. Intussen probeer ik gewoon zo goed en kwaad als ik kan zorg te verlenen: op tijd de juiste diagnose stellen, uitleggen waarom iets wel of niet werkt, oplossingen verzinnen voor ingewikkelde problemen en gewoon luisteren naar problemen die onoplosbaar zijn, grapjes maken en vooral de moed erin houden bij de patiënt, maar ook bij mezelf. Dat vind ik ingewikkeld genoeg. Intussen hoop ik dat ik in meer dan dertig jaar elk jaar naar net iets betere zorg dan het jaar daarvoor gestruikeld ben. Maar meten kan ik dat niet. ■

### LITERATUUR

1. Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effecten van NHG-praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59:388-93.
2. Van der Horst H, Zaat JOM. Praktijkorganisatie, een overgewaardeerd onderwerp. *Huisarts Wet* 2002;46:650-1.
3. NPA-accreditatie versie 2.1 Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk. NPA, Utrecht, 2015.
4. Zaat J, Mevius L. Spiegeltje aan de wand, wie is de beste huisarts in het land? *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:C2941.
5. Van Althuis ThR, Bouma M. Overzicht en definitie van indicatoren voor cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met bekende hart- en vaatziekten in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2015. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/download-indicatoren>
6. SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.
7. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Brit J Gen Pract* 2015;65:e319-e329.
8. Kernick D (ed). Complexity and health care organization; a view from the street. Oxford: Radcliff Medical Press, 2004.
9. Campmans-Kuipers MJ, Baan CA, Lemmens LC, Klomp ML, Romeijnders AC, Rutten GE. Het diabeteskwaliteitsbeleid in zorggroepen. *Huisarts Wet* 2016;59:10-13.
10. Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Ketelaars CAJ, Mackenbach JP en Robben PBM. Effecten van overheidstoezicht op kwaliteit van diabetesketenzorg; een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:A9862.
11. Van Eijdsden P. Patiënt heeft weinig aan kwaliteitscriteria bij rugchirurgie. 26 indicatoren maar niet een kijkt naar de uitkomst van de behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:B1266.





## Een geriatrisch zorgmodel voor thuiswonende, kwetsbare ouderen

### Samenvatting

Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Van de Ven PM, Twisk JWR, Deeg DJH, Van Leeuwen KM, Van Campen JPCM, Nijpels G, Jansen APD, Van Hout HPJ. Een geriatrisch zorgmodel voor thuiswonende kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2016;59(9):396-9.

**DOEL** Het evalueren van de effecten van het Geriatrisch Zorgmodel (GZM), een geïntegreerd zorgprogramma, op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.

**METHODE** Tussen mei 2010 en maart 2013 hebben we een gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd onder 1147 thuiswonende kwetsbare ouderen (PRISMA-7-score  $\geq 3$ ) uit 35 huisartsenpraktijken in Amsterdam en West-Friesland (Nederlands Trial Register NTR2160). De interventie bestond uit geriatrische assessments door een praktijkondersteuner ouderenzorg (poh) bij de oudere thuis, uitmondend in een samen met de oudere opgesteld persoonlijk zorgplan. De poh's hebben deze interventie elke zes maanden herhaald. De poh's werkten nauw samen met de huisarts en kregen begeleiding van een geriatrisch expertteam. Patiënten met complexe zorgbehoeften werden besproken in een multidisciplinair overleg. Ouderen in de controlegroep ontvingen de gebruikelijke zorg. De primaire uitkomstmaat was kwaliteit van leven en secundaire uitkomstmaten waren gezondheidsgereleerde kwaliteit van leven, functionele beperkingen, ervaren gezondheid, psychisch welbevinden, sociaal functioneren en ziekenhuisopnamen. We hebben de uitkomsten bij aanvang van het onderzoek en na 6, 12, 18 en 24 maanden gemeten.

**RESULTATEN** Van de 1147 deelnemende kwetsbare ouderen namen 782 ouderen tot aan het eind van de follow-up deel aan het onderzoek. We vonden voor geen enkele uitkomstmaat significante verschillen tussen de interventiegroep en de groep die de gebruikelijke zorg ontving.

**CONCLUSIE** Het GZM bleek in ons onderzoek niet effectiever te zijn dan de gebruikelijke zorg die kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk ontvangen. Op basis van dit onderzoek, en ander recentelijk in Nederland uitgevoerd onderzoek, is grootschalige implementatie van geïntegreerde zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen op dit moment niet aan te bevelen.

### INLEIDING

Het toenemend aantal kwetsbare ouderen in onze samenleving vormt een grote uitdaging voor de gezondheidszorg. Kwetsbare ouderen hebben vaak complexe zorgbehoeften, omdat ze diverse chronische ziekten hebben en/of functionele beperkingen ervaren.<sup>1</sup> Het merendeel van de kwetsbare ouderen ontvangt voornamelijk zorg van hun huisarts, waardoor huisartsen voor de uitdaging staan om de zorg voor deze groeiende doelgroep efficiënt en effectief te regelen.<sup>2,3</sup>

Diverse geïntegreerde zorgprogramma's moeten de kwaliteit van zorg voor ouderen in de eerste lijn optimaliseren. Deze zorgprogramma's bestaan meestal uit gepersonaliseerde zorg, gebaseerd op een uitgebreid geriatrisch assessment. Uit diverse onderzoeken, die vooral in de Verenigde Staten zijn uitgevoerd, blijkt dat het Chronisch Zorgmodel bijdraagt aan betere gezondheidssuitkomsten bij ouderen met specifieke chronische ziekten.<sup>4,5</sup> Het Chronisch Zorgmodel bestaat uit diverse componenten, zoals het stimuleren van de eigen regie van de patiënt, beslissingsondersteuning voor zorgverleners, een klinisch informatiesysteem en goede coördinatie van zorg.<sup>6</sup>

We weten echter niet of geïntegreerde zorgprogramma's die de hoofdonderdelen van het Chronisch Zorgmodel toepassen ook effectief zijn voor kwetsbare ouderen. Daarom hebben wij het Geriatrisch Zorgmodel (GZM) ontwikkeld, gebaseerd op het Chronisch Zorgmodel.<sup>7</sup> Het GZM heeft als doel om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen te verhogen en daardoor ook hun kwaliteit van leven en andere uitkomsten te verbeteren. In het GZM levert de huisartsenpraktijk zorg op maat, gecombineerd met de begeleiding en coördinatie door een geriatrisch expertteam.

### Wat is bekend?

- Kwetsbare ouderen hebben vaak veel zorgbehoeften en kunnen mogelijk profiteren van geïntegreerde zorgprogramma's binnen de huisartsenpraktijk.
- Tot op heden is er weinig bekend over de effectiviteit van dergelijke zorgprogramma's.

### Wat is nieuw?

- We hebben het Geriatrisch Zorgmodel geïmplementeerd in 35 huisartsenpraktijken. Het bestond uit gepersonaliseerde zorg op basis van geriatrische assessments (uitgevoerd door een poh), gecombineerd met begeleiding door een geriatrisch expertteam.
- We vonden geen effecten van het Geriatrisch Zorgmodel op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen, en op diverse secundaire uitkomstmaten, zoals functionele beperkingen en ziekenhuisopnamen.
- Geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen is niet effectiever dan de gebruikelijke zorg voor deze doelgroep.

EMGO+ VUmc, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam; dr. E.O. Hoogendijk, onderzoeker; prof.dr. H.E. van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. K.M. van Leeuwen, onderzoeker; prof.dr. G. Nijpels, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. A.P.D. Jansen, onderzoeker; dr. H.P.J. van Hout, onderzoeker. EMGO+ VUmc, afdeling Epidemiologie & Biostatistiek, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam; dr. P.M. van de Ven, statisticus; prof.dr. J.W.R. Twisk, hoogleraar toegepaste biostatistiek; prof.dr. D.J.H. Deeg, hoogleraar epidemiologie van veroudering. MC Slotervaart, afdeling Geriatrie, Postbus 90440, 1006 BK Amsterdam; J.P.C.M. van Campen, klinisch geriater. • Correspondentie: e.hoogendijk@vumc.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Van de Ven PM, Twisk JWR, Deeg DJH, Frijters DHM, et al. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: results from a stepped wedge cluster randomized trial. *Eur J Intern Med* 2016;28:43-51. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

De belangrijkste elementen van het GZM zijn:

- het tijdig vaststellen van gezondheidsrisico's;
- het stimuleren van een actieve inbreng van ouderen zelf tijdens het zorgproces;
- het verbeteren van de coördinatie tussen zorgverleners.

In het kader van het onderzoek 'Frail older adults: care in transition' (ACT), dat onderdeel is van het Nationaal Programma Ouderenzorg, hebben we het GZM geïmplementeerd binnen 35 Nederlandse huisartsenpraktijken. We hebben de effecten onderzocht van het GZM op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen en op diverse secundaire uitkomstmaten.

## METHODE

### Opzet en steekproef

Om de effectiviteit van het GZM te evalueren hebben we tussen mei 2010 en maart 2013 een *stepped wedge* clustergerandomiseerd onderzoek uitgevoerd. Dit betekent dat het GZM getrapt werd ingevoerd [figuur]. De onderzoeksopzet hebben we elders in detail beschreven.<sup>7</sup> In het kort kwam deze hierop neer: bij aanvang van het onderzoek hebben we alle patiënten geïncludeerd, waarna we ze gedurende een periode van 24 maanden hebben gevolgd. Op een zeker moment gingen de patiënten over van de controlegroep (reguliere zorg) naar de interventiegroep (GZM).

Kwetsbare ouderen uit 35 huisartsenpraktijken in twee regio's (achttien in Amsterdam en zeventien in West-Friesland) kwamen in aanmerking voor deelname. In het ACT-project hebben we kwetsbaarheid gedefinieerd als het verlies van reservecapaciteit in het fysieke domein en/of het psychische domein.<sup>8</sup> Inclusiecriteria waren: 65 jaar of ouder, thuiswonend en PRISMA-7-score  $\geq 3$ .<sup>9,10</sup> Ouderen ontvingen per post een uitnodigingsbrief met toestemmingsformulier, waarna we

ze telefonisch hebben benaderd, waarbij we ook de PRISMA-7 uitvroegen, een vragenlijst met betrekking tot de risicofactoren voor functionele achteruitgang.<sup>9,10</sup> Een getrainde interviewster heeft ouderen die in aanmerking kwamen voor deelname en die een toestemmingsformulier hadden ondertekend thuis bezocht.

De medisch-ethische commissie van het VU Medisch Centrum heeft het ACT-onderzoek goedgekeurd (nr. 2010/003).

### Interventie

We hebben huisartsenpraktijken at random over vier groepen verdeeld, die elk op een ander moment met de interventie startten (0, 6, 12 of 18 maanden na de basismeting). Tot het startmoment van de interventie (GZM) boden de praktijken gebruikelijke zorg aan de kwetsbare ouderen. Getrainde praktijkondersteuners ouderenzorg (poh's) hebben de interventie uitgevoerd, in nauwe samenwerking met de huisarts. Het GZM bestond uit een proces van vier stappen:

1. Tijdens een huisbezoek van de poh werd bij de kwetsbare oudere een uitgebreid geriatrisch assessment afgenomen (interRAI Community Health Assessment).<sup>11</sup>
2. Op basis van dit bezoek overlegde de poh met de huisarts, waarna hij een zorgplan op maat samenstelde.
3. Tijdens een tweede huisbezoek, enkele weken later, formuleerden de oudere en de poh samen de zorgdoelen en acties voor in het definitieve zorgplan.
4. Er was geregeld contact tussen de oudere en de poh, onder andere tijdens de evaluatie van de uitkomsten van de acties uit het zorgplan.

De poh's herhaalden dit proces elke zes maanden, waarbij ze de zorgplannen zo nodig bijstelden. Een geriatrisch team, bestaande uit een ervaren geriatrisch verpleegkundige en een geriatrater of specialist ouderengeneeskunde, trainde en begeleidde

**Figuur** Meetmomenten binnen het *stepped wedge* clustergerandomiseerde onderzoeksontwerp

| Groep   | Onderzoekperiode |                         |                          |                          |                          |
|---------|------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|         | Aanvang          | 6 maanden               | 12 maanden               | 18 maanden               | 24 maanden               |
| Groep 1 | Controle         | Interventie (6 maanden) | Interventie (12 maanden) | Interventie (18 maanden) | Interventie (24 maanden) |
| Groep 2 | Controle         | Controle                | Interventie (6 maanden)  | Interventie (12 maanden) | Interventie (18 maanden) |
| Groep 3 | Controle         | Controle                | Controle                 | Interventie (6 maanden)  | Interventie (12 maanden) |
| Groep 4 | Controle         | Controle                | Controle                 | Controle                 | Interventie (6 maanden)  |

Tussen haakjes staat de tijd sinds de start van de interventie voor de betreffende groep. Groep 3 heeft bijvoorbeeld na een onderzoeksperiode van 24 maanden gedurende de laatste twaalf maanden de interventie ontvangen.



de poh's in hun regio (één team in Amsterdam en één team in West-Friesland). De geriatrische expertteams organiseerden daarnaast multidisciplinaire overleggen over patiënten met complexe zorgbehoeften, waarbij ook andere zorgverleners, zoals de apotheker en de fysiotherapeut, werden uitgenodigd.

### Meetinstrumenten

We hebben de gegevens voor het onderzoek tijdens interviews op vijf momenten verzameld: bij aanvang van het onderzoek en na 6, 12, 18 en 24 maanden. Het merendeel van de meetinstrumenten die we hebben gebruikt maakt deel uit van de TOPICS-MDS-vragenlijst, de minimale gegevensset van het Nationaal Programma Ouderenzorg.<sup>12</sup> De primaire uitkomstmaat was kwaliteit van leven, gemeten met de SF-12-vragenlijst.<sup>13</sup> Secundaire uitkomstmaten waren gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven (EQ5D), functionele beperkingen (de Katz-index, bestaande uit zes vragen over Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en zeven vragen over Instrumentele ADL), ervaren gezondheid, psychisch welbevinden, sociaal functioneren en ziekenhuisopnamen (verzameld uit elektronische medische dossiers van ziekenhuizen).<sup>14-18</sup>

### Statistische analyse

Om de effecten van de interventie te onderzoeken hebben we voor iedere uitkomstmaat een multilevelanalyse uitgevoerd, waarin we rekening hebben gehouden met een effect dat mogelijk met de duur van de interventie samenhangt (het gedurende 6, 12, 18 of 24 maanden ontvangen van het GZM versus reguliere zorg).<sup>19</sup> Bij de analyses hebben we het intention-to-treatprincipe toegepast. In alle analysemodellen hebben we gecorrigeerd voor tijd, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio en de mate van kwetsbaarheid bij aanvang van het onderzoek. We beschouwden een  $p < 0,05$  als significant en hebben een correctie toegepast om kanskapitalisatie tegen te gaan (bonferronicorrectie). De statistische analyses hebben we uitgevoerd in het programma STATA 12.

## RESULTATEN

### Onderzoekspopulatie

Uiteindelijk namen er 1147 ouderen deel aan ons onderzoek, van wie er 782 (68,2%) de follow-upperiode afmaakten. Kenmerken van de deelnemende ouderen bij aanvang van het onderzoek (algemene gegevens en uitkomstmaten) zijn weergegeven in de [tabel]. De gemiddelde leeftijd was 80,5 jaar (sd = 7,5), 66,5% was vrouw, 33,6% had een laag opleidingsniveau en 62,4% had geen partner.

### Uitvoering van de interventie

Van de 1018 ouderen die nog steeds aan het onderzoek deelnamen nadat ze van de controlegroep waren overgegaan naar de interventiegroep, zijn er 877 gestart met de interventie (86,1%). Zij werden minimaal één keer thuis bezocht door een poh, die een geriatrisch assessment afnam. Voor 808 van de 877 ouderen maakte de poh ook daadwerkelijk een zorgplan op maat (92,1%). In de zorgplannen stonden acties vermeld die zeer uit-

**Tabel** Kenmerken van de onderzoekspopulatie bij aanvang van het onderzoek (n = 1147)

|                                                           | %    | Gemiddelde | (sd) |
|-----------------------------------------------------------|------|------------|------|
| <b>Algemene gegevens</b>                                  |      |            |      |
| Leeftijd, jaren                                           |      | 80,5       | 7,5  |
| Vrouw                                                     | 66,5 |            |      |
| Regio Amsterdam                                           | 47,3 |            |      |
| Regio West-Friesland                                      | 52,7 |            |      |
| Geen partner                                              | 62,4 |            |      |
| Opleidingsniveau                                          |      |            |      |
| ■ Laag                                                    | 33,6 |            |      |
| ■ Midden                                                  | 47,9 |            |      |
| ■ Hoog                                                    | 18,5 |            |      |
| Frailty Index-score (0-1)                                 |      | 0,30       | 0,12 |
| <b>Chronische ziekten*</b>                                |      |            |      |
| ■ Diabetes mellitus                                       | 28,5 |            |      |
| ■ Kanker                                                  | 10,7 |            |      |
| ■ Longziekte                                              | 27,3 |            |      |
| ■ Artrose of artritis                                     | 59,0 |            |      |
| ■ Beroerte                                                | 6,7  |            |      |
| ■ Aantal chronische ziekten (0-5)                         |      | 1,3        | 0,9  |
| ■ Heeft thuiszorg                                         | 53,1 |            |      |
| <b>Uitkomstmaten</b>                                      |      |            |      |
| Kwaliteit van leven (SF-12)                               |      |            |      |
| Mentale component (0-100)                                 |      | 49,9       | 10,5 |
| Fysieke component (0-100)                                 |      | 33,8       | 9,5  |
| Gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven, EQ5D (-0,59-1) |      |            |      |
|                                                           |      | 0,60       | 0,28 |
| ADL-beperkingen (0-6)                                     |      | 0,9        | 1,2  |
| IADL-beperkingen (0-7)                                    |      | 2,6        | 1,6  |
| Psychisch welbevinden (0-100)                             |      | 67,7       | 20,6 |
| Sociaal functioneren (slecht)                             | 31,7 |            |      |
| Subjectieve gezondheid (goed-zeer goed)                   | 41,6 |            |      |
| Ziekenhuisopname†                                         | 26,1 |            |      |

\*Alleen de vijf meestvoorkomende chronische ziekten zijn uitgevraagd.

†Een of meer ziekenhuisopnamen in de afgelopen twaalf maanden.

eenlopend waren, zoals aanpassingen in huis, doorverwijzing naar de huisarts of andere zorgverleners, het aanvragen van thuiszorg, contact zoeken met welzijnswerk, leefstijladvies (voeding, fysieke activiteit) en advies op het gebied van veiligheid (zoals vallen en medicatie).

### Uitkomstmaten

De analyses lieten zien dat er geen statistisch significante verschillen waren tussen ouderen die het GZM (gedurende 6, 12, 18 of 24 maanden) ontvingen en de controlegroep wat betreft de primaire uitkomstmaat, kwaliteit van leven. Ook voor de secundaire uitkomstmaten vonden we geen statistisch significante verschillen (zie de originele publicatie voor details).<sup>19</sup>

## BESCHOUWING

In ons onderzoek hebben we geen statistisch significante effecten van het GZM op kwaliteit van leven en op alle andere uitkomstmaten kunnen aantonen. Dit duidt erop dat het GZM niet effectiever is dan de gebruikelijke zorg voor kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk.

We weten dat huisartsen en poh's relatief tevreden waren over het GZM. Poh's gaven aan dat ze tijdens de huisbezoeken echt iets konden betekenen voor hun cliënten. Huisartsen vonden dat ze meer inzicht kregen in de situatie van hun kwetsbare oudere patiënten, en ervoeren meerwaarde van de inzet van de poh. Dat we uiteindelijk niet konden aantonen dat het GZM effectief was, kan verschillende oorzaken hebben. Bij de ontwikkeling van het GZM hadden we meer aandacht kunnen besteden aan de aansluiting tussen doelgroep, interventie en de evaluatiemethode. Het kan zijn dat het zorgprogramma niet intensief genoeg was, dat onze uitkomstmaten niet gevoelig genoeg zijn om verschillen te kunnen meten, dat we de onderzochte groep niet lang genoeg hebben gevolgd of dat onze doelgroep niet kwetsbaar genoeg was.

De groep in ons onderzoek geïnccludeerde kwetsbare ouderen was zeer heterogeen.<sup>20</sup> Wellicht moeten interventies in de toekomst meer gericht zijn op ouderen met een nog hogere mate van kwetsbaarheid. Zo vonden we in subgroepenanalyses aanwijzingen dat alleenstaanden en de oudste ouderen (tachtigplussers) minder hard achteruitgingen in IADL-functioneren wanneer ze zorg kregen volgens het GZM.<sup>19</sup>

Vergelijkbare onderzoeken uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg laten eveneens negatieve of klinisch niet-relevante resultaten zien.<sup>21-23</sup> Dit toont aan dat we zeer kritisch moeten zijn ten aanzien van het verder implementeren van geïntegreerde zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk.<sup>24</sup> Uit het onderzoek dat onze collega's in Maastricht hebben uitgevoerd bleek bijvoorbeeld dat een eerstelijnszorgprogramma om functionele achteruitgang bij kwetsbare ouderen te voorkomen niet (kosten)effectief was.<sup>21</sup>

Omdat kwetsbare ouderen een verhoogde kans hebben op negatieve gezondheidssuitkomsten moeten we blijven zoeken naar effectieve interventies voor deze snelgroeiende groep binnen de huisartsenpraktijk.<sup>1</sup> Ook moeten we bekijken in hoeverre (onderdelen van) geïntegreerde zorgprogramma's daarbij een rol kunnen spelen.

## CONCLUSIE

Hoewel huisartsen en poh's relatief tevreden waren over het GZM, vonden we geen bewijs voor de effectiviteit van het GZM voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Grootschalige implementatie van geïntegreerde zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk is op dit moment niet aan te bevelen.

## DANKBETUIGING

We willen alle ouderen, organisaties en zorgverleners die hebben geparticipeerd binnen Ouderennet VUmc & Partners bedanken. In het bijzonder gaat onze dank uit naar de huisartsen, de praktijkverpleegkundigen en de geriatrische expertteams voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Financiering: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, Nationaal Programma Ouderenzorg, subsidienummer 311080201. ■

## LITERATUUR

- 1 Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63.
- 2 Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med* 2012;10:4.
- 3 De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract* 2009;59:e177-82.
- 4 Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff* 2009;28:75-85.
- 5 Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med* 2007;167:551-61.
- 6 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
- 7 Muntinga ME, Hoogendijk EO, Van Leeuwen KM, Van Hout HPJ, Twisk JWR, Van der Horst HE, et al. Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands: study protocol of ACT (frail older adults: care in transition). *BMC Geriatr* 2012;12:19.
- 8 Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JPJ. Old or frail: what tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:M962-5.
- 9 Raiche M, Hebert R, Dubois MF, PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47:9-18.
- 10 Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, Prins BAH, Jansen APD, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing* 2013;42:262-5.
- 11 Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Steel K, Mor V, Frijters D, et al. Integrated health information systems based on the RAI/MDS series of instruments. *Healthc Manage Forum* 1999;12:30-40.
- 12 Lutomski JE, Baars MAE, Schalk BWB, Boter H, Buurman BM, Den Elzen WPJ, et al. The Development of the Older Persons and Informal Caregivers Survey Minimum DataSet (TOPICS-MDS): a large-scale data sharing initiative. *PLoS ONE* 2013;8:e81673.
- 13 Brook RH, Ware JEJ, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health measures fielded in Rand's health insurance study. *Med Care* 1979;17:1-131.
- 14 Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:53-72.
- 15 Weinberger M, Samsa GP, Schmader K, Greenberg SM, Carr DB, Wildman DS. Comparing proxy and patients' perceptions of patients' functional status: results from an outpatient geriatric clinic. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:585-8.
- 16 Moorer P, Suurmeijer T, Foets M, Molenaar IW. Psychometric properties of the RAND-36 among three chronic diseases (multiple sclerosis, rheumatic diseases and COPD) in The Netherlands. *Qual Life Res* 2001;10:637-45.
- 17 Hays RD, Morales LS. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Ann Med* 2001;33:350-7.
- 18 Van der Zee K, Sanderma R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: UMCG/ Rijksuniversiteit Groningen; 2014. [www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding\\_rand36\\_2e\\_druk.pdf](http://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_rand36_2e_druk.pdf).
- 19 Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Van de Ven PM, Twisk JWR, Deeg DJH, Frijters DHM, et al. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: results from a stepped wedge cluster randomized trial. *Eur J Intern Med* 2016;28:43-51.
- 20 Hoogendijk EO, Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;58:37-42.
- 21 Metzelthin SF, Van Rossum E, De Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sijpers W, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f5264.
- 22 Ruikes FGH, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans RTCM. Multicomponent program to reduce functional decline in frail elderly people: a cluster controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2016;29:209-17.
- 23 Drubbel I. Frailty screening in older patients in primary care using routine care data [proefschrift]. Utrecht: Utrecht University, 2014.
- 24 Hoogendijk EO. How effective is integrated care for community-dwelling frail older people? The case of the Netherlands. *Age Ageing* 2016; in druk.



## Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk

### Samenvatting

Luijckx HDP. Multimorbiditeit vanuit het perspectief van de huisarts. *Huisarts Wet* 2016;59(9):400-2.

Multimorbiditeit komt veel voor, maar in richtlijnen wordt er weinig rekening mee gehouden. Het beseft groeit dat comorbiditeit een ongunstige invloed heeft op de prognose van chronische aandoeningen – bijvoorbeeld artrose en hart- en vaatziekten bij diabetes. De zorgbehoeften van patiënten met multimorbiditeit zijn echter vaak complex en verschillen per individuele patiënt. Daarom vinden huisartsen – zo is uit focusgroeponderzoek gebleken – dat de zorg voor deze patiënten in de eerste plaats patiëntgericht moet zijn. De richtlijnen voor afzonderlijke aandoeningen sluiten, ook in combinatie, vaak niet goed aan bij de situatie en zouden daarom expliciet plaats moeten inruimen voor het gezonde verstand. Het principe van evidence-based geneeskunde is immers dat het best beschikbare bewijs gecombineerd wordt met persoonlijke klinische ervaring.

Het wetenschappelijk onderzoek zou er meer rekening mee moeten houden dat het verkregen bewijs ook bruikbaar en zinvol is bij multimorbiditeit. Dat kan bijvoorbeeld door inclusiecriteria te verruimen en door naast ziektespecifieke ook generieke uitkomstmaten te hanteren. Ook ligt er een taak voor medische (vervolg)opleidingen om artsen te trainen in het gebruik van hun gezonde verstand en in de bijbehorende communicatieve vaardigheden.

### INLEIDING

In mijn proefschrift *Multimorbidity in primary care: focus on the general practitioner's perspective* heb ik de impact van multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk onderzocht. Multimorbiditeit brengt hoge sterfte en zorggebruik met zich mee, en patiënten met multimorbiditeit scoren lager op fysiek en mentaal welbevinden. Hoewel we allemaal weten dat multimorbiditeit veel voorkomt, houden richtlijnen er te weinig rekening mee, terwijl er toch veel richtlijnen zijn verschenen sinds de evidence-based geneeskunde opkwam in de jaren negentig. Huisartsen verlenen dagelijks zorg aan patiënten met multimorbiditeit, maar moeten het doen zonder goede *evidence base*. Daarom is multimorbiditeit een belangrijk onderwerp voor onderzoek: zodat de wetenschappelijke basis voor deze zo gebruikelijke zorg verstevigd wordt. Hieronder de belangrijkste bevindingen van het eerste deel van mijn onderzoek.

### COMORBIDITEIT

Bij diabetespatiënten bleek het beloop van de bloeddruk geassocieerd met het aantal comorbide aandoeningen. Het was echter niet zo dat de bloeddrukregulatie slechter werd

wanneer het aantal aandoeningen steeg – de relaties lagen complexer. Bepaalde comorbide aandoeningen hebben een ongunstige invloed op de diabetescontrole. Zo bleken aandoeningen van het bewegingsapparaat (vooral artrose) samen te hangen met duidelijk sterker oplopende HbA<sub>1c</sub>-waarden bij diabetespatiënten en bleek comorbide COPD verantwoordelijk voor een ongunstiger beloop van de bloeddruk. Sociaal-economische status (SES) en body-mass index (BMI) bleken van invloed op deze effecten. Afvallen om een betere bloeddruk te krijgen lijkt minder kansrijk voor diabetespatiënten met COPD; voor deze patiënten bieden SES-gerelateerde factoren wellicht meer aanknopingspunten.

Het bleek dat comorbiditeit zeer veel voorkomt onder volwassen, nieuw ontdekte diabetespatiënten: 85% van de patiënten met diabetes type 2 had één of meer andere chronische aandoeningen, bijna de helft had er drie of meer. Van de patiënten zonder comorbiditeit ontwikkelde een kwart minimaal één nieuwe chronische aandoening in de vijf jaar die volgden op de diagnose 'diabetes'.

### RELEVANTIE BESTAANDE RICHTLIJNEN

Juist omdat huisartsen gewend zijn te zorgen voor patiënten met multimorbiditeit terwijl richtlijnen nauwelijks sturing geven, zijn hun ervaringen en beweegredenen een belangrijke bron van kennis. Ik heb hun meningen en ideeën gepeild door middel van kwalitatief onderzoek, dat beschreven wordt in het tweede deel van mijn proefschrift. In theorie zijn veel standaarden relevant voor patiënten met multimorbiditeit. In focusgroepen heb ik onderzocht welke prioriteiten huisartsen hierbij stellen en hoe zij de standaarden waarderen als die toegespitst 'moeten' worden op patiënten met multimorbiditeit.

De basis van het beleid wordt uiteraard gevormd door medische afwegingen, maar huisartsen stemmen hun zorg ook af op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Zij vonden het essentieel om dit altijd te doen bij patiënten met

### De kern

- Multimorbiditeit bij chronische aandoeningen heeft vaak een slechte invloed op de prognose en leidt tot complexe zorg.
- Huisartsen willen bij patiënten met multimorbiditeit in de eerste plaats patiëntgericht kunnen werken.
- De richtlijnen voor afzonderlijke aandoeningen zijn vaak ontoereikend bij multimorbiditeit, waardoor de huisarts veelal is aangewezen op het gezonde verstand.
- Het wetenschappelijk onderzoek zou in de inclusiecriteria en uitkomstmaten meer plaats moeten inruimen voor multimorbiditeit.
- In de opleidingen zou training van het 'gezonde verstand' en de bijbehorende communicatieve vaardigheden bij multimorbiditeit wenselijk zijn.

multimorbiditeit. Als er veel problemen zijn, ontstaat complexe zorg, met name als de aandoeningen zowel somatisch als psychisch van aard zijn. Huisartsen willen geïntegreerde zorg leveren en daarmee versnippering voorkomen. Ze proberen het overzicht te houden over de problemen en behandelingen, en te komen tot *shared decision making*. Gezamenlijke besluitvorming is extra belangrijk bij complexe zorg en een persoonlijke relatie met de patiënt helpt daarbij. Samengevat bleek ‘patiëntgerichte zorg leveren’ het hoofddoel van huisartsen bij patiënten met multimorbiditeit.

De huisartsen hadden de ervaring dat het al te strikt volgen van standaarden en richtlijnen conflicteert met patiëntgericht werken bij patiënten met multimorbiditeit. Ze waardeerden het enorm dat er standaarden beschikbaar zijn, maar als ze zich steeds aan alle adviezen daaruit zouden houden, zou dat te weinig ruimte overlaten om aan te sluiten bij de behoeften en risico's van de individuele patiënt. Een combinatie van richtlijnen zal nooit helemaal passend zijn voor een specifieke, complexe situatie. Met name voor de oudere patiënt met multimorbiditeit betwijfelden de huisartsen vaak het nut van de geadviseerde preventieve maatregelen, en ze plaatsten vraagtekens bij de geldigheid van sommige richtlijnen. Er kwamen enkele suggesties om de toepasbaarheid van de richtlijnen te verbeteren, bijvoorbeeld door betere rapportage van de externe validiteit en door een rangorde aan te brengen in de aanbevelingen.

Huisartsen vertelden dat ze niet altijd stug vasthouden aan de richtlijnen. Beslissingen over de zorg voor patiënten met multimorbiditeit waren soms vooral gebaseerd op het gezonde verstand. Feitelijk is dit ook hoe evidence-based geneeskunde bedoeld is; namelijk het combineren van het best beschikbare bewijs met persoonlijke klinische ervaring.

### RELEVANTIE BESTAAND ONDERZOEK

De in het proefschrift beschreven onderzoeken bevestigen de grote omvang van multimorbiditeit, maar geven ook aan dat een chronische ziekte de uitkomsten van een andere chronische ziekte kan beïnvloeden. Het feit dat de aanwezigheid van een niet-gerelateerde aandoening, zoals artrose, een ongunstige invloed kan hebben op de diabetesregulatie benadrukt hoe belangrijk een gepersonaliseerde behandelstrategie is. Dit kwam ook naar voren in de focusgroepen: huisartsen vinden een gepersonaliseerde behandeling essentieel bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

Het wetenschappelijke onderzoek naar multimorbiditeit staat echter nog in de kinderschoenen. De kwantitatieve onderzoeken in dit proefschrift hadden een observationele opzet en rechtvaardigen geen stevige aanbevelingen voor directe verbetering van de diabeteszorg in de dagelijkse praktijk. Ze geven wel aanleiding tot vervolgonderzoek om de opvallende bevindingen verder uit te werken. We weten namelijk nog veel te weinig van de interactie tussen ziekte-uitkomsten en allerhande patiëntkenmerken. Comorbiditeit zou gezien moeten worden als een patiëntkenmerk, net als bijvoorbeeld leeftijd, BMI, geslacht en SES. Het zou een stap voorwaarts zijn als de

kans op succes van een behandeling beter zou zijn te voorspellen aan de hand van dit samenspel van patiëntkenmerken. De huisarts zou zo'n onderbouwde inschatting goed kunnen gebruiken bij de *shared decision making* over de punten waarop de behandeling zich moet richten. Als duidelijk is welke reële doelen voor de patiënt in kwestie het belangrijkste zijn, kan de huisarts met de praktijkondersteuner afspraken maken over de ketenzorg en over de daarin individueel vastgestelde streefwaarden.

In algemene zin zou toekomstig wetenschappelijk onderzoek meer rekening moeten houden met multimorbiditeit. Dit geldt juist ook voor degenen die een specifieke ziekte onderzoeken en niet alleen voor onderzoekers met een generalistische blik, die wellicht van nature meer belangstelling hebben voor het fenomeen ‘multimorbiditeit’. Als men ruime in plaats van strenge inclusiecriteria zou hanteren en als men veel vaker ouderen en patiënten met multimorbiditeit zou includeren, zouden de onderzoeksresultaten ook bruikbaar worden voor deze groepen. Na jaren van grote belangstelling voor evidence-based geneeskunde is het de hoogste tijd om de blik te verruimen. Strakke RCT's met een strikt omschreven studiepopulatie hebben ervoor gezorgd dat de state-of-the-art-behandeling van talloze chronische aandoeningen inmiddels stevig in de steigers staat voor vijftigers zonder comorbiditeit. Het is echter nog altijd onduidelijk in hoeverre ook de tachtigplusser die kanker heeft gehad en antidepressiva slikt baat heeft bij de aanbevolen behandelingsstrategie.

Daarbij komt dat het toevoegen van generieke naast ziekte-specifieke uitkomstmaten ook erg zinvol zou zijn bij onderzoek naar één specifieke aandoening. Preventie van ziektegerelateerde complicaties is voor patiënten met ADL-beperkingen en een verkorte levensverwachting waarschijnlijk niet de hoogste prioriteit. Ook in de praktijk zou algemeen welbevinden vaker nagevraagd en geregistreerd moeten worden.

### Abstract

Luijckx H. Multimorbidity from the general practitioner's perspective. *Huisarts Wet* 2016; 59(9):400-2.

Although multimorbidity is common, medical guidelines do not pay sufficient attention to this phenomenon. There is growing awareness that comorbidity has an unfavourable effect on the prognosis of chronic disorders, such as osteoarthritis and cardiovascular disease in diabetes. The care needs of patients with multimorbidity are often complex and are different in individual patients. For this reason, as shown in focus group studies, general practitioners think that patient-centred care should be provided in the first instance. Because guidelines for combinations of diseases are of limited use for patients with multimorbidity, decisions should be made on the basis of common sense too. After all, evidence-based medicine is using the best available clinical evidence in combination with personal clinical experience.

Clinical research should aim to produce evidence that is useful and applicable to patients with multimorbidity. This can be achieved by, for example, using wider inclusion criteria and applying generic study outcomes in addition to disease-specific outcomes. Medical education and training should focus on teaching doctors to use their common sense and corresponding communication skills.



## EVIDENCE-BASED, MAAR MET GEZOND VERSTAND

De huidige richtlijnen schieten tekort in het geven van aanbevelingen die relevant en zinvol zijn voor patiënten met multimorbiditeit. In de dagelijkse praktijk vullen huisartsen dit gemis aan door hun gezonde verstand te gebruiken. Die ruimte is essentieel om zinvolle, patiëntgerichte zorg te kunnen leveren. Ook geprotocolleerde zorg, zoals ketenzorg, zou een zekere mate van flexibiliteit moeten kennen als het gaat om patiënten met multimorbiditeit, en zou meer ruimte moeten bieden aan generieke patiëntuitkomsten. Want ook bij een forse toename van zinvol onderzoek naar multimorbiditeit zullen de mogelijke combinaties van ziekten eindeloos zijn. Het is dan ook een illusie dat er voor alle denkbare situaties een goede evidence-based aanbeveling zal komen.

Evidence-based geneeskunde komt erop neer dat men het best beschikbare bewijs vindt dat van toepassing is op de indi-

viduele patiënt. Ruimte voor het gezonde verstand is dus een vereiste, zeker in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Dit verdient meer aandacht in de medische (vervolg)opleidingen. Een patiëntgerichte benadering moet kunnen aansluiten op de risico's en behoeften van elke individuele patiënt met multimorbiditeit. Van de dokter vereist dit oefening in communicatieve vaardigheden en in *shared decision making*, maar ook de toewijding om continue, persoonlijke zorg te leveren. De huisarts is bij uitstek toegerust om deze benadering in praktijk te brengen en verdient dus een prominente rol in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. ■

## LITERATUUR

- 1 Luijckx HDP. Multimorbidity in primary care: focus on the general practitioner's perspective [Proefschrift]. Nijmegen: Radboudumc, 2015.

Nico van Duijn

## Hoofdpijn en schuldgevoel

Schuldgevoel is er in soorten. Terecht schuldgevoel over iets stoms wat anders had gekund. Een onbehouden opmerking tegen je irritante moeder bijvoorbeeld. En er is onterecht schuldgevoel, uit gewoonte. Die gewoonte is: tegenslag allereerst aan je eigen falen wijten. Het andere uiterste kent u ook. Dat zijn mensen die bij tegenslag gewoontegetroou anderen de schuld te geven, of de regering, of hun partner. Je kunt het zien als een internaliserende tegenover een externaliserende instelling. Eigen-schuld-eerst tegenover altijd-andermans-schuld. Vermoedelijk zijn dit

vaste personeigenschappen. Persoonlijk ben ik een internaliserend mens. Als ik weer eens een glas laat vallen ben ik boos op mezelf. Externaliserende mensen zouden boos zijn op het glas of op de kat.

Het schuldgevoel bij hoofdpijn is misschien wel beide: én terecht én onterecht schuldgevoel. Het schuldgevoel is onterecht, omdat je nu eenmaal een hoofdpijnmens bent. Daar verander je niets aan. Daar moet je je niet schuldig over voelen. Het schuldgevoel is deels terecht, als je wel erg onhandig omgaat met je hoofdpijn. Een voorbeeld. De doorholer met weekendhoofdpijn raast als een bezetene de week door, om nog even alle klusjes te doen. Donderdagavond is de koelkast vol en het huis aan kant. Op vrij-

dag geheel uitgeput waardoor een stevige migraine doorbreekt. Of zo iemand gaat piekeren en tobben, met slapeloze nachten. Natuurlijk krijg je dan een migraineaanval. Maar piekeren en tobben kun je leren stoppen. Dat is de beïnvloedbare kant van hoofdpijn. Voor hoofdpijnsoorten als clusterhoofdpijn, trigeminus neuralgie en nogal wat migraines geldt dit overigens niet. Die overkomen je. Voor-kómen kun je er niets aan, anders dan met medicijnen. Maar voor de rest is het een handicap, waar je handig of onhandig mee omgaat. Bij onhandig gebruik is schuldgevoel wel een beetje terecht. Schuldgevoel helpt overigens niet; misschien wel integendeel. ■



## Therapieontrouw: who cares?

Therapieontrouw is een relevant fenomeen voor huisartsen, zij schrijven in Nederland 80% van alle receptplichtige geneesmiddelen voor.<sup>1,2</sup> Er is al veel bekend over de manier waarop de (huis)arts therapietrouw kan bevorderen. Een echte dialoog met de patiënt over het daadwerkelijk gebruik van de medicatie is daarbij het belangrijkste middel.<sup>3-5</sup> Ondanks alle aandacht voor patiëntgerichte communicatie, ook in dit tijdschrift, gaat de huisarts deze dialoog vaak uit de weg.<sup>6-11</sup>

### DE 'EVIDENCE-BASED KUNST VAN HET VOORSCHRIJVEN'

Onlangs verscheen in *The Journal of Family Practice* een artikel over therapietrouw: 'The art and science of prescribing'.<sup>12</sup> De auteurs beschrijven op basis van wetenschappelijk onderzoek een aantal patiënt- en artsfactoren die invloed hebben op therapietrouw en komen daarmee tot richtlijnen voor het 'state of the art' voorschrijven van geneesmiddelen. Je zou kunnen spreken van de 'evidence-based kunst van het voorschrijven'. Allereerst zijn er praktische tips, zoals minder frequente dosering, schriftelijke informatie, uitleg met gebruik van afbeeldingen en sms'jes ter herinnering. De auteurs leggen echter de nadruk op goede communicatie met de patiënt, bij het eerste recept en bij de controles. Voor Nederlandse huisartsen zijn hun communicatieadviezen niet zo verrassend: zorg dat de patiënt zich gehoord voelt; zorg dat je weet waar hij of zij voor komt en wat hem of haar daarbij bezighoudt; sluit daarbij aan met diagnostiek en behandelplan; en vooral: bespreek met de patiënt of dit plan voor hem of haar het beste alternatief is, acceptabel en uitvoerbaar. De auteurs houden aldus een pleidooi voor wat we patiëntgerichte communicatie noemen: communicatie met aandacht voor klacht, ziekte, diagnose en beleid, naast aandacht voor beleving, vragen, wensen, mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt.

Huisartsopleidingen trainen hun aios sinds jaar en dag in patiëntgerichte communicatie en tijdschriften publiceren er regelmatig over.<sup>3-7,9</sup> Zo publiceerde *Huisarts & Wetenschap* in 2013 'Medicatieontwerp bevorderen met patiëntgerichte communicatie'.<sup>3</sup> Er is dus al geruime tijd veel informatie beschikbaar over 'hoe het moet', maar ook de Nederlandse huisarts past de kunst van het voorschrijven blijkens onderzoek weinig toe.<sup>6,7,9-11</sup>

### WAT WEERHOUDT DE HUISARTS?

Het NIVEL heeft in 2010 aan huisartsen gevraagd wat hen ervan weerhoudt therapietrouw met hun patiënten te bespreken. Onderzoekers keken samen met huisartsen naar video-opnames van hun consulten en vroegen hen, als ze het gesprek over het geneesmiddelgebruik opvallend achterwege lieten, waarom dat zo was.<sup>14</sup> Ik bespreek hieronder de diverse antwoorden van huisartsen.

### Gebrek aan tijd

Huisartsen zeiden vaak dat er geen tijd is voor het bespreken van het medicijngebruik.

Dat is begrijpelijk. Tien minuten per consult is weinig. Een huisarts zal echter nooit zeggen dat hij deze keer geen diagnose heeft gesteld of geen advies heeft gegeven, omdat daar te weinig tijd voor was. Kennelijk vinden huisartsen het stellen van de juiste diagnose en het kiezen van het juiste beleid belangrijker dan de juiste uitvoering van dat beleid door de patiënt. Kennelijk voelt het bespreken van het medicijngebruik minder als corebusiness. Mogelijk komt dit doordat huisartsen het zichzelf aanrekenen als de diagnose of het beleid onjuist blijkt te zijn. En dit wordt ze ook aangerekend. Als de patiënt een juist advies niet opvolgt, is dat jammer maar huisartsen zullen zich dat minder aanrekenen. En het wordt ze ook niet aangerekend. Therapieontrouw is dus niet echt hun probleem en dat maakt deze prioritering volstrekt begrijpelijk.

Een andere overweging bij het gebrek aan tijd ligt op het gebied van communicatievaardigheden. Gebruiken huisartsen die voldoende? Dokters zijn bang dat hun spreekuur uitloopt als ze doorvragen naar het medicijngebruik. Dat is een begrijpelijke zorg, maar communicatievaardigheden als beleefd onderbreken en structureren door het geven van een korte samenvatting kunnen hierbij helpen. Er is veel onderzoek gedaan dat aantoont dat goede communicatie niet veel meer tijd hoeft te kosten, en soms zelfs tijdswinst genereert.<sup>15-17</sup>

### Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

Huisartsen zeiden dat de patiënt ook een eigen verantwoordelijkheid heeft.

We spreken vaak over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. We zeggen tegen elkaar dat we die niet te veel moeten 'overnemen'. We moeten 'niet te veel zorgen'. Een lastig concept. Want waar eindigt dan precies de verantwoordelijkheid van de dokter en begint die van de patiënt? Wanneer zorgt de dokter te veel? Patiënten slikken om allerlei redenen hun medicatie niet: ze zien het belang niet, ze zijn bang voor bijwerkingen, ze kunnen het niet onthouden of ze willen geen patiënt zijn. We weten dat de dokter in een gesprek hierover kan helpen bij verwerking, irrationele ideeën kan wegnemen en kan motiveren. Dat kan beter gebruik van medicatie bevorderen.<sup>3,4,8-10</sup> Voor zo'n gesprek kan de patiënt zelf niet of minder goed zorgen. Als de patiënt, ondanks goede gesprekken met de dokter, ervoor kiest de medicatie niet in te nemen is dat zijn eigen verantwoordelijkheid. Maar als de patiënt daartoe beslist zonder goede gesprekken met de dokter, hoe

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, De Boelelaan 1109, 1081 HV Amsterdam: C.B.T. Rietmeijer, huisarts, supervisor/coach, onderwijsontwikkelaar arts-patiëntcommunicatie, onderwijscoördinator en onderzoeker • Correspondentie: c.b.t.rietmeijer@gmail.com • Mogelijke belangenverstrenging: niets aangegeven.



Foto: Burlingham/Shutterstock

zit het dan? Stoppen de verantwoordelijkheid en de zorg van de dokter bij het voorschrift?

### Paternalisme

Huisartsen zeiden het paternalistisch te vinden om te vragen of het lukt de medicatie naar behoren in te nemen.

Moderne huisartsen willen niet paternalistisch zijn. Ze vinden het echter geen probleem om diverse keren per dag vlot tot een advies te komen waarvan ze denken dat dat het beste is voor hun patiënt. Vaak zonder dat ze daarover al te veel informatie hebben uitgewisseld met de patiënt. Wat maakt dat ze het één paternalistisch vinden en het ander niet?

### In mijn praktijk valt het wel mee met therapieontrouw

De huisartsen die meenden dat het in hun praktijk wel meeviel met therapieontrouw haastten zich om hieraan toe te voegen dat die opvatting op onduidelijke gronden is gebaseerd. Hoe zou het komen dat huisartsen de harde cijfers over matige therapieontrouw zo makkelijk naast zich neerleggen? Zien ze de kwestie als een probleem van anderen of zijn ze niet geïnteresseerd in de therapieontrouw van hun eigen patiënten?

### WHO CARES?

De in het NIVEL-onderzoek geïnterviewde huisartsen zien principiële (eigen verantwoordelijkheid van patiënt, paternalisme) en praktische (tijd) bezwaren tegen grotere bemoeienis van hun kant en denken daarbij vaak dat therapieontrouw in

hun eigen praktijk wel meevalt. Verder lijken ze het bevorderen van therapieontrouw niet als hun corebusiness te zien. De vraag is gerechtvaardigd waarom ze dan in hemelsnaam communicatieadviezen ter bevordering van therapieontrouw zouden opvolgen, nog los van de vraag of ze daarin voldoende vaardig zijn.

Waarom zouden huisartsen hun communicatiegedrag veranderen? Van den Eertwegh onderzocht dit onlangs bij huisartsen en chirurgen-in-opleiding.<sup>18</sup> Zij zeiden dat ze in de eerste plaats moeten worden geconfronteerd met een probleem in hun communicatie voordat zij hierin een verandering willen overwegen. Ze moeten probleemeigenaar worden. Dat lukt alleen goed, zeggen ze, als er ruimte, tijd en veiligheid is om op incidenten te reflecteren en na te denken over nieuw gedrag. Begeleiding en scholing helpen daarbij.

Scholing, tijdschriftartikelen en leerboeken zijn vaak vooral gericht op gedragsalternatieven, in dit geval zijn dat communicatievaardigheden ter bevordering van therapieontrouw. Maar de beschreven stap 1 in het leren – de confrontatie, de bewustwording van noodzaak en urgentie en van eigen aandeel, leidend tot probleemeigenaarschap – wordt hiermee niet gewaarborgd. Die stap is moeilijk voor de ander te registreren. De vraag is ook of het moet en of het kan.

### Bevordering therapieontrouw: moet het?

Of het moet, bepalen wij vooral als beroepsgroep. Wil de beroepsgroep verantwoordelijkheid nemen voor het bevorderen van het goed uitvoeren van het behandelplan door de patiënt?



De Toekomstvisie 2022 spreekt over optimale, op de individuele patiënt toegesneden zorg die in samenspraak vorm krijgt. Vanuit het veld roepen initiatieven als 'Optimale zorg – Dappere dokters' huisartsen en medisch specialisten op tot het gesprek met de individuele patiënt over de voor hem of haar optimale zorg.<sup>19</sup> Je mag dus concluderen dat de beroepsgroep vindt dat de huisarts het gesprek over de haalbaarheid van het behandelplan, en dus over het werkelijke medicijngebruik, met de patiënt moet voeren. Wordt het dan geen tijd dat de beroepsgroep die visie duidelijker gaat ondersteunen door bijvoorbeeld een NHG-Standaard Bevordering therapietrouw te ontwikkelen, of breder 'Gedeelde besluitvorming', zodat voor iedereen helder is wat de 'communicatiestandaard' is bij het voorschrijven van geneesmiddelen?

### Bevordering therapietrouw: kan het?

Rest de vraag of het kan. Is het mogelijk om de individuele huisarts probleemeigenaar te maken van betere communicatie ter bevordering van therapietrouw? Wat zou daarbij helpen? Zou zo'n NHG-Standaard helpen? Zou het bespreken van gedeelde besluitvorming en therapietrouw in de toetsgroep of intervisie helpen? Zouden video-opnames van het bespreken van het geneesmiddelgebruik helpen (in plaats van altijd weer de hulpvraag)? Zou meer aandacht hiervoor tijdens de opleiding helpen?

### TOT SLOT

Huisartsen en chirurgen-in-opleiding zeggen een confrontatie met een probleem en hun eigen aandeel daarin nodig te hebben om probleemeigenaar te worden en hun gedrag blijvend te veranderen. Is het mogelijk om u van zulke confrontaties te voorzien? En heeft u daar zin in? Zou het helpen als ik nog eens zei dat u een belangrijk deel van uw werk voor

niets doet, omdat de patiënt uw te weinig afgestemde advies niet kan of wil opvolgen? Helpt dit commentaar? Voelt u al een beetje een probleem? ■

### LITERATUUR

- 1 Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health Organization, 2003.
- 2 Www.therapietrouwmonitor.nl.
- 3 Van Staveren R. Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. Huisarts Wet 2013;56:472-5.
- 4 Rietmeijer C. Motiverende gespreksvoering. Huisarts Wet 2014;57:202-5.
- 5 Van Veenendaal H, Rietmeijer C, Voogdt-Pruis H, Raats I. Samen beslissen is beter. Huisarts Wet 2014;57:524-7.
- 6 Bensing J. De nieuwe kleren van de huisarts. Huisarts Wet 2007;50:470-3.
- 7 Van der Weijden T, Sanders-van Lennep A. Keuzehulp voor de patiënt. Huisarts Wet 2012;55:516-21.
- 8 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering. 2e druk. Den Haag: Lemma, 2006.
- 9 Van Dulmen S, Noordman J. Motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen. Huisarts Wet 2013;43:15.
- 10 Prins M, Schoen T, Doggen C, Van Dijk L, Van Dulmen S. Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw. Utrecht: NIVEL, 2008.
- 11 Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient Adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Services Research 2007;7:55.
- 12 Shivale S, Dewan M. The art and science of prescribing. J Fam Pract 2015;64:400-6.
- 13 Www.medischcontact.nl/Opinie/Blogs/Henriette-van-der-Horst-1/Bericht-Henriette-van-der-Horst/152040/De-minister-en-gedeelde-besluitvorming-Henriette-van-der-Horst.htm.
- 14 Van Dulmen S, Van Bijnen E. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. International Journal of Person Centered Medicine 2011;1.1:27-34.
- 15 Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. JAMA 2000;284:1021-7.
- 16 Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA 1997;277:350-6.
- 17 Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MHN, Dunn S M. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. Psycho-Oncology 2002;11:47-58.
- 18 Van den Eertwegh V, Van Dalen J, Van Dulmen S, Van der Vleuten C, Scherpbier A. Residents' perceived barriers to communication skills learning. Comparing two medical working contexts in postgraduate training. Patient Educ Couns 2014;95:91-7.
- 19 <https://amsterdam-almere.lhv.nl/dappere-dokters-0>.

## Klinische lessen voor H&W gevraagd

Lezers van H&W waarderen klinische lessen in het blad in hoge mate. In deze rubriek is aandacht voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beeld of een medisch basisprincipe aan de hand van een of twee patiëntencasus. De schrijver krijgt de mogelijkheid zijn ervaring te delen en de lezers kunnen er wat van opsteken. De rubriek sluit nauw aan bij de dagelijkse praktijk en is een mooie manier om uw praktijkervaring te delen met uw collega's.

De beschrijving van een casus kan passen in de rubrieken klinische les

of casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld, maar om de leerpunten voor collega-huisartsen. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casus dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Klinische lessen hebben 'van nature' een logische structuur:

- inleiding met aanleiding en doelstelling voor het artikel (zonder de boodschap al weg te geven);

- de eigenlijke gevalsbeschrijving die sturend moet zijn voor de rest van het artikel;
- een beschouwing met interpretatie, plaatsen van de casus in de context van bestaande literatuur over dit onderwerp en uitwerking van de boodschap (de les);
- conclusie.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de instructie (<http://www.henw.org/voor-auteurs>) Bij vragen kunt u altijd contact met opnemen met de redactie ([redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org), telefoon 030-2823500). ■



# Cumarinederivaten en DOAC's voortaan gelijkwaardig

Maureen van den Donk, Jip de Jong, Geert-Jan Geersing, Tjerk Wiersma

## ACHTERGROND

In Nederland zijn sinds enige jaren directe orale anticoagulantia op de markt (DOAC's, ook wel nieuwe of 'niet-vitamine K-antagonist orale anticoagulantia' (NOAC's) genoemd). Deze middelen worden onder andere gebruikt ter preventie van trombo-embolische gebeurtenissen bij patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (boezemfibrilleren zonder mechanische kunstklep of mitralisstenose) en voor de behandeling van veneuze trombo-embolie.

Nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's) werden enkele jaren geleden in Nederland omgedoopt tot 'directe orale anticoagulantia' (DOAC's), onder andere omdat het nieuwe er wel van af was. In de internationale literatuur wordt evenwel nog steeds van NOAC's gesproken, hetgeen inmiddels staat voor 'niet-vitamine K-antagonist orale anticoagulantia'.

De NHG-Standaard *Atriumfibrilleren*, die in 2013 is herzien, geeft de voorkeur aan cumarinederivaten bij patiënten met atriumfibrilleren die een indicatie voor antistolling hebben. De reden hiervoor is dat met cumarinederivaten jarenlange ervaring is opgedaan, terwijl er op dat moment nog geen gegevens beschikbaar waren over de effectiviteit en veiligheid van DOAC's bij grote patiëntengroepen en op de lange termijn. Verder bestonden er zorgen over het gebruik van DOAC's door oudere patiënten met multiële comorbiditeit. Deze groep patiënten, van wie de huisarts vaak hoofdbehandelaar is, zijn ondervertegenwoordigd in de DOAC-RCT's. De NHG-Standaard Diepe veneuze trombo-

se en longembolie (herzien in 2015) sluit hierbij aan en adviseert behandeling van diepe veneuze trombose met kortdurend laagmoleculuwigewichtheparine-injecties (LMWH) en cumarinederivaten gedurende drie of zes maanden. De behandeladviezen in deze standaard betreffen voornamelijk patiënten met een eerste episode van een diepe veneuze trombose.

Inmiddels worden DOAC's in de tweede lijn op grote schaal voorgeschreven. Dit leidt tot veel vragen van huisartsen over de mening van het NHG hierover en tot onduidelijkheid over de rol van de huisarts bij het continueren en eventueel initiëren van de DOAC's. Ook zijn er inmiddels nieuwe onderzoeken verschenen, met name cohortonderzoeken naar de effectiviteit en veiligheid van DOAC's bij atriumfibrilleren. Een en ander vormde reden de positie van de DOAC's als geneesmiddelgroep ten opzichte van cumarinederivaten opnieuw te beoordelen. Dit standpunt gaat niet gedetailleerd in op de keus tussen DOAC's onderling en geeft geen welomschreven doseeradviezen. Dit standpunt bevat ook geen advies over de invulling van de noodzakelijke taakdelegatie tussen de partners in de antistollingsketen (huisarts, cardioloog, internist, apotheker, thuiszorg, trombosedienst, et cetera). Deze punten zullen nader uitgewerkt worden bij de herziening van de respectievelijke NHG-Standaarden.

## SAMENVATTING ONDERZOEKSGEGEVENS

Het NHG heeft een literatuursearch gedaan naar de effecten en bijwerkingen van DOAC's in vergelijking met cumarinederivaten bij patiënten met atriumfibrilleren en bij patiënten met diepe veneuze trombose. Hieronder staat een samenvatting van de resultaten. Een uitgebreide beschrijving van de methoden en resultaten vindt u in de bijlagen 1 en 2.

### Atriumfibrilleren

**Resultaten literatuursearch.** De search leidde tot twee Cochrane-reviews over directe trombineremmers (dabigatran) [Salarzar 2014] en factor Xa-remmers (apixa-

ban, edoxaban, rivaroxaban) [Bruins Slot 2013], en een netwerkmeta-analyse waarin onderzoeken naar orale anti-trombotica ter preventie van beroerte bij patiënten met atriumfibrilleren van 65 jaar en ouder zijn geïncludeerd [Lin 2015]. We gebruiken hier de resultaten van de netwerkmeta-analyse omdat daarin de bevindingen uit 25 RCT's en de resultaten van 24 cohortonderzoeken zijn betrokken. De meeste daarvan vergeleken warfarine met een DOAC. De resultaten zijn in de bijlagen samengevat. Daarbij is vooral gekeken naar bewijs voor non-inferioriteit van de DOAC's, waarbij een conservatieve non-inferioriteitsmarge van 10% wordt gehanteerd. Deze marge is strenger dan de registratieautoriteiten doorgaans eisen, en ook strenger dan gehanteerd in de oorspronkelijke RCT's. De op zichzelf arbitraire marge is op klinische gronden vastgesteld, gegeven het feit dat een beperkt verlies van effectiviteit op het primaire eindpunt van trombotische complicaties (ten opzichte van cumarinederivaten) acceptabel is in het licht van andere bijkomende voordelen voor de patiënt, zoals een mogelijk gunstiger bloedingprofiel, minder interacties en het vervallen van INR-controles.

**Kwaliteit van bewijs.** De RCT's waren van goede kwaliteit, maar kwaliteit van bewijs uit de RCT's voor de verschillende uitkomstmaten is overwegend matig, soms laag, vooral omdat is afgewaardeerd omdat de onderzoeksgroepen niet geheel representatief zijn voor de patiëntenpopulatie met een indicatie voor antistolling in de huisartsenpraktijk; ze hadden gemiddeld minder comorbiditeit. Dit laatste is verdisconteerd door een meer terughoudend beleid te formuleren voor deze specifieke subgroepen. Daarnaast is soms afgewaardeerd voor onnauwkeurigheid. Er is niet afgewaardeerd vanwege het feit dat de meeste onderzoeken DOAC's vergelijken met warfarine, omdat de mate van ontstolling bij cumarinederivaten steeds gecontroleerd is met bepaling van de *international normalized ratio* (INR). Evenmin is afgewaardeerd voor het feit dat het meeste onderzoek verricht is in landen zonder trombosedienst, omdat er onvol-

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; dr. M. van den Donk, wetenschappelijk onderzoeker; dr. J. de Jong, wetenschappelijk onderzoeker; dr. Tj. Wiersma, huisarts en wetenschappelijk onderzoeker. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, afdeling Klinische epidemiologie en afdeling Huisartsgeneeskunde, Utrecht; dr. G.J. Geersing, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: m.vandendonk@nhg.org.

Het Julius Centrum ontvangt financiering van Boehringer Ingelheim en Bayer voor onderzoek waarbij G.J. Geersing betrokken is. Boehringer Ingelheim en Bayer zijn beide fabrikant van een NOAC (respectievelijk dabigatran en rivaroxaban). Het Julius Centrum ontvangt ook financiering van Stichting Achmea Gezondheidszorg voor onderzoek naar ketenzorg bij atriumfibrillatie. Verder ontvangt het Julius Centrum subsidies via ZonMw. G.J. Geersing ontvangt een persoonlijke Veni-beurs van ZonMw naar optimale diagnostiek bij longembolie bij ouderen.

doende aanwijzingen zijn dat de *time in therapeutic range* (TTR) in Nederland hoger is dan in andere landen of dat een hogere TTR bij gebruik van cumarinederivaten de gelijkwaardige effectiviteit van DOAC's doet verdwijnen. Wel verdween bij een hoge TTR het verschil in intracraniale bloedingen [Wallentin 2010].

**Effectiviteit.** Uit de RCT's blijkt dat DOAC's niet inferieur zijn aan warfarine wat betreft het voorkómen van beroertes en systemische embolieën, evenals het voorkómen van sterfte aan alle oorzaken. Alleen voor rivaroxaban, apixaban en edoxaban kan inferioriteit niet geheel worden uitgesloten voor de uitkomstmaat ischemische beroerte. De gegevens uit de cohortonderzoeken zijn hier in hoge mate mee in overeenstemming. Subgroepanalyses naar leeftijd laten geen grote verschillen in effectiviteit zien tussen de leeftijdsgroepen 65 tot 75 en 75 tot 85 jaar.

**Veiligheid.** Wat betreft het optreden van ernstige bloedingen zijn dabigatran, apixaban en edoxaban in de RCT's niet inferieur aan warfarine; voor rivaroxaban kan dit niet worden uitgesloten. Intracraniale bloedingen komen in de RCT's minder voor bij alle DOAC's dan bij warfarine. De gegevens omtrent het optreden van gastro-intestinale bloedingen en myocardiinfarcten zijn minder duidelijk: de brede betrouwbaarheidsintervallen door lage aantallen leiden tot uiteenlopende resultaten tussen DOAC's onderling. De gegevens uit de cohortonderzoeken over het optreden van bijwerkingen, voor zover beschikbaar, zijn hiermee overwegend in overeenstemming. Wel laten subgroepanalyses naar leeftijd omtrent de bijwerkingen verschillen zien: bij de oudste ouderen (75 tot 85 jaar) leiden DOAC's, in vergelijking met warfarine mogelijk vaker tot ernstige bloedingen, met name gastro-intestinale bloedingen. Intracraniale bloedingen deden zich overigens ook bij de oudste ouderen minder vaak voor bij gebruik van dabigatran, apixaban en edoxaban dan bij warfarine.

**Conclusie atriumfibrilleren.** Het is vrij zeker dat DOAC's even effectief zijn als cumarinederivaten in het voorkomen van trombo-embolische gebeurtenissen en

sterfte bij patiënten met atriumfibrilleren. Voor patiënten tot 75 jaar zonder veel comorbiditeit zijn geen aanwijzingen voor het optreden van extra bijwerkingen bij gebruik van DOAC's terwijl de middelen leiden tot minder intracraniale bloedingen. Uit cohortonderzoek blijkt dat voor patiënten van 75 jaar en ouder bij gebruik van dabigatran en rivaroxaban enige zorg gerechtvaardigd blijft over het extra optreden van gastro-intestinale bloedingen.

### Diepe veneuze trombose

**Resultaten literatuurresearch.** De search leverde een Cochrane-review op waarin RCT's werden geïncludeerd die de effecten en bijwerkingen van DOAC's vergeleken met een ander antistollingsbeleid [Robertson 2015]. In deze review zijn de DOAC's onderscheiden in:

- Directe trombineremmers (ximelagatran – in Nederland niet op de markt) en dabigatran; drie RCT's met 7596 deelnemers).
- Factor Xa-remmers (rivaroxaban, apixaban en edoxaban; acht RCT's met 20.349 deelnemers).

Daarnaast werd een cohortonderzoek met 5142 deelnemers gevonden waarin rivaroxaban werd vergeleken met een cumarinederivaat [Ageno 2016]. De resultaten van de onderzoeken voor de uitkomstmaten recidief veneuze trombo-embolie, recidief diepe veneuze trombose, fatale en niet-fatale longembolie, sterfte (alle oorzaken) en majeure bloedingen zijn in de bijlagen samengevat. Bij de beschrijving van de bevindingen is ook hier gelet op non-inferioriteit, waarbij eveneens een conservatieve non-inferioriteitsmarge van 10% is aangehouden. De onderbouwing voor deze arbitraire marge is gelijk aan die bij AF.

**Kwaliteit van bewijs.** De RCT's waren van goede kwaliteit, maar de kwaliteit van bewijs varieert van matig tot laag voor de verschillende uitkomstmaten, wederom omdat is afgewaardeerd vanwege twijfel aan de representativiteit van de onderzoekspopulaties voor de huisartsenpraktijken en vanwege onnauwkeurigheid. Ook hier is niet afgewaardeerd vanwege het feit dat de DOAC's vergeleken zijn met warfarine of vanwege het

ontbreken van een trombosedienst in het land van onderzoek.

**Effectiviteit.** Uit de RCT's blijkt dat factor Xa-remmers niet inferieur zijn aan cumarinederivaten wat betreft de incidentie van recidief veneuze trombo-embolie en recidief diepe veneuze trombose; wat betreft de uitkomstmaat 'sterfte aan alle oorzaken' lijkt hetzelfde het geval, maar kan inferioriteit niet geheel worden uitgesloten. De resultaten voor het optreden van longembolieën laten – mede vanwege lage aantallen – geen duidelijke conclusies toe. Voor directe trombineremmers geldt dat voor alle uitkomstmaten inferioriteit niet kan worden uitgesloten. Gegevens uit het cohortonderzoek zijn hiermee in overeenstemming.

**Veiligheid.** Wat betreft bijwerkingen is gekeken naar het optreden van ernstige bloedingen. Vergeleken met cumarinederivaten lijken DOAC's niet inferieur en minder ernstige bloedingen te geven. Er is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten bloedingen. De gegevens uit het cohortonderzoek zijn hiermee in overeenstemming.

**Conclusie diepe veneuze trombose.** Het is aanmerkelijk dat factor Xa-remmers niet minder effectief zijn dan cumarinederivaten in het voorkomen van recidief veneuze trombo-embolie bij patiënten met diepe veneuze trombose. Directe trombineremmers zijn wat minder goed onderzocht en hierbij kan een geringere effectiviteit niet geheel worden uitgesloten. Gebruik van DOAC's resulteert niet in een vermeerderd optreden van ernstige bloedingen vergeleken met cumarinederivaten; ernstige bloedingen komen juist minder vaak voor bij DOAC's dan bij cumarinederivaten.

### OVERWEGINGEN

Voor de indicatie niet-valvulair atriumfibrilleren is de gelijkwaardige effectiviteit van DOAC's ten opzichte van cumarinederivaten afdoende aangetoond. Voor de indicatie diepe veneuze trombose is dat in iets mindere mate het geval. Er zijn geen aanwijzingen dat gebruik van DOAC's gepaard gaat met meer bloedingen dan gebruik van cu-

**Tabel Voor- en nadelen van cumarinederivaten en DOAC's**

|                   | Voordelen                                                                                                                                                                                                                                                   | Nadelen                                                                                                                                                                     |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumarinederivaten | Jarenlange ervaring met bewezen effectiviteit, ook bij ouderen en bij nierfalen.<br><br>INR-controles helpen om therapietrouw te monitoren.                                                                                                                 | Veel interacties, waardoor instelling (soms) lastig kan zijn.<br><br>Patiënt is afhankelijk van INR-controles.                                                              |
| DOAC              | Even effectief als vitamine-K antagonisten bij voorkómen van trombotische events.<br>Vaste dosering, waardoor INR-controles niet meer nodig zijn.<br>Consistent beeld van minder hersenbloedingen dan bij gebruik van cumarinederivaten, ook in subgroepen. | Weinig bewijs bij kwetsbare ouderen.<br>Therapietrouw lastiger te monitoren.<br>Toename van maag/darmbloedingen bij ouderen ten opzichte van gebruik van cumarinederivaten. |

marinederivaten, hoewel dit met name bij patiënten met de indicatie diepe veneuze trombose niet geheel kan worden uitgesloten vanwege de lage aantallen complicaties (en daardoor bredere betrouwbaarheidsintervallen) voor wat betreft een deel van de DOAC's en sommige bloedingscategorieën. Anderzijds is er geen reden te denken dat DOAC's bij patiënten met diepe veneuze trombose minder veilig zijn dan bij patiënten met atriumfibrilleren, ook omdat eerstgenoemde groep gemiddeld jonger is en een tijdelijke behandeling vaker volstaat. Geruststellend is ook dat de inmiddels voorhanden gegevens uit de cohortonderzoeken – met gebruik onder minder gecontroleerde omstandigheden – in dezelfde richting wijzen. Ten slotte zijn er duidelijke aanwijzingen dat DOAC-gebruik gepaard gaat met minder intracraniale bloedingen. Enige zorg blijft gerechtvaardigd over eventuele extra gastro-intestinale bloedingen bij 75-plussers. Het veelgehoorde bezwaar dat voor de meeste DOAC's (nog) geen antidotum beschikbaar is, is gezien bovenstaande gelijke resultaten in de behandelgroepen van ondergeschikt belang. Er is momenteel onvoldoende bewijs om een keus tussen de DOAC's onderling te rechtvaardigen.

Praktisch voordeel van DOAC-gebruik is de vaste dosering: titreren door periodieke bloedafname en bepaling van de INR door de trombose-dienst zijn niet nodig. Dat komt de patiëntvriendelijkheid en het gebruiksgemak ten goede. Dit zou kunnen bijdragen aan betere therapietrouw. Bovendien laat een vaste dosering zich op-

nemen in de baxter – wat overigens niet geldt voor dabigatran, dat om zijn werkzaamheid te behouden in de blisterverpakking moet blijven zitten. Anderzijds bestaat de kans dat INR-controles die noodzakelijk zijn bij gebruik van cumarinederivaten als zodanig bijdragen aan een betere therapietrouw, dan wel het eerder oppikken van onder- en overdosering door interacties met andere medicatie, veranderende farmacokinetiek bij het oplopen van de leeftijd, of optredende comorbiditeit (bijvoorbeeld infecties). Sowieso leidt het vervallen daarvan bij DOAC-gebruik ertoe dat de voorschrijvend arts de therapietrouw minder goed kan monitoren. Hierbij is ook van belang dat DOAC's vaker dan cumarinederivaten aanleiding geven tot gastro-intestinale bijwerkingen (misselijkheid en/of diarree), waardoor patiënten soms stoppen met de medicatie. Uit de RCT's bleek ook dat patiënten die DOAC's gebruikten vaker stopten vanwege bijwerkingen dan degenen die warfarine gebruikten [Adam 2012].

Vergeleken met cumarinederivaten lijken DOAC's minder frequent problematische interacties aan te gaan met andere geneesmiddelen. Een kanttekening hierbij is dat DOAC's nog relatief kort op de markt zijn, waardoor wellicht nog niet alle interacties in kaart zijn gebracht. Bekende interacties zijn opgenomen in de G-standaard die de basis vormt van de gangbare medicatiebewakingssystemen.

Nadeel van DOAC's is hun hogere prijs in vergelijking met cumarinederivaten, waarbij de exacte prijs overigens onbekend is vanwege geheime prijsaf-

spraken. Dit verschil wordt slechts gedeeltelijk tenietgedaan door de (sterk uiteenlopende) kosten die bij een keus voor cumarinederivaten zijn gemoeid met inschakeling van de trombose-dienst. Een formele vergelijking op prijs zou ook gepaard moeten gaan met een volledige kosten-effectiviteitsanalyse, waarbij alle kosten en effecten worden gemodelleerd. Dit valt buiten het bestek van dit NHG-Standpunt.

## AANBEVELINGEN

Op basis van de gegevens die voorhanden zijn over effectiviteit, veiligheid en gebruiksgemak is het NHG van mening dat DOAC's voortaan als *gelijkwaardig alternatief* voor cumarinederivaten kunnen worden beschouwd voor de meeste patiënten met de indicaties niet-valvulair atriumfibrilleren en diepe veneuze trombose. Terughoudendheid blijft gerechtvaardigd bij een verminderde nierfunctie en bij ouderen vanwege de kans op gastro-intestinale bloedingen, met name bij degenen met een dergelijke bloeding in de voorgeschiedenis. Deze terughoudendheid geldt ook voor patiënten met veel comorbiditeit en patiënten die veel andere medicatie gebruiken, omdat DOAC's bij hen minder goed onderzocht zijn.

De huisarts zal bij een nieuwe indicatie voor antistolling samen met de patiënt moeten beoordelen in welke mate de genoemde factoren redenen zijn om te kiezen voor een DOAC of voor een cumarinederivaat. In algemene zin laat de huisarts zich hier leiden door nierfunctieverlies en mate van kwetsbaarheid. Een ernstig verminderde nierfunctie (eGFR onder de 30 ml/min) en/of kwetsbaarheid maken dat de balans kan doorslaan naar het gebruik van cumarinederivaten, gezien de lange ervaring die ook bij deze groepen patiënten is opgebouwd (zie [tabel]).

Een DOAC kan worden overwogen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De patiënt beschikt over een voldoende nierfunctie (eGFR bij voorkeur > 45 maar ten minste 30 ml/min). Deze wordt bij aanvang van de therapie gecontroleerd en daarna ten minste

jaarlijks. Bij een verslechterende nierfunctie zijn nierfunctiecontroles om de drie tot vier maanden noodzakelijk. Bij ieder herhalingsrecept controleert de huisarts of een voldoende recente bepaling van de nierfunctie beschikbaar is. Een nierfunctie van minder dan 50 ml/min is vaak reden voor dosisaanpassing (het eerst bij keus voor dabigatran). Bij een nierfunctie van minder dan 30 ml/min kan het voorschrijven van een DOAC beter worden overgelaten aan een specialist.

- De patiënt kent het belang van goede therapietrouw en beschikt over voldoende motivatie en cognitieve vermogens om de tabletten volgens voorschrift in te nemen, zo nodig ondersteund door een baxter of medicijndoos.
- De huisarts spreekt twee tot drie weken na de start van de medicatie een controleconsult af en informeert dan naar bijwerkingen en de therapietrouw. Als de therapietrouw bijvoorbeeld door bijwerkingen onvoldoende is, moet alsnog overzetting op een cumarinederivaat worden overwogen.

Overzetten op een DOAC van een patiënt die naar tevredenheid gebruiker is van een cumarinederivaat wordt overigens niet geadviseerd.

## VERVOLGSTAPPEN

Volgens de huidige regelgeving worden DOAC's alleen vergoed als ze worden geïnitieerd door artsen in de tweede of derde lijn. Dit zou betekenen dat iedere patiënt met atriumfibrilleren of een diepe veneuze trombose verwezen zou moeten worden om een DOAC te krijgen. Het NHG acht dat onwenselijk en zal verzoeken deze regelgeving aan te passen. Het voorschrijven van een DOAC is niet ingewikkeld, en de indicaties en contra-indicaties zijn duidelijk. Met controle van de nierfunctie is reeds veel ervaring bij de huisarts. Door aanpassing van de regelgeving kan worden bespaard op onnodige verwijzingen, onnodig late terugverwijzingen en daarmee samengaannde kosten.

Zoals vermeld spreken de NHG-Standaarden *Atriumfibrilleren* en *Diepe veneuze trombose en longembolie* nog een voorkeur uit voor cumarinederivaten. Het NHG gaat deze standaarden op dit punt bijstellen. Daarbij komt aandacht voor de details die van belang zijn bij het voorschrijven van de middelen, zoals factoren die kunnen worden meegewogen bij de keus tussen DOAC's onderling, doseeradviezen in relatie tot de nierfunctie, controles, eventuele samenwerking met de trombosediensten en adviezen over het gebruik van DOAC's bij bloedige ingrepen.

## LITERATUUR

- Adam SS, McDuffie JR, Ortel TL, Williams Jr JW. Comparative effectiveness of warfarin and new oral anticoagulants for the management of atrial fibrillation and venous thromboembolism: A systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157:796-807.
- Agno W, Mantovani LG, Haas S, Kreutz R, Monje D, Schneider J, et al. Safety and effectiveness of oral rivaroxaban versus standard anticoagulation for the treatment of symptomatic deep vein thrombosis (XALIA): An international, prospective, non-interventional study. *Lancet Haematol* 2016;3:e12-21.
- Bruins Slot KM, Berge E. Factor Xa inhibitors versus vitamin K antagonists for preventing cerebral or systemic embolism in patients with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD008980.
- Lin L, Lim WS, Zhou HJ, Khoo AL, Tan KT, Chew AP, et al. Clinical and safety outcomes of oral anti-thrombotics for stroke prevention in atrial fibrillation: A systematic review and network meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16:1103.e1-19.
- Robertson L, Kesteven P, McCaslin JE. Oral direct thrombin inhibitors or oral factor XA inhibitors for the treatment of deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD010956.
- Salazar CA, del Aguila D, Cordova EG. Direct thrombin inhibitors versus vitamin K antagonists for preventing cerebral or systemic embolism in people with non-valvular atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD009893.
- Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG, et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: An analysis of the RE-LY trial. *Lancet* 2010;376:975-83.

## BIJLAGEN

Zie voor de bijlagen bij dit standpunt [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Standpunt.



# Voorschrijven van antibiotica bij kinderen

Nederlandse huisartsen zijn terughoudend in het voorschrijven van antibiotica. Toch zijn er nog gebieden waar verbetering mogelijk is. Een voorbeeld hiervan zijn oor- en luchtweginfecties bij kinderen. Vaak is in zo'n geval geen antibioticum geïndiceerd. De vraag is hoe vaak hiervoor toch een antibioticum wordt voorgeschreven. En ook of de keuze van het antibioticum overeenkomt met de adviezen in de NHG-Standaarden. Hiervoor selecteerden we in NIVEL Zorgregistraties eerste lijn kinderen (0 tot 18 jaar) met een diagnose otitis media acuta (n = 5547), acute tonsillitis (n = 1543) of acute bronchitis/bronchiolitis (n = 1716) in 2012. Voor zowel otitis media acuta als tonsillitis adviseren de NHG-Standaarden terughoudend antibioticagebruik. Voor bronchitis zijn antibiotica niet geïndiceerd.

## VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA

Huisartsen zijn niet terughoudend in het voorschrijven van antibiotica aan kinderen met oor- en luchtweginfecties. In ongeveer de helft van de gevallen krijgt een kind een antibioticum; het vaakst bij tonsillitis (54% van de episodes) en het minst vaak bij bronchitis (44%) [figuur].

Als huisartsen een antibioticum voorschrijven bij otitis media acuta dan is dit in 84% van de gevallen amoxicilline, het middel van eerste keuze bij deze aandoening. Bij tonsillitis schrijven huisartsen in 55% van de gevallen een antibioticum van eerste keuze voor (feneticilline of fenoxymethylpenicilline). Daarnaast krijgen kinderen in een kwart van de tonsillitis-episodes amoxicilline voorgeschreven. De NHG-Standaard Acute keelpijn raadt dit middel niet aan bij tonsillitis.

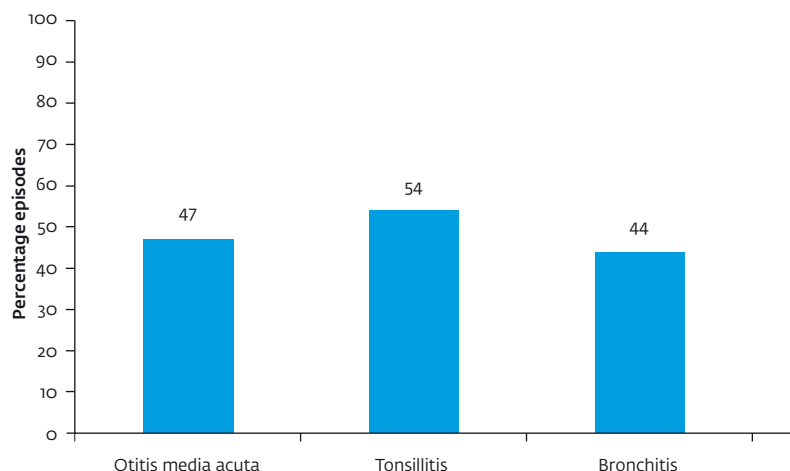
## GROTE VERSCHILLEN

Er zijn grote verschillen tussen huisartsenpraktijken in de mate waarin zij antibiotica voor alle drie de indicaties bij kinderen voorschrijven. Voor otitis media acuta wordt in 27-70% van de episodes antibiotica voorgeschreven, bij bronchitis is dat in 23-70% van de episodes het geval en bij tonsillitis in 30-77% van de episodes. Ook is er veel verschil tussen praktijken in keuze van antibioticum.

## CONCLUSIE

Huisartsen zijn niet terughoudend in het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met oor- en luchtweginfecties. Twee op de vijf kinderen met bronchitis krijgen een antibioticum, terwijl de NHG-Standaard Acut hoesten dit niet aanraadt. Onzekerheid over de diagnose, bijvoorbeeld over de vraag of er sprake is van een longontsteking, kan een reden zijn om antibiotica voor te schrijven. In de keuze voor een antibioticum lijkt met name nog veel te winnen in het voorschrijven van een smalspectrum penicilline voor tonsillitis. De grote verschillen tussen huisartsenpraktijken in het voorschrijven van antibiotica en de keuze van antibioticum wijzen erop dat er nog ruimte voor verbetering is in de behandeling van oor- en luchtweginfecties bij kinderen. Het is onwaarschijnlijk dat deze grote verschillen tussen praktijken terug te voeren zijn op verschillen in de patiëntenpopulatie. ■

**Figuur** Percentage infectie-episodes bij kinderen waarbij een antibioticum werd voorgeschreven in 2012



De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze registratie maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPDs) van deelnemende huisartsen en verzamelt op continue basis gegevens over aandoeningen, aantallen verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook [www.nivel.nl/zorgregistraties](http://www.nivel.nl/zorgregistraties)). Bij het berekenen van verschillen tussen praktijken is rekening gehouden met de leeftijd en het geslacht van patiënten in de praktijken. Een uitgebreidere versie van dit artikel is gepubliceerd in *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (Ivanovska, et al. Antibiotic prescribing for children in primary care and adherence to treatment guidelines. *J Antimicrob Chemother* 2016;71:1707-14).

# Bloeddruk- en cholesterolverlagende medicatie stoppen

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: Nadine Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

## PRAKTIJKVRAAG

De huisarts evalueert jaarlijks de behandeling bij patiënten die bloeddruk- of cholesterolverlagende medicatie gebruiken ter primaire preventie van hart- en vaatziekten (HVZ). Deze patiënten blijken nogal eens een dusdanig laag tienjaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ te hebben, dat zij volgens de huidige NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (CVRM) niet zouden zijn gestart met medicatie. Dit kan komen door veranderingen in hun individuele risicoprofiel, door andere afkapwaarden voor medicamenteuze behandeling in de nieuwe richtlijn, of omdat bij aanvang van de behandeling, soms jaren geleden, het cardiovasculair risico niet is berekend. 'Never change a winning team' zijn wij geneigd te denken, of kunnen deze laagrisicopatiënten hun preventieve bloeddruk- en cholesterolverlagende medicatie toch veilig staken? En wat zijn de gevolgen van dat staken?

## HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard CVRM adviseert te starten met medicatie ter preventie van HVZ bij patiënten met een tienjaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ van > 20% en bij patiënten met een tienjaarsrisico > 10% met additionele risicofactoren. In geval van een tienjaarsrisico < 10% en bij patiënten met een tienjaarsrisico > 10% zonder additionele risicofactoren wordt geadviseerd leefstijladviezen te geven. Pogingen om medicatie te staken na een goede instelling raadt de NHG-Standaard niet aan, tenzij de indruk bestaat dat de bloeddruk tijdelijk verhoogd was. Wat de huisarts moet doen wanneer een patiënt al preventieve cardiovasculaire medicatie gebruikt, terwijl de vigerende richtlijn aangeeft dat deze patiënt niet hoeft te starten met medicatie, wordt in het midden gelaten.

## RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Van de patiënten die bloeddruk- of cholesterolverlagende medicatie ter primaire preventie van HVZ gebruiken heeft ongeveer 60% bij herevaluatie een laag risico volgens de huidige NHG-Standaard CVRM.<sup>1</sup> Dit betekent dat er mogelijk sprake is van overbehandeling, hetgeen kan leiden tot onnodige bijwer-

kingen, vermindering van kwaliteit van leven en hogere zorgkosten. Als bekend is wat de gevolgen zijn van het staken van de medicatie kunnen huisarts en patiënt deze kennis meenemen tijdens de jaarlijkse evaluatie van het medicamenteuze beleid. Daarnaast kunnen aanbevelingen omtrent de houding tegenover het gebruik van preventieve cardiovasculaire medicatie door laagrisicopatiënten worden opgenomen in de NHG-Standaard.

## STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Uit een Nederlands onderzoek is gebleken dat ongeveer 40% van de laagrisicopatiënten het gebruik van preventieve cardiovasculaire medicatie staakt nadat zij hierover een gesprek had gehad met de huisarts.<sup>2</sup> Niet-rokers en jongere patiënten kregen significant vaker het advies van de huisarts om de medicatie te staken. Ongeveer 60% van de stakers was na zes maanden nog steeds gestaakt. Tot zes maanden na het staken werden geen ernstige (HVZ-gerelateerde) events gerapporteerd. Eerder werd al beschreven dat subgroepen patiënten die bloeddrukverlagende medicatie gebruiken, normotensief blijven na het staken van de medicatie.<sup>3</sup> Het is onbekend welke gevolgen het staken van cholesterolverlagende medicatie in subgroepen heeft. Een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek naar het staken van bloeddruk- en cholesterolverlagende medicatie in een laagrisicopopulatie is nog niet gedaan.

## CONCLUSIE

Het is tot nu toe onduidelijk of er gestaakt kan worden met preventieve cardiovasculaire medicatie bij patiënten met een post-hoc berekend laag risico op ziekte en sterfte door HVZ, die volgens de huidige NHG-Standaard CVRM niet met medicatie hoeven te starten.

## BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat zijn de gevolgen van het staken van bloeddruk- en cholesterolverlagende medicatie bij patiënten met een laag risico op ziekte en sterfte door HVZ? ■

## LITERATUUR

- 1 Luymes CH, De Ruijter W, Poortvliet RK, Putter H, Van Duijn HJ, Numans ME, et al. Change in calculated cardiovascular risk due to guideline revision: a cross-sectional study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2015;21:217-23.
- 2 Van Duijn HJ, Belo JN, Blom JW, Velberg ID, Assendelft WJ. Revised guidelines for cardiovascular risk management - time to stop medication? A practice-based intervention study. *Br J Gen Pract* 2011;61:347-52.
- 3 Nelson M, Reid C, Krum H, McNeil J. A systematic review of predictors of maintenance of normotension after withdrawal of antihypertensive drugs. *Am J Hypertens* 2001;14:98-105.

## Werken aan betere huisartsen: van nascholing tot kwaliteitsbeleid

Dit is deel 8 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.

Omdat de studie geneeskunde onvoldoende voorbereidde op het huisartsenvak, hadden huisartsen in de jaren vijftig grote behoefte aan na- en bijscholing. Vooral lokaal waren er veel initiatieven; het NHG en later ook de LHV sloten zich bij die initiatieven aan en kanaliseerden ze. Nascholing moest de identiteit van de huisartsgeneeskunde versterken – door aandacht te geven aan psychologische en maatschappelijke factoren. Gaandeweg de jaren zeventig begon men vraagtekens te zetten bij het nuttig effect van nascholing. Nascholingen werden geëvalueerd, huisartsen moesten worden getoetst en voor die toetsen waren normen nodig, richtlijnen dus. Kwaliteit werd het doel, liefst meetbaar en transparant.

### REFERATEN EN STUDIEGROEPEN

‘Waarom zochten wij steun bij elkaar?’ Nooter en Bremer vatten in *Huisarts en Wetenschap* de frustraties van huisartsen in de jaren vijftig kernachtig samen:

*‘Wij hadden, na enkele jaren huisarts te zijn geweest ontdekt dat wij een echt vak hadden, waarin onze leermeesters*

*ons maar gedeeltelijk hadden opgeleid. Wij zagen in de praktijk heel andere ziektebeelden dan wij tijdens onze opleiding hadden geleerd, wij werden voor problemen gesteld die wij niet direct konden oplossen en wij konden veel van elkaar leren.’*<sup>1</sup>

Zij schreven over de oprichting van een ‘artsencursus’ in hun regio in 1956. Men kwam maandelijks bijeen, aanvankelijk als passief gehoor, ‘in luie stoelen gezeten’, later als NHG-Studiegroep Alphen aan den Rijn, ‘op rechte stoelen aan een tafel’, voor patiëntendemonstraties, onderzoeksprojecten, uitwisseling van ervaringen met patiënten en problemen in de samenwerking met specialisten. In de jaren zeventig stond de groep aan de wieg van de rubriek ‘Praktijkperikelen’ in *Medisch Contact*.<sup>1</sup>

Deze werkwijze was exemplarisch: onderwijs in een kleine groep actieve deelnemers die vooral van elkaar leerden en samen de inhoud bepaalden.<sup>2,3</sup> Studiegroepen waren er in het hele land. Niet allemaal waren ze even ambitieus. In de Studiegroep Rotterdam kwam van refereren al snel niets meer terecht. De oplossing was eenvoudig: iedereen besprak de eerste patiënt die hij ’s ochtends op het spreekuur had gezien. ‘Het vergde minder voorbereiding en werd een succes.’<sup>4</sup> Daarmee kunnen nog twee rode draden uit het verhaal over nascholing worden opgepakt: enerzijds de spanning tussen het ideaal en het haalbare, anderzijds de onderlinge toetsing die vanaf het begin een rol speelde.

Naast de studiegroepen was er ook een literatuurdienst, waartoe Huygen al vóór de oprichting van het NHG het initiatief had genomen. In 1957 werd dit de NHG-Studiegroep Artikelendocumentatie.<sup>5</sup> In datzelfde jaar werd ook de eerste Balint-groep opgericht (officieel Studiegroep Medische Psychologie).<sup>6</sup>

In de jaren vijftig organiseerden ziekenhuizen klinische bijeenkomsten voor huisartsen – zeker tot in de jaren tachtig zouden die er blijven. In de wandelgangen werden dan vaak ook patiënten besproken.<sup>7,8</sup> Vooral in steden was het aanbod soms zo groot dat regionale NHG-centra er niet van de grond kwamen, tot verdriet van het NHG, dat de

zelfwerkzaamheid propageerde die ‘voor iedere huisarts, die liefde voor zijn vak heeft, van een bijzondere bekoring is’.<sup>3</sup>

### NASCHOLING A EN B

Toch ontbrak er volgens de NHG-Commissie Nascholing nog iets in het aanbod: het was overwegend gericht op somatische problemen. In navolging van mensen als Buma en Querido wilde het jonge NHG breder kijken, naar heel de mens.<sup>9-11</sup> Nascholing moest een eigen, huisartsgeneeskundige identiteit helpen ontwikkelen.<sup>3</sup> Naast een nascholing A – wat iedere arts moet weten om zijn vak bij te houden – was een nascholing B nodig.<sup>12</sup>

*‘Deze kennis omvat onder meer kennis van het gezin en van de maatschappij met haar pathogenetische invloeden, met haar mogelijkheden van hulpverlening en met haar diverse interacties. Verder de kennis van de normale psychologie en de normale ontwikkelingsgang van de mens. Ook zijn te noemen de revalidatie, de seksuologie, de pedagogiek en het maatschappelijk werk.’*<sup>13</sup>

Het onderscheid tussen nascholing A en B zou nog lange tijd gangbaar blijven.<sup>14</sup>

### EVALUEREN

Toch volgde eind jaren zestig slechts een minderheid van de huisartsen nascholingen. De werkdruk was daarvoor waarschijnlijk te hoog.<sup>15,16</sup>

Veel huisartsen twijfelden aan het nut van de gebruikelijke nascholingscursussen.<sup>17</sup> Meetbare gedragsveranderingen brachten die niet teweeg. Zou dat komen door de directieve onderwijsmethodiek? Was het geen tijd om – zoals in de arts-patiëntrelatie – ook in de nascholing non-directieve technieken in te zetten?

Een van deze nascholingen-nieuwestijl was de Breedenburg-cursus, in 1968 gelanceerd door de Huisartsenvereniging Groningen en omstreken. De deelnemers verbleven een week lang op de Breedenburg, een tot hotel-restaurant omgebouwde borg nabij Warffum. Een van de aanleidingen voor de cursus was overigens dat ziekenfondstarieven in

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 verstrekt door de SBOH.

1966 aanzienlijk verhoogd waren en dat de Groningse huisartsen zich gehouden voelden bij een dergelijke honorering passende kwaliteit te leveren: noblesse oblige.<sup>18</sup> De week begon met een 'ochtendspreekuur': 27 papieren patiënten voor wie de deelnemers binnen 5 minuten aanvullende anamnesevragen en lichamelijk onderzoek én een voorlopig behandelplan op een receptbriefje moesten schrijven. De casussen werden de rest van de week uitgebreid besproken, waar nodig met input van specialisten.

De eerste Breedenburg-cursus was direct een succes: de helft van de Groninger huisartsenvereniging deed mee. Het geleerde werd in de praktijk toegepast. Men roemde de veilige beslotenheid, de actieve deelname en het feit dat deelnemers al in het begin hun mening kenbaar moesten maken.<sup>7,16,18,19</sup> Dat smaakte naar meer. Zowel de opzet van de Breedenburg-cursus als het evalueren van nascholingen zou in de jaren zeventig populair worden. *Huisarts en Wetenschap* stond vol positieve berichten: deelnemers aan Studiegroepen Medische Psychologie hadden een positievere attitude tegenover patiënten met psychische problemen; na een Nijmeegse cursus daalde het antibioticagebruik, verminderden de gevoelens van tekortschieten en frustratie tegenover probleempatiënten en werd bijna één op de vijf huisartsen lid van een gespreksgroep; een andere nascholing bracht een hoger kennisniveau.<sup>20-22</sup>

Tegelijk groeiden echter de twijfels: leidde dit alles wel tot echte verbetering? Metsemakers schreef in 1983:

*'Meermalen bleek dat er ten aanzien van besproken onderwerpen geen consensus tot stand was gekomen. Sterker nog: in een aantal gevallen werd duidelijk dat huisarts A ná de cursus was gaan doen wat huisarts B vóór de cursus deed, maar na de cursus niet meer deed.'*<sup>23</sup>

Huisartsen planden hun nascholing bovendien niet rationeel: ze volgden hun eigen voorkeur en kozen onderwerpen waar ze al goed in waren. Toetsing moest lacunes bij huisartsen aan het licht brengen en de nascholingsagenda

bepalen. Het uiteindelijke doel van nascholing moest zijn de verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde.<sup>14</sup> Alleen: aan de hand van welke norm kon worden getoetst?

### TOETSEN, NORMEN, RICHTLIJNEN

Het ontbreken van algemeen geldende, objectieve normen liet zich niet alleen voelen bij het plannen en evalueren van nascholing. Ook de jonge huisartsopleiding merkte dat opleiders onderling vaak botsten over de aanpak van de eenvoudigste klachten.<sup>24</sup> De huisartsgeneeskunde was in de jaren zeventig nog niet afgebakend. Pas in 1983 bereikten LHV, NHG, de huisartsinstituten en de achterban consensus over een Basis-takenpakket.<sup>25-27</sup> Vanuit overheid en maatschappij groeide de druk om de kwaliteit van de (huisarts)geneeskunde meetbaarder te maken. Toen al klaagden huisartsen. 'Hoe meer blijkt dat zinvolle en betrouwbare methoden om kwaliteit te meten ontbreken, des te heftiger wordt aangedrongen op zo'n kwaliteitscontrole', schrijft de latere Amsterdamse hoogleraar Henk Lamberts.<sup>28</sup>

Van Herk beschrijft in zijn proefschrift *Artsen onder druk* de opkomst van intercollegiale toetsing en professionele richtlijnen als antwoord op pogingen van de overheid om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de kosten te beheersen. LHV en NHG presenteren in de jaren zeventig onderlinge toetsing als alternatief voor overheidsbemoeienis.<sup>26</sup> De beroepsorganisaties stimuleerden bijvoorbeeld onderlinge toetsing in waarneemgroepen en het maken van werkafspraken in regionale toetsgroepen.<sup>29,30</sup> Meer inhoudelijk groeide het besef dat medisch handelen soms ook schadelijke effecten kon hebben, niet alleen in de vorm van bijwerkingen, complicaties of regelrechte fouten, maar ook door medicalisering.<sup>31</sup> In de Verenigde Staten pionierde Avedis Donabedian vanaf 1966 met onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg.<sup>32,33</sup>

Binnen de huisartsgeneeskunde waren er twee antwoorden op het gebrek aan consensus over de vraag wat goede



Breedenburg-cursus met 40 Groningse huisartsen, Warffum, 1968 (foto ANP)

huisartsgeneeskunde was: bottom-up zoeken naar consensus of toch top-down richtlijnen opleggen en die toetsen. Lamberts stelde bottom-up een 'symbiose van norm en toetsing' voor, waarin de norm steeds wordt aangepast aan de uitkomsten van een toets. In deze lijn startte het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) een onderzoek naar onderlinge toetsing. Zowel de onderwerpen waarop werd getoetst als de norm werden door de deelnemers bepaald.<sup>34</sup> Het bleek echter niet haalbaar om op deze manier gedragsverandering te meten: 'Een norm is geen criterium waarmee goed van fout kan worden onderscheiden.'<sup>35</sup>

Het huisartseninstituut in Nijmegen koos eind jaren zeventig voor de omgekeerde benadering, top-down. Grol: 'Dat was te danken aan de visie van Huygen en zijn initiatief voor preventie van somatische fixatie. Daarin waren alle elementen van kwaliteitsbeleid al te vinden.'<sup>36</sup> Op huisartsgeneeskundige conferenties stelde men richtlijnen op voor het huisartsgeneeskundig handelen bij veelvoorkomende klachten.<sup>37</sup> 'Het ging erom: hoe kun je medisch handelen zinnig en zuinig maken. Eigenlijk waren het de eerste richtlijnen voor gewone en alledaagse ziekten.'<sup>36</sup>

Het Nijmeegse instituut kreeg in de loop van de jaren tachtig steeds meer steun en ook geld om de 'Nijmeegse protocollen' verder te ontwikkelen. In 1986 startte het NWO-Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde met als doel de wetenschappelijke onder-



bouwing van de huisartsgeneeskunde in Nederland te verbreden en te versterken. Via het programma werd extra kennis over huisartsgeneeskundige onderwerpen gegenereerd. Het NHG besloot om die te verwachten ontwikkeling te vertalen naar de praktijk met het standaardenbeleid.<sup>38</sup> Het ontwikkelde een procedure voor het formuleren van standaarden: richtlijnen voor en door huisartsen die zo veel mogelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd en op haalbaarheid getoetst.<sup>26,39-41</sup>

### EEN NASCHOLINGSINFRA-STRUCTUUR EN NIEUWE VORMEN

Eind jaren zeventig verminderde de politieke druk; toetsing werd geleidelijk vervangen door deskundigheidsbevordering.<sup>26</sup> De door de beroepsgroep opgerichte Stichting Nascholing Huisartsen organiseerde een landelijk dekkend systeem van nascholing dat aansloot bij het door de overheid ingestelde Post Academisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG). Het PAOG viel onder de verantwoordelijkheid van de medische faculteiten en was vooral bedoeld als tegenhanger van de destijds sterke invloed van de farmaceutische industrie op de nascholing. Een onderafdeling van het PAOG was het Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde (PAOH), met als eerste directeur Jan van der Feen, huisarts te Goes.

NHG en LHV werkten intensief samen. In 1986 richtten zij de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen op. In iedere regio kwam er een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen.<sup>8,14,26</sup> De LHV stimuleerde in de jaren negentig ook de vorming van huisartsengroepen (hagro's) waarbinnen nascholing, onderlinge toetsing en farmacotherapeutisch overleg konden plaatsvinden en het NHG ontwikkelde de deskundigheidsbevorderingspakketten.<sup>42</sup> Als uitvloeisel van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) werd vanaf 1996 veertig uur nascholing per jaar verplicht voor de herregistratie.<sup>42,43</sup>

Kees in 't Veld was vanaf 1990 betrokken bij de NHG-afdeling Deskundigheidsbevordering (later: Implementatie) die de nascholingspakketten ontwikkelde:



Conferentie van huisartsopleiders AMC-UvA, Egmond, 2006

*'Dat was heel fantasieerijk en leuk, met verschillende werkvormen en interactie, dikwijls levendig vergeleken met het onderwijs voor specialisten die het moesten doen met symposia en congressen met veelal ex cathedra voordrachten.'*<sup>8</sup>

Midden jaren negentig kwamen er ook individuele nascholingsprogramma's voor huisartsen beschikbaar. De huisarts hoefde daarvoor niet meer de deur uit maar kon ze zelfstandig, op een zelfgekozen tijdstip en in eigen tempo doornemen. AccreDidact liep hiermee voorop, het stuurde in 1996 de eerste aflevering, over climacteriële klachten, naar de abonnees.<sup>44</sup>

Het NHG volgde een jaar later, met de eerste serie van tien Programma's voor Individuele Nascholing (PIN's). Dat ging niet zonder slag of stoot – de werkgroepvorm (het leren in groepen) werd heel belangrijk gevonden als basis voor gedragsverandering<sup>3,14</sup> – maar het genootschap ging om een aantal redenen toch overstag:

*'Wij reageerden deels op de initiatieven van andere partijen en van de medisch-farmaceutische industrie. Die laatste waren dikwijls mooier verpakt, maar met niet-onafhankelijke en niet op de richtlijnen aansluitende medische inhoud.'*<sup>8</sup>

Er waren ook andere argumenten, zoals veranderingen in de beroepsgroep: 'Meer vrouwen met kinderen werden huisarts. Die konden niet zomaar 's avonds naar een nascholingsavond komen.'<sup>8</sup>

De noodzaak tot betere samenwerking leidde ertoe dat huisartsen en specialisten in de jaren negentig in di-

verse steden gezamenlijke symposia organiseerden, de Compagnonscursussen. Specialisten waren al langer gastheren voor huisartsen in het kader van nascholing, maar nu wilden huisartsen zelf ook duidelijk maken wat hun vak inhield. Vanuit die gedachte organiseerde men onder meer in Leiden, Nijmegen en Groningen meeloopdagen: specialisten liepen een dag(deel) mee met huisartsen in de regio, waarbij een specialist bijvoorbeeld een spreekuur overnam onder supervisie van de huisarts. De deelnemers waren over het algemeen enthousiast, al was men bijvoorbeeld in Leiden wel teleurgesteld dat de afdelingen Algemene heelkunde, Oogheelkunde en Kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis geen deelnemers hadden geleverd.<sup>45,46</sup>

### KADEROPLEIDINGEN

Om voorbereid te zijn op de verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn moesten huisartsen hun klinische kennis en vaardigheden verbeteren. Daarvoor waren extra geschoolde kaderhuisartsen nodig. Binnen het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO), dat in 1986 van start ging, kwam er een experimentele kaderopleiding huisartsen. Negen gepromoveerde huisartsen mochten een persoonlijk onderwijsprogramma samenstellen op een zelfgekozen gebied – bijvoorbeeld cardiologie, palliatieve zorg, psychische stoornissen – met onder meer een klinische stage in het buitenland, zodat zij 'in staat zouden zijn als hooggekwalificeerde opleider in een leidende rol mede vorm te geven aan de ontwikkeling van de huisartsge-

neeskunde'.<sup>47</sup> Het onderwijsprogramma werd uitgevoerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht.<sup>48</sup> De hoge eisen en vooral de voltijdse deelname aan het programma bleken voor de deelnemers echter te belastend. Een belangrijke uitkomst was dat het NHG een deeltijdvervolg organiseerde: de Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde. Iedere huisarts kon zich aanmelden en de opleiding leidde op tot middenkaderniveau. De onderwijsopzet en het doel waren hetzelfde: differentiatie van huisartsen, ter bevordering van de onderlinge consultatie, maar ook om gericht huisartsen te kunnen inzetten in samenwerkingsprojecten met de tweede lijn, in nascholingsprojecten en in commissies.<sup>47</sup> Inmiddels zijn er twaalf NHG-Kaderopleidingen en hebben 575 huisartsen zo'n opleiding afgerond.<sup>49</sup>

### OPNIEUW: KWALITEIT

In de jaren negentig werd het besef steeds breder gedeeld dat richtlijnen en nascholing alléén geen garantie vormen voor kwaliteit. Siep Thomas, hoofd van de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en later hoogleraar in Rotterdam, stelde in 1994 dat nascholing moest worden getoetst en ingepast in een systeem van recertificering: 'Aldus bezien vormen standaarden slechts een eerste schakel

in een keten waarvan kwaliteitsborging einddoel is'.<sup>50</sup>

In het denken over kwaliteit verschoof het accent van de professional, die scholing en richtlijnen nodig had, naar het systeem waarbinnen die professional zijn werk moest doen. Een rol daarbij speelde het *Total Quality Management*-denken van de Amerikaanse kinderarts Donald Berwick.<sup>51-53</sup> In Nederland werden tijdens de Leidschen-dam-conferenties begin jaren negentig op initiatief van de KNMG en het ministerie van Volksgezondheid afspraken gemaakt over transparante kwaliteit. Deze conferenties resulteerden in 1996 in de Kwaliteitswet zorginstellingen.<sup>46</sup> Het systeemdenken van Berwick werd vertaald in begrippen als de 'kwaliteitscirkel', met de stappen *Plan, Do, Check* en *Act*.<sup>39,51-54</sup> Ook is het zichtbaar in het *Chronic Care Model*: aanpassingen in de praktijkorganisatie moesten leiden tot betere zorg voor chronisch zieken.<sup>53</sup>

Richard Grol speelde een rol in al deze ontwikkelingen – in 1989 werd hij namens het NHG hoogleraar Kwaliteit van zorg in Nijmegen en Maastricht. De huisartsgeneeskunde liep daarmee voorop in kwaliteitsonderzoek. Ook in de NHG-Standaarden werd gezocht naar kwaliteitsindicatoren. Dit leverde veel controverse op rond de vraag of kwaliteit eigenlijk wel meetbaar was.<sup>25,55-59</sup> Ook voorstanders – zoals Thomas – zagen moeilijkheden:

*'... het ontwikkelen van een toets-instrumentarium dat in staat is om gedragsveranderingen bij huisartsen, of, nog beter, harde uitkomstgraadmeters van gezondheid te meten, [levert] veel problemen op.'*<sup>50</sup>

### IS METEN OOK WETEN?

Na 2000 kwam er meer samenhang in het kwaliteitsbeleid, met huisartsopleiding, registratie, herregistratie, richtlijnen, scholing en nascholing, kaderhuisartsen en als sluitsteen de NHG-Praktijkaccreditering.<sup>42,60</sup> De nascholingseisen voor herregistratie werden door de meeste huisartsen ruimschoots gehaald.<sup>43</sup> Ook buiten de huisartsgeneeskunde stonden de



In 2004 startte het NHG met de Praktijkaccreditering

schijnwerpers op kwaliteit. In navolging van het Amerikaanse rapport *To err is human* kwam ook in Nederland het onderzoek naar patiëntveiligheid op gang. Het HARM-rapport over bijwerkingen van medicatie en het EMGO/NIVEL-onderzoek naar patiëntveiligheid onderstreepten de urgentie van kwaliteitsverbetering.<sup>61-63</sup>

Tegelijk zijn er bedreigingen. De infrastructuur voor regionale nascholingen werd na 2003 goeddeels afgebroken.<sup>64</sup> Door de stelselwijziging van 2006 nam bij verzekeraars, overheid en patiëntenorganisaties de behoefte aan kwaliteitsindicatoren juist verder toe. NHG-richtlijnenmakers vrezen het moment dat toepassing van richtlijnen verschuift van 'bewezen zinvol' vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering naar normstellend in een landschap waarin 'transparantie', 'prestaties' en 'afrekening' de dienst uitmaken.<sup>60</sup> Inmiddels ligt er een 'manifest van de bezorgde huisarts', *Het roer moet om*, met als een van de belangrijkste grieven 'de grenzeloze verzameldrift van nutteloze data'.<sup>65</sup> Wat is kwaliteit, hoe meet je het, hoe borg je het voor de huisartsgeneeskunde als geheel en voor de gehele gezondheidszorg? Het zijn vragen waarover huisartsen voorlopig nog niet zijn uitgesproken. ■

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

### LITERATUUR

Zie [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.



Richard Grol schreef een veelgebruikt boekje over de kwaliteitscirkel (1995)

## WONCA 2016 Kopenhagen: 'Doctors with heads and hearts'

'Doctors with heads and hearts' was het thema van het Europese huisartsencongres WONCA, dat in juni 2016 plaatsvond in Kopenhagen. Het WONCA-congres werd georganiseerd door de gezamenlijke huisartsenorganisaties uit alle Scandinavische landen. Deze krachtenbundeling laat zien hoe je een groot-schalig congres als de WONCA (met ruim 3200 deelnemende huisartsen uit Europa en daarbuiten) moet organiseren: inhoudelijk een goed programma, met veel ruimte voor internationale uitwisseling.

Nederland was met bijna 300 deelnemers ook weer erg sterk vertegenwoordigd in Kopenhagen. Alleen al onze Utrechtse delegatie bestond uit huisartsen, onderzoekers, huisartsopleiders, docenten, studenten en vooral veel huisartsen in opleiding. Met al die verschillende nationaliteiten en huisartsgeneeskundige achtergronden stond uitwisseling van kennis en ervaringen centraal. De kennismaking met onze internationale collega's kwam bij de opening al goed op gang, toen na de woorden 'a stranger is just a colleague you haven't met', ruimhartig handen geschud werd met collega's uit de hele wereld. Daardoor werden, al voordat de eerste symposia en workshops begonnen waren, de eerste internationale verschillen besproken tussen oude en nieuw opgedane kennis uit het veld.

Het mooie congrescentrum van Kopenhagen bood met zijn grote auditoriums en kleinere zalen een mooi podium voor de vele voordrachten. Daarbij was er dit jaar er een promi-

nente plaats voor de WONCA Special Interest Groups (SIGs), die in symposia op het gebied van oncologie, hart- en vaatziekten, gastro-enterologie, astma/COPD en allergologie state-of-the-art-kennis presenteerden. Ook de aiotho's (die de huisartsenopleiding combineren met een promotie) leverden met hun onderzoekspresentaties een belangrijke bijdrage aan het programma. Voor uiteenlopende onderwerpen werd een brug geslagen tussen wetenschap en praktijk. De hele breedte van de huisartsgeneeskunde werd hierbij met hoofd en hart belicht.



De Utrechtse afvaardiging die met mij afgereisd was, samen verantwoordelijk voor meer dan twintig bijdragen aan het congres, presenteerde de nieuwste inzichten op het gebied van hart- en vaatziekten, preventie, diagnostiek en zorg op het gebied van kanker, infectieziekten, patiëntveiligheid in de eerste lijn, academische huisartsgeneeskunde en onderwijsontwikkeling. Didactische, interactieve experimenten, zoals quizen en peilingen, werden daarbij niet geschuwd, waardoor het publiek vier dagen lang bij de les gehouden werd. De aanwezige huisartsen kregen voorgeschoteld wat lopende ontwikkelingen zijn, wat verschillen en 'best practices' zijn in de uiteenlopende landen, maar vooral ook

wat we met de nieuw verworven kennis 'morgen in de praktijk' nog beter kunnen doen. Voor een fervent voorstander van 'science in transition' (door mij vrij geïnterpreteerd als: 'onderzoek zo direct mogelijk ten nutte maken van de praktijk'), was deze wetenschappelijk-klinische insteek weer een waar genoegen.

Naast de overdadige wetenschappelijke en klinische inhoud bood de WONCA ook veel ruimte voor gezelligheid. Zo was er de Nederlandse avond in de Deense Domus Medica, waar de fine fleur van de Nederlandse huisartsgeneeskunde acte de présence gaf, en de Nederlandse ambassadeur een boeiend verhaal hield over verschillen en overeenkomsten tussen Denen en Nederlanders. Het traditionele WONCA-diner van de Utrechtse afdeling huisartsgeneeskunde werd een lange avond aan de haven. Tijdens de geanimeerde gesprekken tussen de 25 aanwezige stafleden leerde iedereen elkaar nog beter kennen en werden er mooie plannen voor de toekomst gemaakt. Bij het inmiddels beroemde en beruchte jaarlijkse aios-feest, georganiseerd door de Werkgroep Europese Samenwerking (WES), verstevigden de aios uit Nederland hun contacten onderling en met collega's uit de rest van de wereld. Toen

veel van de toekomstige en gevestigde huisartsen naar buiten kwamen, luidde de zon alweer de laatste WONCA-dag in (Deense nachten zijn niet als de Brabantse).

En terwijl er op de laatste dag werd nagepraat over de voorheen onbekende verschillen en mogelijkheden in de huisartsgeneeskunde in Oost- en West-Europa, Oceanië, Azië en Zuid-Amerika, werden de plannen voor de WONCA 2017 alvast gesmeed. Voorlopig hebben we weer meer dan genoeg inspiratie om het komende jaar aan de slag te gaan om de huisartsgeneeskunde verder te verrijken. Mocht u geïnteresseerd zijn: de WONCA 2017 vindt van 28 juni tot 1 juli plaats in Praag. Zie voor meer informatie: <http://www.woncaeurope2017.eu/>. ■





## KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Nouwens E. Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering. Huisarts Wet 2016;59(9):388-93. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 424.

1. De NHG-Praktijkaccreditering (NPA) toetst de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk. Nouwens doet in het artikel verslag van een onderzoek naar de effecten van de NPA. Wat is het doel van het onderzoek precies?
  - a. De effecten van audit en feedback evalueren.
  - b. De naleving van NHG-Standaarden evalueren.
  - c. De effectiviteit van een verbeterplan binnen de NPA evalueren.
  - d. De ervaringen van huisartsen na accreditatie peilen.
2. Deelname aan de NPA heeft positieve effecten op de huisartsenpraktijk. Zo rapporteren deelnemende praktijken een beter werkklimaat en meer gevoel van verantwoordelijkheid onder het personeel. Zij maken ook melding van een nadeel. Om welk nadeel gaat het?
  - a. Inzage in patiënt- en praktijkgegevens door derden.
  - b. Tijdsbelasting.
  - c. Verstoring van de reguliere patiëntenzorg.
3. Nouwens speculeert in het artikel over de vraag 'waarom in de interventiegroep de harde uitkomstmaten (SBD en LDL) niet verbeterden maar verslechterden'. Wat noemt zij als mogelijke verklaring voor het negatieve resultaat?
  - a. De korte looptijd van het onderzoek.
  - b. De invloed van het natuurlijke beloop (verslechtering) van CVRM-risicofactoren.
  - c. Een vertekening van de uitkomsten doordat het beoogde aantal praktijken in de interventiegroep niet werd gehaald.
  - d. Een vertekening van de uitkomsten doordat het onderzoek niet dubbelblind werd uitgevoerd.
4. Het aantal personen met hypertensie dat in de jonge leeftijdsgroep (< 50 jaar) behandeld moet worden om één ziekte of sterfgeval te voorkomen, is zeer hoog. Daarom wordt in de NHG-Standaard CVRM terughoudendheid geadviseerd. Toch is bekend dat vaatveranderingen reeds vroeg bij hypertensie optreden en in een later stadium onomkeerbaar zijn. Welke indicatie stelt de NHG-Standaard CVRM voor de medicamenteuze behandeling van hypertensie bij jongere personen (< 50 jaar)?
  - a. Vanaf systolische bloeddrukken > 140 mmHg.
  - b. Pas vanaf systolische bloeddrukken > 160 mmHg.
  - c. Pas vanaf systolische bloeddrukken > 180 mmHg.
5. De NPA moedigt deelnemende praktijken aan tot een cyclische aanpak bij het verbeteren van hun kwaliteit. Wat is de correcte volgorde van het cyclische proces?
  - a. Controleren, bijstellen, ontwerpen, uitvoeren.
  - b. Ontwerpen, uitvoeren, controleren, bijstellen.
  - c. Uitvoeren, controleren, bijstellen, ontwerpen.
6. Het onderzoek van Nouwens maakt gebruik van 'indicatoren' om de onderzoeksvraagstelling, 'wat is de kwaliteit van de geleverde CVRM-zorg?', te kunnen beantwoorden. Wat maakt een indicator aan de onderzoeker duidelijk?
  - a. Het is een signaal om een toestand of toestandsverandering in beeld te brengen.
  - b. Het geeft informatie over 'hoe een individuele patiënt is ingesteld'.
  - c. Het geeft een directe verwijzing naar de kwaliteit van handelen van de arts.
7. Het artikel van Nouwens gaat over een onderzoek waarbij in de interventiegroep geen positieve onderzoeksresultaten gevonden werden. Vaak volgt op een onderzoek met negatieve resultaten geen publicatie. Wat is het gevolg als 'negatief' onderzoek niet gepubliceerd wordt?
  - a. Dit leidt ertoe dat deugdzame medicijnen en/of therapieën niet op de markt komen.
  - b. Dit leidt tot een vertekening van de effectiviteit van medicijnen en/of therapieën.
  - c. Dit leidt tot minder kosten omdat onwerkzame medicijnen en/of therapieën vroegtijdig worden gestopt.
8. De NPA hanteert de NHG-Standaarden 'als maat en houvast' bij de beoordeling van het medisch handelen in de huisartsenpraktijk. Toch kunnen huisartsen in een concrete situatie afwijken van de standaarden. Hoe luidt het standpunt van de NPA ten opzichte van afwijken van de NHG-Standaarden?
  - a. De NPA geeft aan dat alleen in het uiterste geval mag worden afgeweken.
  - b. De NPA geeft ruimte om af te wijken, maar wijst op het belang van openheid naar de patiënt.
  - c. De NPA geeft ruimte om af te wijken, maar wijst op vastlegging in het medisch dossier.
  - d. De NPA stelt geen voorwaarden aan afwijken.





# Hypertensie en groene thee: een goed idee?

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 Sollié • Correspondentie: redactie@nhg.org.

**Vraagstelling** We komen steeds meer te weten over de effecten van voeding op de gezondheid en de media besteden hier veel aandacht aan. In de spreekkamer krijgen huisartsen dus ook vragen van patiënten over deze effecten.

Een obese patiënt met hypertensie die sinds enkele maanden is ingesteld op antihypertensiva wil advies: hij heeft gelezen dat groene thee een bloeddrukverlagend effect heeft. Hij wil weten of het voor hem zinvol is om groene thee te gaan drinken. Groene thee bevat catechines (onder andere epigallocatechin-3-gallate, EGCG). Deze zijn bekend als antioxidant, maar ze beïnvloeden meerdere processen in het lichaam. Groene thee bevat naast cafeïne en EGCG ook andere bioactieve stoffen. Het is niet ondenkbaar dat deze een interactie geven met antihypertensiva of een eigen effect op de bloeddruk hebben.

De vraag is of de inname van groene thee de bloeddruk kan beïnvloeden bij patiënten die antihypertensiva gebruiken.

**Zoekstructuur** Onderzoek in Pubmed (maart 2016) onder 'Green Tea AND (Hypertension OR Blood Pressure)' met filter 'systematic review' gaf 24 resultaten. De Cochrane Library met de zoektermen 'green tea' AND 'blood pressure' gaf geen nieuwe resultaten. Na screening van de samenvattingen bleken er zeven meta-analyses relevant. We bespreken twee recente meta-analyses die iets zeggen over het effect van groene thee op de bloeddruk bij (pre)hypertensieve patiënten. Er zijn na het verschijnen van deze systematische reviews geen relevante RCT's verschenen.

**Resultaten** De meta-analyse van Yarmolinsky et al. includeerde tien RCT's waarbij het effect van groene (negen onderzoeken) of zwarte thee (een onderzoek) ten opzichte van placebo werd vergeleken bij 834 gerandomiseerde patiënten met een systolische bloeddruk > 120 mmHg en diastolisch > 80 mmHg op baseline met een follow-up van minimaal acht weken.<sup>1</sup> Er mocht sprake zijn van comorbiditeit, wat de populaties klinisch heterogeen maakt. Geïnccludeerd zijn patiënten met obesitas, hypertensie (één onderzoek), glucose-intolerantie, diabetes mellitus type 2 en gezonde personen. De gebruikte doseringen van catechines varieerden van 142 mg tot 800 mg per dag. Het effect op de systolische bloeddruk was -2,36 mmHg (95%-BI -4,20 tot -0,52) en diastolisch -1,77 mmHg (95%-BI -3,03 tot -0,52). De statistisch significante verlaging van de bloeddruk bleef bestaan na sensitiviteitsanalyse waarbij zes

onderzoeken met het grootste risico op bias werden geëxcludeerd. Een metaregressie liet geen dosis-responsrelatie zien.

De meta-analyse van Li et al. bestudeerde in 14 RCT's met 971 patiënten en follow-up van minimaal drie weken het effect van groene thee ten opzichte van placebo bij patiënten met overgewicht en obesitas (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>) en hiermee een risico op hypertensie.<sup>2</sup> Vier RCT's maakten ook deel uit van de review van Yarmolinsky. In deze meta-analyse bevatten de thee of capsules 320 mg tot 1207 mg catechines in de interventiegroep. De bloeddrukdaling was significant conform het onderzoek van Yarmolinsky. In een subgroepanalyse bleek een hoge dosis van meer dan vijf koppen groene thee (= 450 mg catechines) geen significant effect op de bloeddruk te hebben, bij vijf koppen of minder bleek er wel een significant effect op de systolische bloeddruk: -2,75 mmHg (95%-BI -3,78 tot -1,72).

**Bespreking** In de meta-analyses worden er heterogene groepen gepoold. Hierdoor kan moeilijk een uitspraak worden gedaan over de hypertensieve patiënt. Bij screening van de geïnccludeerde onderzoeken bleek er maar één RCT te zijn met (obese) hypertensieve patiënten. Ook werd er nergens specifiek gekeken naar het effect bij antihypertensivagebruik. De dosering, soms een equivalent van meer dan vijf koppen groene thee per dag, is aanzienlijk in een aantal onderzoeken. De RCT's die bijwerkingen noemden, hebben geen verschil gevonden tussen de groep die groene thee kreeg en de placebogroep.<sup>2</sup>

**Conclusie** Het effect van groene thee op de bloeddruk bij hypertensieve patiënten is onvoldoende eenduidig aangetoond.

**Betekenis** Er is te weinig bewijs om als huisarts patiënten het advies te geven om groene thee te drinken met als doel de bloeddruk te verlagen. ■

## LITERATUUR

- 1 Yarmolinsky J, Gon G, Edwards P. Effect of tea on blood pressure for secondary prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Rev* 2015;73:236-46.
- 2 Li G, Zhang Y, Thabane L, Mbuagbaw L, Liu A, Levine MA, et al. Effect of green tea supplementation on blood pressure among overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens* 2015;33:243-54.

# Oefentherapie bij chronische vermoeidheid?

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: redactie@nhg.org.

**Context** Het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) bestaat uit onverklaarbare persisterende vermoeidheid met daarnaast ook andere klachten, zoals musculoskeletale pijn of slaapproblemen. De multidisciplinaire richtlijn CVS adviseert cognitieve gedragstherapie (CGT) als eerste behandeloptie. Oefentherapie wordt echter ook genoemd als een mogelijke behandelvorm.

**Klinische vraag** Wat is de effectiviteit van oefentherapie bij CVS?

**Conclusie auteurs** In deze review werden acht onderzoeken (n = 1518 patiënten) geïnccludeerd. In zeven onderzoeken werd een vorm van aerobe oefentherapie aangeboden (wandelen, zwemmen, fietsen of dansen), wisselend in duur en intensiteit. In een onderzoek werd anaerobe oefentherapie aangeboden (in de vorm van kracht- en balansoefeningen). Controlegroepen ontvingen géén actieve behandeling (acht onderzoeken) of werden behandeld met CGT (twee onderzoeken), cognitieve therapie (een onderzoek), steunende gesprekken (een onderzoek), 'pacing' (oefeningen met vastgestelde tijdsmaat, een onderzoek), medicatie (een onderzoek) of een combinatiebehandeling (een onderzoek). Behandelduur varieerde van 12 tot 26 weken.

Vergeleken met géén actieve behandeling namen door oefentherapie de moeheidsklachten af direct na behandeling (de score op een moeheidsvragenlijst nam gemiddeld 10-15% af, dit effect was significant). In de meeste onderzoeken bleef dit effect na een jaar behouden. Ook werd er een positief effect gezien op slaap, fysiek functioneren en ervaren gezondheid.

Vergeleken met CGT bleek er geen significant verschil direct na behandeling (effectgrootte 0,20; 95%-BI -1,49 tot 1,89), ook na een jaar was er geen duidelijk verschil. Voor de overige behandelingen waren er te weinig gegevens beschikbaar om conclusies te trekken.

**Beperkingen** Omdat alle vormen van oefentherapie als één groep zijn geanalyseerd is het onduidelijk wat de effectiviteit is van specifieke vormen van oefentherapie. De review geeft ook geen uitsluitsel over de optimale intensiteit en duur van de behandeling.

## COMMENTAAR

Deze Cochrane-review betreft een update van de review uit 2004. Er zijn sindsdien 3 nieuwe trials met in totaal 1051 deelnemers bijgekomen, hetgeen heeft geleid tot een verdrievoudiging van het totaal aantal deelnemers en dus tot grotere statistische overtuigingskracht. De inhoud van de resultaten is echter onveranderd: oefentherapie blijkt wederom effectief.

Patiëntenverenigingen zijn erg kritisch over deze conclusie. Eén van de redenen voor deze kritiek is de gerezen twijfel over de validiteit van een van de onderzoeken: de PACE trial uit 2011. Vooral de methodologie van dit grote onderzoek (641 deelnemers!) staat ter discussie. Aan patiënten in de behandelgroepen zou zijn verteld dat de behandeling extreem effectief was. Dit zou geleid kunnen hebben tot een placebo-effect. Ook zouden in het artikel waarin de resultaten gepresenteerd werden alleen subjectieve uitkomstmaten (onder andere ervaren vermoeidheid) zijn gerapporteerd, omdat de objectieve uitkomstmaten (die de fysieke conditie meten) geen positieve effecten lieten zien. Deze en andere factoren hebben ook in wetenschappelijke kringen geleid tot kritiek. Het is daarom verstandig om de resultaten van dit onderzoek met enige terughoudendheid te bekijken. Feit blijft echter dat alle andere onderzoeken uit de review vergelijkbare resultaten laten zien. Wanneer we de omstrede trial buiten beschouwing laten, blijft de conclusie dat oefentherapie effectief is ongewijzigd.

De ME/CVS-patiëntenvereniging heeft nog een andere reden om terughoudend te zijn met oefentherapie. Uit een Nederlands onderzoek naar patiëntervaringen (2008) blijkt dat patiënten met oefentherapie de slechtste ervaringen hebben, vergeleken met 17 andere interventies. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat veel patiënten meer openstaan voor CGT en het in kaart brengen van de mogelijke (bijkomende) rol van psychologische factoren.

De makers van de multidisciplinaire richtlijn CVS uit 2013 hebben de oude Cochrane-review, de individuele aanvullende onderzoeken uit de huidige review én de input van de patiëntenvereniging gewikt en gewogen. Zij concluderen dat zowel CGT als oefentherapie vermoeidheid vermindert en lichamelijk functioneren verbetert en dat effectgroottes van beide interventies elkaar weinig ontlopen. Omdat blijkt dat patiënten minder drempels ervaren bij CGT dan bij oefentherapie adviseren zij CGT als eerste behandelkeus. Een extra argument vormt de beschikbaarheid: er is in Nederland een groter aanbod CGT dan oefentherapie.

De conclusies in de multidisciplinaire richtlijn lijken dus zeer weloverwogen en hoeven niet aangepast te worden. Ondanks het feit dat oefentherapie even effectief is als CGT, blijft het op basis van de ervaringen van patiënten logisch om CGT als eerste behandeloptie aan te bieden. Mocht een patiënt echter openstaan voor oefentherapie, dan is dit een gelijkwaardig alternatief. ■

## LITERATUUR

- 1 Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2016;2:CD003200.

VUmc Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: Nikki Claassen-van Dessel, aiotho • Correspondentie: n.vandessel@vumc.nl

# Onvervulde kinderwens

## WAT IS HET PROBLEEM?

Een stel heeft korter dan een jaar een kinderwens. Het paar heeft een op conceptie gerichte coïtus, maar dit heeft nog niet tot een zwangerschap geleid. Volstaat het om uitleg en adviezen te geven of zijn er redenen voor doorverwijzing naar de gynaecoloog?

## WAT MOET IK WETEN?

Men spreekt van een onvervulde kinderwens indien de kinderwens korter dan een jaar bestaat bij een op conceptie gerichte coïtus. Bij een normale cyclus en gerichte coïtus is de kans op een spontane zwangerschap het eerste half jaar ongeveer 70%. Na ongeveer één jaar is 80% van de paren zwanger en na twee jaar 90%. Bij vrouwen boven de 35 jaar zijn deze percentages lager. Op 35- en 40-jarige leeftijd is de vruchtbaarheid respectievelijk 10% en 50% lager dan op 25-jarige leeftijd.

Als een gewenste zwangerschap bij gerichte coïtus na een jaar (of langer) nog steeds uitblijft, is er sprake van subfertiliteit.

Bij een periode korter dan een jaar (onvervulde kinderwens) en een normale menstruatie kan een afwachtend beleid worden gevoerd. Bij amenorroe, andere cyclusstoornissen (anovulatoire stoornis: cyclusduur > 35 dagen, oligomenorroe: periodiek vaginaal bloedverlies met een interval < 6 maanden en > 42 dagen), aanwijzingen voor endometriose, eerdere fertiliteitsbehandelingen en azoöspermie is eerder verwijzen zinvol, omdat de kans op een spontane zwangerschap zeer klein is. Ongeveer 5% van de paren met een onvervulde kinderwens wordt uiteindelijk verwezen naar de gynaecoloog.

## WAT MOET IK DOEN?

De huisarts gaat na of er sprake is van een onvervulde kinderwens of van subfertiliteit. Vraag de duur van de kinderwens uit en het aantal maanden van onbeschermde coïtus. Is er sprake van een onvervulde kinderwens, dan informeert de huisarts naar de coïtusfrequentie en of deze plaatsvindt tijdens de vruchtbare periode. Verder vraagt de huisarts naar de duur en de regelmaat van de cyclus (oligo- of amenorroe).

Bij amenorroe bekijkt de huisarts of deze primair of secundair is. Differentiaal diagnostisch moet de huisarts bij amenorroe denken aan het Asherman-syndroom (intra-uteriene adhesies), Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS), vervroegde menopauze, hyperprolactinemie, chronische ziekte of een functionele amenorroe (onder andere laag lichaamsgewicht, stress, sporten). Alle voorgaande diagnoses kunnen zowel bij primaire als secundaire amenorroe de oorzaak zijn van de problematiek.

Bij primaire amenorroe kan er tevens sprake zijn van chro-

mosoomafwijkingen en congenitale afwijkingen van vagina, cervix, uterus of ovaria.

Bij amenorroe sluit de huisarts een zwangerschap uit. Hij vraagt naar een recente bevalling, abortus of curettage, voorafgaand prikpilgebruik en of de vrouw borstvoeding geeft. Bij oligomenorroe moet differentiaal diagnostisch gedacht worden aan ovulatiestoornissen. Er wordt gevraagd naar aanwijzingen voor PCOS (mogelijk overgewicht, hirsutisme, acne), vervroegde overgang (climacteriële klachten) of klachten die passen bij prolactinoom (galactorroe, gezichtsvelduitval). Tijdens lichamelijk onderzoek van de vrouw kijkt de huisarts naar lichaamsbouw, secundaire beharing, externe en interne genitalia (aanleg externa genitalia, doorgankelijkheid maagdenvlies, anatomische afwijkingen), hirsutisme en opvallend over- of ondergewicht. Indien er aanwijzingen zijn voor cyclus- en ovulatiestoornissen (oligomenorroe, anovulatoire stoornis, polymenorroe) of amenorroe  $\geq 6$  maanden wordt het paar doorverwezen naar de gynaecoloog.

## WAT MOET IK UITLEGGEN?

Nadat de huisarts een cyclusstoornis heeft uitgesloten, evalueert hij de wensen van het paar. Bij een onvervulde kinderwens bij een vrouw jonger dan 35 jaar geeft de huisarts uitleg over de grote kans op zwangerschap in de daaropvolgende maanden. Tevens geeft de huisarts voorlichting over het cyclusverloop van de vrouw en de daarop gerichte coïtus.

Ongeveer 14 dagen na de eerste dag van de menstruatie vindt de ovulatie plaats, waarbij een coïtusfrequentie van twee- tot driemaal per week rond deze periode voldoende is voor het ontstaan van een zwangerschap. Het gebruik van LH-testen of de basale temperatuurcurve wordt afgeraden, aangezien er vruchtbare dagen worden gemist. Dit komt omdat de testen pas laat positief worden. Verder geeft de huisarts voorlichting over factoren die de kans op zwangerschap verminderen, zoals roken (afname vruchtbaarheid vrouw en semenkwaliteit man), alcoholgebruik (schade ongeboren vrucht, afname potentie man), medicatiegebruik, drugs en anabole steroïden (afname kwaliteit semen man) en bij vrouwen met een BMI  $\geq 30$ . Verder inventariseert de huisarts of er behoefte is aan een preconceptie-advies (NHG-Standaard Preconceptiezorg).

Indien het paar samen met de huisarts tot het besluit komt om af te wachten, adviseert de huisarts het paar terug te komen voor een uitgebreidere anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek, indien een zwangerschap langer dan twaalf maanden uitblijft. Als de vrouw ouder dan 35 jaar is, overweegt de huisarts een snellere vervolgspraak voor aanvullend onderzoek en eventuele doorverwijzing. ■

## LITERATUUR

De literatuur kunt u vinden op [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Spreekuur.

## NCSI-methode geschikt voor meten ziektebeloop

Wij danken collega Broekhuizen voor haar commentaar op ons artikel over het nut van de NCSI-methode voor maatwerk in de COPD-ketenzorg.<sup>1,2</sup> Helaas bevat haar commentaar een aantal onjuistheden.

Broekhuizen merkt ten onrechte op dat veelgebruikte instrumenten, zoals de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) of de 10-Item Respiratory Illness Questionnaire-monitoring 10 (RIQ-MON10), ook kunnen voldoen om de gezondheidstoestand van een COPD-patiënt te meten. De CCQ is een goed onderzochte, korte vragenlijst waar veel ervaring mee is opgedaan in de eerste lijn. De CCQ meet echter slechts drie subdomeinen van de integrale gezondheidstoestand en geeft daarmee een heel beperkt beeld van de gezondheidstoestand van een patiënt met COPD. De RIQ-MON10, die overigens in Nijmegen is ontwikkeld en niet in Leiden, zoals collega Broekhuizen aangeeft, kent dezelfde beperking. Onze beroepsgroep erkent dit. Niet voor niets schrijft de Long Alliantie Nederland in haar Zorgstandaard COPD dat de CCQ en de RIQ-MON10 slechts een globale indruk geven van de klachten, beperkingen en kwaliteit van leven.<sup>3</sup>

Zoals onze studie duidelijk laat zien, ervaren eerstelijns COPD-patiënten veel meer en ook ernstigere problemen, die met de CCQ of RIQ-MON10 niet in kaart kunnen worden gebracht. Dit rechtvaardigt in onze ogen een uitgebreidere inkaarting van de patiënt, zoals met de NCSI-methode wél mogelijk is.

De NCSI-methode is meer dan alleen een 'meetinstrument', zoals Broekhuizen schrijft. De patiëntenprofielkaart geeft direct een antwoord op de vraag welke onderliggende psychologische mechanismen de gevonden problemen mogelijk veroorzaken, bijvoorbeeld ontkenning van de ziekte of verkeerde copingstrategieën. Broekhuizen geeft aan dat de NCSI-methode ongeschikt zou zijn om het ziektebeloop te monitoren. Dit klopt echter niet: zoals in

het artikel beschreven wordt, bevat de NCSI-methode ook een korte en volledig geautomatiseerde monitor, waarmee de patiënt gevolgd kan worden.

Broekhuizen schrijft dat COPD geen aandoening met eenduidige behandeltargets is. Daar zijn we het helemaal mee eens. De centrale behandelstrategie bij COPD richt zich op het bevorderen van adaptatie en die is bij uitstek individueel bepaald.<sup>3</sup> Juist daarom is het van groot belang om op een zo eenvoudig mogelijke wijze zo veel mogelijk informatie te verzamelen over de manier waarop de patiënt met zijn COPD omgaat. Helaas volstaat de optie die Broekhuizen aan draagt in haar slotopmerking niet voor de dagelijkse praktijk: 'Zolang wij de patiënt met COPD maar aandachtig vragen naar zijn of haar eigen prioriteiten, doet het meetinstrument er minder toe'. Patiënten met COPD vinden het juist erg lastig om problemen te herkennen en erkennen en prioriteiten te benoemen. Op hun beurt vinden veel zorgverleners het lastig om de juiste vragen te stellen.

Een hulpmiddel dat enerzijds de COPD-patiënt inzicht geeft in zijn problemen en anderzijds de zorgverlener ondersteunt in het gesprek is een wens van alle partijen. Bovendien is dit een vereiste om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden die gericht is op het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand.<sup>3</sup> Naar onze mening voldoet de NCSI-methode ruimschoots aan deze behoefte. ■

**Erik Bischoff, Jan Vercoulen, Laura Elbers, Robbert Behr, Tjard Schermer**

### LITERATUUR

- 1 Broekhuizen L. COPD-zorg: wat zou u het liefst willen? Huisarts Wet 2016;59:253.
- 2 Bischoff EW, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TR. De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg. Huisarts Wet 2016;59:242-7.
- 3 LAN. Zorgstandaard COPD (2013). Long Alliantie Nederland (LAN). [http://www.longalliantie.nl/files/5113/7994/2952/LAN\\_Zorgstandaard\\_COPD-2013-juni.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/5113/7994/2952/LAN_Zorgstandaard_COPD-2013-juni.pdf).

### ANTWOORD

Hartelijk dank aan collega's Bischoff et al. voor hun reactie op mijn commentaar. Het is ongelukkig dat ik de RIQ-MON10 abusievelijk Leids noemde. Mijn doel was echter niet om de waarde van de NCSI-methode in twijfel te trekken, maar om de discussie te starten of deze werkelijk

ingevoerd moet worden in de COPD-ketenzorg in de huisartsenpraktijk.

Het is zonneklaar dat de NCSI-methode veel meer informatie oplevert over de integrale gezondheidstoestand bij COPD dan de nu gebruikte instrumenten, waaronder de CCQ. Maar of het instrument ook tot betere gezondheidssuitkomsten leidt, is onbekend. Ook gezien de huidige registratiebelasting zouden huisartsen kritisch moeten zijn op het verzamelen van informatie en het invoeren van nieuwe instrumenten, ook al verhogen die de tevredenheid van de patiënt.

We hebben in de ouderenzorg gezien dat het systematisch inventariseren van behoeftes en gezondheidsproblemen bij ouderen weliswaar veel informatie oplevert en ook patiënttevredenheid, maar tot nu toe konden geen van de vergelijkende onderzoeken verbetering aantonen op kwaliteit van leven of zorgkosten. Een vergelijkbaar fenomeen zou kunnen spelen bij COPD. De COPD-zorg is veel te lang alleen gericht geweest op spirometrie. De focus op individuele adaptatie is toe te juichen, maar hoe en of dat betere gezondheidssuitkomsten oplevert, is onduidelijk.

De auteurs benadrukken nog dat de NCSI-methode een geautomatiseerde monitor bevat en dus geschikt is om de patiënt te volgen. Mijn punt is dat onduidelijk is wat eventuele verschillen in score van de NCSI – of het ontbreken ervan – in de loop van de tijd binnen een individu betekenen, en wat de praktijkondersteuner hiermee moet en kan. Behalve in de directe patiëntenzorg zou deze onzekerheid ook voor terughoudendheid moeten zorgen wanneer huisartsen met zorgverzekeraars afspraken maken op het niveau van verbeteren van indicatoren bij een generiek instrument als de NCSI-methode.

Kortom: ik steun de stelling dat de NCSI-methode een mooi generiek instrument is voor wie de ziektelast bij COPD eens breed in kaart wil brengen. Voorafgaand aan grootschalige implementatie in de ketenzorg ligt er de uitdaging om de doelmatigheid ervan aannemelijk te maken. ■

**Lidewij Broekhuizen**



## Moment van effectiviteit bij behandeling miskramen

In het juninummer van *Huisarts en Wetenschap* stond een artikel van Paulides en Bruggink over de behandeling met misoprostol bij miskramen.<sup>1</sup> Zij suggereren dat er in de huisartsenpraktijk geen plaats is voor misoprostol. In hun betoog verdienen twee punten aandacht.

Paulides en Bruggink spreken over effectiviteit zonder voldoende aandacht te besteden aan het moment van effectiviteit. Voor de vrouw die een miskraam gaat krijgen, is het moment dat de miskraam geheel achter de rug is van belang. De effectiviteit alleen is daar niet een afdoende maatstaf voor. Ook het moment waarop de miskraam compleet is, is voor de vrouw van betekenis.

Als de auteurs aangeven dat er mogelijk na een week wel een verschil is (ten gunste van behandeling met misoprostol), lijkt mij dat van betekenis voor de Nederlandse huisarts. Het aardige is dat onze vakgenoten in de Verenigde Staten op basis van dezelfde Cochrane-review aangeven dat er wel een plek is voor misoprostol in de huisartsenpraktijk en precies datgene aangeven wat mij van belang lijkt: 'Misoprostol and uterine evacuation may hasten the process.'<sup>2</sup> Zie ook tabel 4 in een recent gepubliceerd artikel.<sup>3</sup>

De auteurs geven aan dat het effect van de behandeling (met misoprostol) in de eerste lijn mogelijk minder kan zijn, omdat de studies die worden besproken alle in de tweede lijn plaatsvonden. Ik vraag me af of hier geen sprake is van selectie. In mijn praktijk krijgen vrouwen met een onvolledige miskraam het aanbod van misoprostol.

Net als in veel Engelssprekende landen, zoals in Australië en de Verenigde Staten. Bij succes komen deze vrouwen niet in de tweede lijn terecht. Hoezo is het effect van behandeling in de eerste lijn dan minder? ■

Hans Burggraaff

### LITERATUUR

- 1 Paulides M, Bruggink S. Misoprostol bij de behandeling van miskramen. *Huisarts Wet* 2016;59:276.
- 2 [www.aafp.org/afp/2014/0401/p523.html](http://www.aafp.org/afp/2014/0401/p523.html).
- 3 [www.aafp.org/afp/2011/0701/p75.html](http://www.aafp.org/afp/2011/0701/p75.html).

### ANTWOORD

Wij danken collega Burggraaff voor zijn waardevolle reactie vanuit de praktijk als verloskundig actieve huisarts. Net als in de beschikbare literatuur beschouwen wij het percentage miskramen na twee weken als belangrijkste uitkomstmaat in de vergelijking tussen afwachten en behandeling met misoprostol bij vroege miskramen. Collega Burggraaff merkt terecht op dat naast deze primaire uitkomstmaat ook het moment waarop de miskraam geheel achter de rug is, van belang is voor de vrouw. De bewijskracht in de literatuur voor deze secundaire uitkomstmaat is echter lager (geen gepoolde resultaten). Daarom concluderen wij, net als de Cochrane-review en de Amerikaanse interpretatie ervan, dat de percentages complete miskramen na één week *mogelijk* wel in het voordeel van misoprostol zijn.<sup>1</sup> Hiernaast is de meerwaarde van de tabel waar collega Burggraaff aan refereert beperkt, omdat de getallen voor het afwachtend beleid, afkomstig uit een observationeel onderzoek, niet direct vergelijkbaar zijn met de getallen voor misoprostol, afkomstig uit een ander onderzoek zonder afwachtend beleid.<sup>2,3</sup>

We sluiten ons aan bij de belangrijke opmerking van collega Burggraaff dat adequate behandeling door de huisarts onnodige verwijzingen naar de tweede

lijn kan voorkomen. Niet alleen met misoprostol, maar ook met goede voorlichting en geduld kan dit effect worden bereikt. Dit is echter een andere kwestie dan de CAT aanstipt: zijn de tweede-lijns onderzoeksresultaten wel extra-poleerbaar naar de huisartsenpraktijk? Het potentiële effect van misoprostol zou namelijk in de eerstelijns populatie met klachten die mogelijk milder zijn en minder lang bestaan, minder groot kunnen zijn.

Misoprostol heeft inmiddels in veel ziekenhuizen een plaats in de 'shared decision making' bij vroege miskramen met de opties afwachten, misoprostol of curettage. Maar zoals de CAT laat zien, is de effectiviteit van misoprostol vergeleken met afwachten niet aangetoond, zeker niet voor de eerste lijn. Bovendien is de indicatie van misoprostol bij incomplete miskramen off-label, zijn toedieningsvorm en dosering niet eenduidig, kent misoprostol significante bijwerkingen en bestaat er geen Nederlandse richtlijn die het gebruik adviseert.<sup>4</sup> Daarom zijn wij in deze CAT vooralsnog terughoudend om het gebruik van misoprostol voor de huisartsenpraktijk te adviseren. ■

Marit Paulides, Sjoerd Bruggink

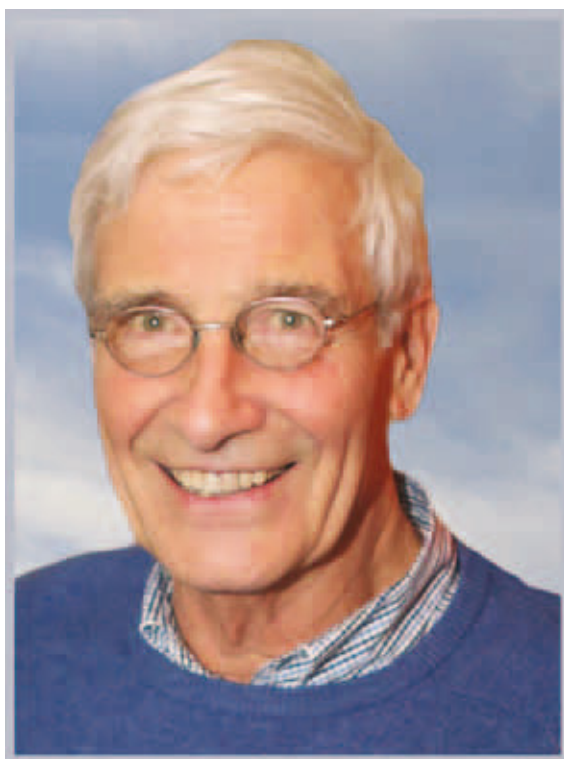
### LITERATUUR

- 1 Hitzeman N, Albin K. Misoprostol for incomplete first trimester miscarriage. *Am Fam Physician* 2014;89:523-4.
- 2 Luise C, Jermy K, May C, Costello G, Collins WP, Bourne TH. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ* 2002;324:873-875.
- 3 Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med*. 2005;353:761-769.
- 4 Verschoor MAC, Lemmers M, Wekker MZ, Ankum WM, Mol BWJ, Goddijn M. Behandelothers voor vroege miskramen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7900.

## In memoriam:

### Fons Sips

Op vrijdag 22 juli 2016 overleed Fons Sips, huisarts te Vught (1972-2006). Hij is 75 jaar geworden. Fons is voor de huisartsgeneeskunde, zowel in Nederland als internationaal, van grote betekenis geweest. Niet alleen vanwege zijn formidabele kennis, tomeloze energie en drive, maar ook vanwege zijn vermogen tot verbinden.



Fons stond voor verbinding in de huisartsgeneeskunde, zowel tussen mensen als landen. Zo stond hij aan de wieg van WONCA Europe, dat in 1995 ontstond als samenvoeging van de Societas Internationalis Medicinæ Generalis (SIMG) en een beginnende afdeling van WONCA. Hij wist vakgenoten in Oost- en West-Europa na de val van de Muur in 1989 op bestuurlijk en inhoudelijk niveau bij elkaar te brengen. Zijn expertise en internationale oriëntatie leidden in 1995 tot de oprichting van de European Journal of General Practice (EJGP). Als hoofdredacteur legde hij een sterke basis voor het internationale karakter en de kwaliteit van dit tijdschrift. Ook voor het NHG heeft Fons bergen werk verzet. Van 1987 tot 1992 was hij lid van het Dagelijks Bestuur van het NHG. In die tijd begon het NHG met het formuleren van richtlijnen voor goed geneeskundig handelen. Door en voor huisartsen werden in professioneel ondersteunde werkgroepen de

NHG-Standaarden geformuleerd. Op grond van uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek of op basis van consensus werd gedetailleerd aangegeven hoe huisartsen dienden te handelen in concrete gevallen. Het Dagelijks Bestuur waar Fons deel van uitmaakte, heeft dit proces van de standaardenontwikkeling vormgegeven en Fons heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. Hij was actief betrokken in een aantal werkgroepen voor specifieke standaarden. Daarin had hij als een ervaren en gepromoveerde huisarts een sturende invloed. Hij was daarnaast ook inhoudelijk betrokken bij NHG-Standaarden en staat bekend als 'de man die een grote bijdrage leverde aan het afschaffen van de pilcontrole.'

Zijn kennis deelde hij graag met anderen, in het bijzonder met de jonge(re) generatie. Met veel enthousiasme was hij daarom als begeleider van huisartsen-in-opleiding te Maastricht werkzaam, waarbij hij een lans brak om de jonge generatie zo vroeg mogelijk bij het vak te betrekken. Door zijn stimulerende en energieke inzet kunnen ook jonge artsen en artsen-in-opleiding tegenwoordig WONCA- en NHG-congressen bijwonen. Inmiddels is hieruit een wereldwijde beweging ontstaan, de *Vasco da Gama movement*, genoemd naar de beroemde Portugese zeevaarder en ontdekkingsreiziger. Als beloning en erkenning werd kort voor zijn overlijden de *Fons Sips Outstanding Achievement Award* ingesteld. Fons' bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskun-

de is breed onderkend. Hij werd benoemd tot Officier in de Orde van Oranje Nassau, Lid van Verdienste van het NHG, *Honorary Fellow of the Royal College of General Practitioners* en *Honorary Life Member of WONCA*. Bij al zijn werkzaamheden, zowel inhoudelijk, bestuurlijk als organisatorisch, was Fons' motto: 'I did it my way.' We kennen hem als een sportieve, eigenzinnige en innovatieve (auto) didact, die nergens bang voor was. Wij zullen zijn toewijding, inspiratie, energie en analytische geest missen. Hij heeft veel voor de ontwikkeling van ons vak betekend.

*Ivo Smeele, Harry Crebolder, Vic Tielens*

## KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1c

Nouwens E. Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59(9):388-93.

2b

Nouwens E. Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59(9):388-93.

3a

Nouwens E. Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59(9):388-93.

4b

Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:14-28.

Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Van der Meer K. Lifetime-risico geeft meer houvast bij cardiovasculair risicomanagement. *Huisarts Wet* 2015;58:246-8.

5b

NHG. NHG Praktijkwijzer en kwaliteit. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. <https://www.nhg.org/thema/beleid-en-kwaliteit>.

6a

NHG. Overzicht en definitie van indicatoren voor prescriptie in de huisartsenzorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010. [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/indicatoren\\_prescriptie.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/indicatoren_prescriptie.pdf).

7b

Korevaar DA, Hoofst L. Het gevaar van ongepubliceerde onderzoeksresultaten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7400.

8c

NHG Praktijk Accreditering. Kwaliteitsnormen voor de huisartspraktijk, 2015. [http://www.praktijkaccreditering.nl/sites/default/files/content/npa\\_nhg\\_org/final\\_npa\\_kwaliteitsnormen\\_webversie\\_bev.pdf](http://www.praktijkaccreditering.nl/sites/default/files/content/npa_nhg_org/final_npa_kwaliteitsnormen_webversie_bev.pdf).

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](http://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/voor auteurs](http://www.henw.org/voor auteurs)

**Redactiesecretariaat**

Henny Helsloot, Judith Mulder, Susan Umans. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, [redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org)

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

**Basisvormgeving**

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

**Nederlands Huisartsen Genootschap**

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

**Advertenties**

H&W verspreidt: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603  
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij: [media.marketing@bsl.nl](mailto: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](http://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](http://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](http://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](http://www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies) of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

© 2016  
ISSN 0018-7070



### Van elkaar leren

Veel handelingen die we in de huisartsenpraktijk verrichten, kunnen technisch gezien ook door iemand anders worden gedaan. Tegelijkertijd zouden wij bepaalde handelingen van de specialist technisch gezien kunnen overnemen. De substitutie van de tweede naar de eerste lijn, binnen de eerste lijn en van de eerste lijn naar zelfzorg lijkt een panacee dat vooral kostenbesparend zou werken. Ik ben er een voorstander van dat de patiënt steeds meer de regie over zijn eigen leven krijgt en daarin ook actief betrokken wordt door de zorgverleners. Maar dit moet dan wel in goed overleg gebeuren.



Ik had laatst een insulineafhankelijke diabetespatiënt op het spreekuur. Hij had al jaren het hele management zelf in de hand, maar kwam

toch iedere drie maanden trouw op controle. Toen ik voorstelde om dat af te bouwen, vond hij dat in eerste instantie eng: zijn vangnet viel weg. Uiteindelijk zijn we op een passend schema gekomen. Huisartsen zien patiënten in alle soorten en maten. De ene keer betreft het eenvoudige problemen, de andere keer zijn het zeer complexe zaken. De huisarts is de zorgverlener die alle problemen móét zien. Zo onderhoudt hij de vaardigheid in alledaagse ziekten en weet hij bij afwijkende symptomen adequaat in te grijpen en te onderzoeken of er sprake is van een zeldzame(re) aandoening. Vanwege de nauwe verwevenheid zijn alledaagse en zeldzame ziekten dit jaar het onderwerp van het NHG-Congres.

Ik ervaar het als een cadeautje wanneer een patiënt met een zeldzame ziekte iets heeft gevonden wat ik zelf nog niet wist. Zo leer ik van mijn eigen patiënten. Daarnaast leer ik ook van specialisten. Daarom lijkt mij een goed opgezet consultatiesysteem, waarin ik de specialist een moeilijke casus kan voorleggen en vervolgens een passend advies krijg, waardevoller en doelmatiger dan het overnemen van tweedelijnsbehandelingen.

Rob Dijkstra

## Vijf aanbieders Thuisarts.nl-module op wachtkamersystemen

Afgelopen maand zijn er twee nieuwe aanbieders van de Thuisarts.nl-module op de wachtkamersystemen in huisartsenpraktijken bij gekomen. Hiermee zijn er in totaal vijf bedrijven die de content van Thuisarts.nl via een scherm in de wachtkamer (narrowcasting) aanbieden.

Om patiënten op een moderne en efficiënte manier van informatie te voorzien, maken huisartsenpraktijken veelvuldig gebruik van digitale wachtkamersystemen. Het NHG speelt in op deze vraag van huisartsen en heeft de Thuisarts.nl-module voor wachtkamersystemen ontwikkeld.

Deze module wordt via een aantal leveranciers aangeboden, zodat de huisarts zelf een keus kan maken uit de verschillende systemen en aanbieders.

Op dit moment zijn dat: Epoc Wachtkamerschermen®, Medichain Mediscreens, Merit Media, Pandora Wachtkamer Systeem en Praktijk TV.

Het NHG levert elke maand een aantal (seizoensgebonden) Thuisarts.nl-onderwerpen, waardoor de huisarts hier zelf geen omkijken meer naar heeft:

- teksten met korte en bondige informatie over tien onderwerpen;
- ondertitelde video's over vijf onderwerpen;
- nieuwsberichten over actuele medische onderwerpen.

Bestelinformatie vindt u op de website van het NHG: [www.nhg.org/winkel](http://www.nhg.org/winkel) > patiënteninformatie > wachtkamersystemen.

## NHG-Congres 2016 Alledaags en Zeldzaam

### Inschrijving nu geopend

'Alledaags en Zeldzaam. Huisartsgeneeskunde van A tot Z' is het thema van het NHG-Congres 2016, dat 18 november a.s. in Leeuwarden zal plaatsvinden. Alledaagse problemen en zeldzame aandoeningen passeren dit jaar de revue. Vanzelfsprekend is er daarnaast ook ruimte voor een gezellige pre- en afterparty. Zin om het *iisstroksjitten* onder de knie te krijgen of in aanmerking te komen voor het felbegeerde Elfstedenkruisje? Wacht dan niet te lang met inschrijven!

De inschrijving is inmiddels geopend en de belangstelling is groot, dus schrijf u snel in. Als u zich bovendien vóór 27 september a.s. inschrijft, ontvangt u een interessante vroegboekorting op de toegangsprijs voor het congres.

Actuele en uitgebreide informatie over het congresprogramma vindt u op [www.nhgcongres.nl](http://www.nhgcongres.nl); u kunt zich hier ook inschrijven.

Oant 18 novimber yn Ljouwert!



nederlands huisartsen  
genootschap

### A-Z: over Alledaags & Zeldzaam

NHG-CONGRES 2016 • 18 NOVEMBER • WTC - LEEUWARDEN



## Weinig tandjes bij een peuter

2006: ik werkte sinds 2000 als HIDHA in een gezondheidscentrum in Kanaleneiland, een wijk in Utrecht met zeer veel culturen. In het gezondheidscentrum waren drie huisartsenpraktijken gevestigd. Ik werkte als HIDHA in de één, maar nam soms waar in een van de andere twee praktijken.

Dit verhaal gaat over Mehmet. Zijn ouders zijn Turks en consanguïen; ik meen achterneef en -nicht. Ik kende de ouders zijdelings. De vader zat in onze praktijk, de moeder zat met haar kinderen bij de collegapraktijk. Ik kon me herinneren dat hun dochtertje een aantal jaar geleden op de leeftijd van veertien maanden was overleden aan wiegendood. Bijzondere diagnose, dacht ik toen al, voor een te groot kind. Er werd geen obductie verricht. Ze hadden nog een ouder, gezond dochtertje en na het overlijden van hun dochtertje werd Mehmet\* geboren. De moeder kwam op een dag dat ik waarnam in de collega-

praktijk met Mehmet op het spreekuur. Hij was op dat moment vijftien maanden en had een bovensteluchtweginfectie. Bij het vertrek zei de moeder dat hij van die vreemde tandjes had. Ze had het al een aantal keren aan de tandarts voorgelegd, maar die had geen idee waardoor dit veroorzaakt werd. Ik zag een vriendelijk en vrolijk jongetje met onder inderdaad slechts twee driehoekige hoektandjes. Verder was hij anamnestic gezond. Ik was zelf moeder van vier jonge kinderen en wist dus hoe de normale tandengroei er op deze leeftijd uit hoorde te zien. Telefonisch contact met zijn tandarts leverde geen nieuwe informatie op.

Hierna heb ik contact opgenomen met het Klinisch Genetisch Centrum in Utrecht. Zij vertelden me, na onderzoek in hun database, dat dit heel goed zou kunnen passen bij ectodermale dysplasie. Dit is een zeldzame, erfelijke aandoening die gekenmerkt wordt door het onvoldoende tot uiting komen van structuren die ontstaan uit het ectoderm, zoals haren, tanden en zweetklieren. Het komt voor bij zeven op de tienduizend mensen. Er zijn honderdvijftig verschillende vormen, die verschillend overgeërfd worden. Dit kan zowel autosomaal dominant als autosomaal recessief als geslachtsgebonden.

Nadat ik dit wist, ben ik verder bij de moeder gaan doorvragen. Mehmet bleek zich, als ze in Turkije op vakantie waren, altijd heel ziek te voelen. Hij had hoge koorts en hoogrode wangen. Het liefst bleef hij daarom binnen. Hij had dunne haartjes en hij had geen tragus bij zijn oortjes. Zijn zusje bleek bij haar overlijden onder de dekentjes gevonden te zijn. De moeder herinnerde zich dat ze erg warm aanvoelde toen ze haar vond. De gemeentelijk lijkschouwer had geen temperatuur gemeten. Ze overleed in de zomer. Bij haar overlijden had ze slechts twee tandjes. Ik heb de ouders en Mehmet ter bevestiging naar het Klinisch Genetisch Centrum gestuurd. Hier werd de diagnose bevestigd. Mehmet had een anhidrotische ectodermale dysplasie, de meest voorkomende variant.

In zijn geval is er sprake van een recessieve aandoening. Zijn koortsklachten komen doordat hij, als de omgeving te warm wordt, onvoldoende in staat is via zweet zijn warmte kwijt te raken. Op vakantie in Turkije blijft hij voortaan binnen in een huis met airconditioning. Zijn tandjes zijn later cosmetisch behandeld middels implantaten. Zijn zusje is naar alle waarschijnlijkheid overleden aan dezelfde aandoening.

In mijn bijna zestienjarige carrière als huisarts is dit nog steeds de meest indrukwekkende diagnose die ik met hulp heb gesteld. Ik heb altijd gedacht om er nog een keer een artikel over te schrijven, maar dit is er nooit van gekomen. Ik ben blij dit nu met een groter publiek te kunnen delen. Zodat ook u, als u ooit op driehoekstandjes stuit, op onderzoek gaat, of dit kind verwijst.

Wellicht had de dood van Mehmet's zus met een opletende tandarts of huisarts voorkomen kunnen worden.

\* Mehmet is om privacyredenen niet zijn echte naam.

Irene Groenewegen

## Winnaars verhalenwedstrijd NHG-Congres 2016



18 november a.s. vindt het jaarlijkse NHG-Congres plaats. Dit jaar gaat het over huisartseneeskunde van A-Z. Niet alleen alledaagse klachten, maar ook zeldzame ziekten komen aan bod. Wij waren erg benieuwd naar uw persoonlijke praktijkverhalen en riepen u op die met ons te delen. Wat deed u bij die ene patiënt met een zeldzame aandoening? Hoe verliep de communicatie tussen u en uw patiënt met die alledaagse klacht?

We ontvingen veel mooie inzendingen. Het maken van een keus was dan ook een lastige opgave voor de jury, maar na lang beraad zijn Lonke Quanjel en Irene Groenewegen beiden uitgeroepen tot winnaars van deze verhalenwedstrijd! Van harte gefeliciteerd! Zij winnen ieder twee toegangscaroten voor het NHG-Congres 2016. Vanzelfsprekend bedanken wij ook alle andere deelnemers voor het insturen van alle bijzondere en inspirerende praktijkverhalen!

### NHG-AGENDA 2016 data

- **NHG-Congres Van Alledaags tot Zeldzaam** 18 november
- **Algemene Ledenvergadering** 1 december

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op [www.nhg.org](http://www.nhg.org)



## Geen tv meer

**Samen met mijn derdejaars aios Suzanne doe ik een visite-dienst. Suzanne en ik wisselen af wie observeert en wie in actie komt. Tijdens mijn beurt bezoeken we een man van een jaar of 65. Hij is die avond peracut zijn gezichtsvermogen verloren.**

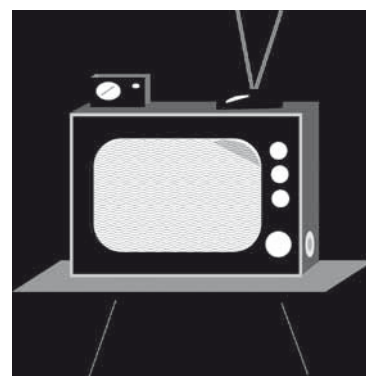
Zijn vrouw en hij zaten ieder in een aparte ruimte televisie te kijken. Tot hij bij zijn vrouw binnenliep en meldde: 'Ik heb geen tv meer.' En daarna vervolgde: 'Jij hebt ook geen tv meer.' Het werd zijn vrouw toen al snel duidelijk dat hij niet goed meer zag.

Als we arriveren, zit de patiënt rechtop in een stoel. Hij kijkt strak voor zich uit. Zijn dochter vertelt ons dat het lijkt alsof hij niets meer ziet. 'Maar hij liep wel rechtstreeks naar het balkon, zonder over mijn tas te struikelen.' Vreemd. De situatie wordt nog vreemder als hij niet reageert als ik hem aanspreek. Ik voel me genegeerd. Ik denk in een flits aan neglect en ga aan de andere kant zitten. Geen verschil. Af en toe wendt de man zich tot zijn vrouw en hij vraagt zelfs regelmatig om een dokter.

Als ik aankondig dat ik zijn bloeddruk ga meten, steekt hij wel zijn arm uit. Ik wissel een blik van verstandhouding uit

met de chauffeur. Betrapt, denk ik en ik heb een sterk vermoeden te maken te hebben met conversie.

Gezien de ongerustheid, die ik me goed kan voorstellen, besluit ik de patiënt toch in te sturen voor de neuroloog. Ik bespreek daarbij mijn vermoeden dat het functioneel is. De dienstdoende arts-assistent zegt echter meteen: 'corticale blindheid', en hij raadt me vervolgens aan de man met spoed met de ambulance in te sturen. Na de dienst bel ik er nog even achteraan en hoewel er nog niets zichtbaar is op de scan, wordt de man inmiddels al behandeld voor een CVA. 'Het is een bizarre casus,' zegt de aios neurologie. 'Als het bizar is, komt het meestal uit de thalamus.' Dat de patiënt tevens niet hoorde, zou dan komen door het wisselende bewustzijn. De volgende dag krijg ik van Suzanne een linkje naar een artikel uit het *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* uit 2002 over het verschijnsel cerebrale of corticale blindheid. In de eerste alinea staat letterlijk: 'Artsen die niet bekend zijn met dit syndroom zijn geneigd het als conversief te diagnosticeren.'



Lonneke Quanjel

## Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker vernieuwd

**In 2017 start het nieuwe bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (bvo bmhk). Het 'oude', huidige bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker stopt aan het eind van dit jaar. Het NHG, RIVM en screeningsorganisaties ondersteunen u de komende maanden met informatie en materialen.**

- In september verschijnt het Programma voor Individuele Nascholing (e-learning) voor huisartsen.
- Er komt een nieuwe NHG-Praktijkhandleiding voor huisartsen en doktersassistenten met praktische achtergrondinformatie over de uitvoering van het nieuwe bevolkingsonderzoek.
- Alle vrouwen die in 2016 aan de beurt zijn voor het bevolkingsonderzoek, ontvangen voor 1 september een uitnodiging. Tot 1 december kunnen uitstrijkjes worden gemaakt voor het 'oude', huidige bevolkingsonderzoek.
- In november ontvangen alle huisartsenpraktijken via de screeningsorganisaties een informatiepakket over het vernieuwde bevolkingsonderzoek.
- Er komt een online portaal voor huisartsenpraktijken waar u zich kunt registreren: u krijgt hierover een brief van de screeningsorganisatie. Dit portaal vermindert de administratie rond het uitstrijkje.

Wilt u meer weten over het vernieuwde bevolkingsonderzoek? Ga dan naar [www.bevolkingsonderzoekbaarmoeder-](http://www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl/professionals)



[halskanker.nl/professionals](http://halskanker.nl/professionals). U vindt hier ook een overzicht van veelgestelde vragen die bij de doelgroep leven.

We houden u de komende tijd op de hoogte via de NHG-nieuwsbrief, onze website en het dossier bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

## Eerstelijns samenwerkingsafspraken kindermishandeling geactualiseerd

Het NHG heeft – in samenwerking met andere beroepsgroepen uit de jeugdgezondheidszorg – de samenwerkingsafspraken in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Kindermishandeling geactualiseerd. Deze samenwerkingsafspraken zijn als bijlage bij dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* toegevoegd en zijn tevens op [www.nhg.org](http://www.nhg.org) te raadplegen. Op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) zijn publieksteksten over het signaleren van kindermishandeling geplaatst.

### Taken en verantwoordelijkheden

Kinderen moeten veilig en gezond kunnen opgroeien. Als er sprake is van een schadelijke situatie is het van belang dat huisartsen – samen met andere hulpverleners – tijdig goede hulp kunnen inzetten. Diverse (huisartsen)organisaties bieden graag ondersteuning bij deze moeilijke en complexe opgave. Het doel van de LESA Kindermishandeling is dat kinderen en hun ouders op het juiste moment de juiste hulp krijgen, zodat (een vermoeden van) kindermishandeling tijdig wordt gesignaleerd en gestopt.

Bij de aanpak van kindermishandeling zijn vaak meerdere hulpverleners betrokken. In de LESA Kindermishandeling komt aan de orde hoe er wordt samengewerkt, wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de verschillende partijen naast de huisarts en wat de rol is van de vertrouwensarts, de jeugdgezondheidszorg, de kinderarts en Veilig Thuis.

In het kort bevat de LESA informatie over:

- samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen, instanties en hun rol;
- competenties en attitude van hulpverleners;
- de KNMG-meldcode, inclusief de kindcheck;
- het beroepsgeheim;
- dossiervorming bij kindermishandeling.

### Vroegtijdige signalering

De huisarts is meestal de behandelaar van het hele gezin. De huisarts, praktijkondersteuner/-verpleegkundige of dokters-assistente kunnen door hun medische kennis, gecombineerd met informatie over de leefsituatie van het hele gezin, in een vroeg stadium kindermishandeling herkennen en hulp organiseren. Die hulpverlening bestaat, naast zorg voor (de veiligheid van) het kind, vaak grotendeels uit hulp aan de ouders.

### Duidelijke afspraken

Naast de huisarts vervullen andere zorgverleners een rol bij het signaleren en stoppen van kindermishandeling, onder wie de jeugdarts, jeugdverpleegkundige, kinderarts en vertrouwensarts. Voor een effectieve aanpak van kindermishandeling is het essentieel dat hulpverleners samenwerken en hun kennis en ervaring elkaar aanvullen.

Duidelijke afspraken over wie de aanpak van een vermoeden van kindermishandeling coördineert en wie welke stappen van de KNMG-meldcode zet, zijn essentieel om tot een goede signalering en aanpak te komen.

Bij de LESA Kindermishandeling zijn de volgende beroepsorganisaties betrokken: Jeugdartsen Nederland (AJN), jeugdverpleegkundigen (V&VN), kinderartsen (NVK), vertrouwensartsen (VVAK) en Veilig Thuis.

### Project Signaleren kindermishandeling

De actualisatie van de LESA Kindermishandeling is onderdeel van het project Signaleren kindermishandeling in de huisartsenzorg. Om de signalering en een adequate hulpverlening te ondersteunen, werken huisartsenorganisaties NHG, LHV en InEen, het ministerie van VWS en Augeo samen om de huisarts te ondersteunen.

## PROFclass voor ondernemende huisartsen

Deze maand gaat PROFclass van start: een post-specialistische opleiding voor huisartsen over praktijkmanagement, regievoering en ondernemerschap. PROFclass is een gezamenlijk initiatief van LHV, NHG, Huisartsopleiding Nederland en SBOH en richt zich op startende, praktijkhoudende huisartsen die zich actief gaan bezighouden met kwaliteitsbeleid en interdisciplinaire samenwerking.

### Meer weten?

Zie voor meer informatie [www.profclass.nl](http://www.profclass.nl).

### Redactie NHG-nieuws

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

### Contact

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

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

Colofon