

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis

ONDERZOEK

Aanvraagbeleid na diagnostisch toetsoverleg

COMMENTAAR

Het roer is om, maar waar gaan we naartoe?

WETENSCHAP

430

434

439

443

447

451

- ONDERZOEK** Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis
Laura van Buul, Ruth Veenhuizen, Ellen Stobberingh, et al.
- Aanvraagbeleid na het diagnostisch toetsoverleg
Cornelis Beijer, Anne Margreet de Jong, Ilona Statius Muller, et al.
- STOPP-START-criteria kunnen medicatiebeoordeling niet vervangen
Sanne Verdoorn, Henk-Frans Kwint, Adrienne Faber, et al.
- BESCHOUWING** Behandeling van hypertensie bij de oudste ouderen
Rosalinde Poortvliet, Wouter de Ruijter, Jacobijn Gussekloo
- COMMENTAAR** Het roer is om, maar waar gaan we naartoe?
Sjoerd Hobma, Wim Verstappen, Michel Wensing
- Proactieve zorg voor kwetsbare ouderen: terug bij af
Erik van Rossum, Hein van Hout

KLINISCHE PRAKTIJK

454

455

463

464

465

- HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Verwijzingen bij klachten van de borst
Mariette Hooiveld, Ellen Paap
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Doelmatige zorg: wat leren we de aios?
Lorette Stammen
- IMPORT** Lagere bloeddrukstreefwaarde voor 75+'ers?
Henk Koopman
- CATS** Veiligheid steroidinjectie voor plaatsing prothese
Jan Mens, Joris Jansen
- PEARLS** Internetprogramma werkt bij angstklachten
Annoek van der Gouw

427

433, 446

456

462

465

466

468

JOURNAAL

INTERMEZZO

GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE

KENNISTOETS

INTERVIEW

BOEKEN

COLOFON HG&W

33

HET NHG

H

&W

Redactioneel

Toeval of niet? Ik schrijf mijn tweede redactioneel in dit oktobernummer, waarin veel aandacht is voor mijn promotieonderwerp: diagnostisch toets overleg (dto). En toevallig (?) ook in de maand dat Jasper Trietsch in Maastricht promoveert op het vervolgonderzoek over de implementatie van de dto-methodiek. Mijn promotieonderzoek toonde aan dat het farmacotherapeutisch overleg (fto) een effectieve, kostenefficiënte en goed te implementeren methode is om het aantal diagnostische testen van huisartsen te verminderen. Dat onderzoek paste in de vraag naar meer transparantie. Waar staan we nu, ruim tien jaar later en weer een promotieonderzoek verder?

H&W publiceerde destijds een kritisch commentaar bij mijn promotieonderzoek: waarschijnlijk zou het dto worden bijgezet bij de vele mislukte pogingen om het gedrag van huisartsen te verbeteren. Het artikel van Cornelis Beijer et al. laat gelukkig anders zien. De auteurs vonden in hun onderzoek dat deelname aan het dto tot een zinniger én zuiniger aanvraagbeleid voor laboratoriumdiagnostiek door huisartsen leidt. Het promotieonderzoek van Jasper Trietsch, dat overigens ook ging over het gebruik van transparantie bij het fto, laat echter evenzeer kanttekeningen zien. Het blijkt nog steeds moeilijk om cijfers van ons handelen op betrouwbare wijze te achterhalen. Dat was al lastig tijdens mijn eigen promotietraject, en het is opvallend dat dat tegenwoordig nog steeds het geval is, ondanks alle softwareontwikkelingen.



Wie zorgt ervoor dat die cijfers beschikbaar zijn en wie zorgt ervoor dat ze betrouwbaar en bruikbaar zijn? Waarom zorgt de zorgverzekeraar er niet voor dat er landelijk of per zorgverzekeraar een bestand met bijvoorbeeld prescriptiedata, verwijz- en aanvraagcijfers wordt opgezet? De zorgverzekeraars hebben het dto ontdekt als een manier om kosten te besparen. Vreemd: ook in mijn onderzoek werd al aangetoond dat de Nederlandse huisarts zuinig is in het aanvragen van diagnostiek. Het dto kan een prima instrument zijn om je handelen als huisarts te verbeteren.

Een essentieel onderdeel daarvan is intercollegiale toetsing. Ik ben ervan overtuigd dat we veel kunnen leren van onze collega's. Het ongevraagd toesturen van schriftelijke feedback aan huisartsen bleek in mijn onderzoek geen meerwaarde te hebben. De methode was pas zinvol als er in de huisartsengroepen gesproken werd over de richtlijnen én concrete cijfers. Ik kan me nog goed herinneren hoe huisartsen van elkaar leerden: hoe lukte het de ene huisarts wel om een jonge patiënt met pijn op de borst zonder ecg gerust te stellen en waarom had een andere huisarts daar altijd een ecg voor nodig? Die transparantie kan gaan over vele onderwerpen. Waarom in de hagro niet in een fto bespreken hoe om moet worden gegaan met de STOPP-/START-criteria waarover Sanne Verdoorn et al. in dit nummer schrijven? Of een fto/dto over de vraag hoe je collega's urineweginfecties in een verzorgingshuis diagnosticeren en behandelen? Laura van Buul et al. geven daarvoor belangrijke handvatten in dit nummer. Hierover spreken met gemotiveerde collega's uit de hagro, maatschap of het gezondheidscentrum maakt ons vak nog boeiender. Ik ben er, niet toevallig, van overtuigd dat daarmee de kwaliteit van de zorg die wij huisartsen bieden alleen maar nóg beter kan worden. ■

Wim Verstappen

PS Inmiddels is Ivo Smeele aangetreden als nieuwe hoofdredacteur van H&W. Maak kennis met hem op pagina 465.

Kwaliteitsindicatoren zorgen niet voor lagere sterfte

Door huisartsenzorg van hoge kwaliteit te bieden hopen we ziekten vroeg op te sporen en snel te behandelen. Maar of de invoer van kwaliteitsindicatoren ook daadwerkelijk de sterfte beïnvloedt, was nog onduidelijk. Nieuw onderzoek laat zien dat de koppeling van vergoedingen aan kwaliteitsindicatoren niet heeft gezorgd voor een daling van de sterfte.

Onderzoekers wilden weten of de invoer van het Quality of Outcomes Framework (QOF) in Engeland gezorgd heeft voor een daling van de sterfte. Het QOF werd in 2004 in Engelse huisartsenpraktijken ingevoerd en koppelt maximaal 25% van het inkomen van de huisarts aan kwaliteitsindicatoren op het gebied van chronische zorg, organisatie en patiënttevredenheid. De onderzoekers maakten gebruik van data van de WHO tussen 1994 en 2010 over doodsoorzaken in Engeland en 27 andere Westerse landen, waaronder Nederland. Bij de analyse corrigeerden ze voor leeftijd, geslacht en sterftetrend voorafgaand aan de invoering van het QOF. Na de introductie van het QOF daalde de to-

tale sterfte in Engeland niet meer dan in andere landen (-3,68 per 100.000 (95%-BI -8,16 tot 0,80)). Ook voor ischemische hartziekten en kanker was er geen extra daling in sterfte meetbaar na invoering van het QOF.

Dit onderzoek suggereert dat de invoering van een systeem van kwaliteitsindicatoren gekoppeld aan vergoedingen voor zorgverleners niet resulteert in een daling van de sterfte. Eerdere onderzoeken lieten wel een verbetering zien voor andere uitkomsten, zoals ziekenhuisopnames voor hartziekten. Als mogelijke

verklaring voor deze negatieve bevinding opperen de onderzoekers dat andere factoren (onder andere sociaal-economische status) een grotere invloed heeft op de sterfte. Gezien de gelijkenis met het Nederlandse huisartsensysteem valt er ook in Nederland geen effect van kwaliteitsindicatoren op sterfte te verwachten. ■

Tobias Bonten

Ryan AM, et al. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet*



Symptomatische recidieven van coloncarcinoom

Volgens Amsterdams onderzoek recidiveert 17% van in opzet curatief behandelde coloncarcinomen. De symptomen zijn relatief vaak klassiek: buikpijn, gewichtsverlies en een veranderd defecatiepatroon.

Jaarlijks krijgen in Nederland meer dan 13.000 mensen de diagnose coloncarcinoom. Na curatieve behandeling ontwikkelt 30 tot 40% een recidief; meestal gaat het om metastasering naar longen of lever of een locoregionaal recidief in bekken of peritoneum. Een recidief treedt meestal binnen drie jaar na be-

handeling op. Omdat recidieven vaak curatief kunnen worden behandeld, wordt vroege en actieve opsporing geadviseerd. De follow-up wordt nu uitgevoerd in de tweede lijn, door meting van CEA, echografie en eventueel andere beeldvorming, maar het is de vraag of de huisarts deze follow-up zou kunnen doen. Om hier beter over te beslissen is het relevant om te weten hoe recidieven zich manifesteren.

Amsterdamse onderzoekers evalueerden hiertoe de medische dossiers van alle patiënten die tussen 2007 en 2012 in het AMC of het St. Antonius Ziekenhuis in opzet curatieve chirurgie ondergingen voor een coloncarcinoom stadium I-II (n = 446). Van hen ontwikkelden 74 (17%) een recidief. Bij 43

patiënten (58%) werd dit bij een gepland vervolgbezoek ontdekt en slechts twee (5%) van deze patiënten hadden symptomen. Van de 31 patiënten met een recidief bij wie dit bij een extra, ongepland ziekenhuisbezoek ontdekt werd, waren de meesten symptomatisch (n = 26; 84%); vooral buikpijn, veranderd defecatiepatroon en gewichtsverlies. De auteurs adviseren huisartsen die – in de toekomst – de follow-up na coloncarcinoom uitvoeren alert te zijn op de hoge frequentie van recidieven en de klassieke begeleidende symptomen. ■

Lidewij Broekhuizen

Duineveld LA, et al. Symptomatic and asymptomatic colon cancer recurrence: a multicenter cohort study. *Ann Fam Med* 2016;14(3):215-20.

Urineonderzoek bij jonge kinderen via de luier

Een urineweginfectie (UWI) bij jonge kinderen wordt in veel gevallen gemist in de eerste lijn. Een juiste diagnose is belangrijk om zowel onder- als overdosering van antibiotica te voorkomen. Onderzoek wijst uit dat ook urine opgevangen in de luier een nuttig hulpmiddel is bij het voorspellen van UWI bij jonge kinderen.

Kinderen die nog niet zindelijk zijn presenteren zich vaak met niet-specifieke symptomen en bij hen is het opvangen van midstraal urine voor aanvullende diagnostiek erg lastig. Het Britse *Diagnosis of Urinary Tract infection in Young children (DUTY)*-onderzoek werd uitgevoerd bij kinderen < 5 jaar die nog een luier droegen. Vanuit de luier werd een urinemonster genomen voor aanvullend onderzoek (in tegenstelling tot het nemen van een urinemonster uit de

midstraal urine). Het doel van het onderzoek was om een klinische voorspelregel te ontwikkelen om de diagnose UWI te stellen. Tevens werd onderzocht wat de toegevoegde voorspellende waarde was van dipstick urinetesten.

In de periode tussen april 2010 en april 2012 namen 233 eerstelijnspraktijken uit Engeland en Wales deel aan dit onderzoek. Bij 3205 kinderen werden urinemonsters vanuit de luiers genomen. Van de deelnemende kinderen was 48% meisje en 82% was < 2 jaar. Bacteriegroei werd gevonden in 2277 monsters (71%), waarvan 30 (1,3%) een UWI lieten zien.

Van alle mogelijk voorspellende items uit anamnese en lichamelijk onderzoek kwamen vier items als voorspellers naar voren die onafhankelijk geassocieerd waren met UWI. Dit zijn het vrouwelijk geslacht, stinkende urine, donkere urine en de afwezigheid van luiersuitslag. Er werden geen items uit lichamelijk onderzoek gevonden als onafhankelijke voorspeller. Bij de

dipslide waren de aanwezigheid van leukocyten en aanwezigheid van nitriet onafhankelijk geassocieerd met een UWI. De klinische voorspelregel leverde een oppervlakte onder de ROC-curve (AUC) van 0,78 op. Wanneer de bevindingen bij dipsticktesten werden toegevoegd nam de AUC toe tot 0,82.

Ondanks het feit dat het accurater is om de midstraal urine te gebruiken om een UWI te voorspellen (AUC 0,87 en mét dipslide 0,90), is het gebruik van urine opgevangen in de luier bij het voorspellen van UWI bij jonge kinderen zeker nuttig (en bovendien een stuk gebruiksvriendelijker). ■

Marloes Minnaard

Butler CC, et al. Nappy pad urine samples for investigation and treatment of UTI in young children: the 'DUTY' prospective diagnostic cohort study. Br J Gen Pract 2016;66:e516-24.

Veiligheid stoppen-met-rokenmedicatie

Stoppen met roken heeft grote positieve effecten op de gezondheid. Steeds vaker gebeurt dit met behulp van medicatie. De veiligheid van deze medicatie is al meermalen aangetoond, behalve in enkele subgroepen waar juist veel gerookt wordt. Dit onderzoek toont aan dat ook bij patiënten met psychiatrische aandoeningen veilig gebruik kan worden gemaakt van varenicline, bupropion en nicotinepleisters.

Anthenelli et al. includeerden 8144 patiënten over de hele wereld uit verschillende gezondheidssystemen en uit zowel eerste- als tweedelijns centra. Van deze patiënten waren 4074 gediagnosticeerd met een psychiatrische

stoornis (onder andere bipolaire stoornis, angststoornis en persoonlijkheidsstoornis). In beide groepen (een psychiatrisch en een niet-psychiatrisch cohort) werd een placebogecontroleerde trial uitgevoerd.

In het psychiatrische cohort kregen 238 van de 4074 patiënten matige tot ernstige psychiatrische klachten, in de niet-psychiatrische groep werden dezelfde bijwerkingen gevonden bij 84 van de 3984 patiënten. Het verschil was statistisch niet significant. Ook verschilden het percentage bijwerkingen niet tussen de diverse middelen of placebo. Net als in eerder onderzoek was varenicline het meest effectieve middel om te stoppen met roken.

De resultaten uit dit onderzoek zijn wellicht iets te rooskleurig: patiënten die andere genotsmiddelen gebruiken dan nicotine werden uitgesloten voor

deelname aan dit onderzoek. Bovendien is het onderzoek gefinancierd door de producenten van varenicline en bupropion.

Ondanks deze beperkingen kan de huisarts patiënten met of zonder een psychiatrische aandoening veilig varenicline, bupropion en nicotinepleisters voorschrijven. Beide groepen patiënten moeten worden voorgelicht over de eventuele risico's en er dient alert te worden gecontroleerd op psychiatrische klachten. ■

Jurgen Damen

Anthenelli R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016; 387:2507-20.

Overleg met patiënt bij saneren medicatie

Goede uitleg en aandacht voor de zorgen van de patiënt kunnen de bereidheid om met een medicament te stoppen vergroten. Periodieke sanering van het medicijngebruik, waarbij kritisch gekeken wordt of de medicatie van een patiënt nog aansluit op de actuele situatie, is nuttig. Het is belangrijk om dit in nauw overleg met de patiënt en/of zijn familie te doen.

Doorgaans worden medicatielijsten gesaneerd na een multidisciplinair overleg tussen de huisarts, apotheker en specialist ouderengeneeskunde, zonder dat de patiënt (of diens mantelzorger) wordt geraadpleegd. Hierdoor kan weerstand bij de patiënt ontstaan. De huisarts kan dit voorkomen door een goede uitleg te geven en aandacht te schenken aan de zorgen van de patiënt over het staken van een medicament.

Australische onderzoekers voerden

een focusgroeponderzoek uit onder veertien ouderen en veertien mantelzorgers met als doel om hun gedachten en angsten met betrekking tot het staken van een medicament in beeld te brengen. Tijdens de focusgroep lag de aandacht vooral op de vraag hoe ouderen/mantelzorgers in het algemeen over hun medicatie dachten, wat zou kunnen bijdragen aan hun bereidheid om een medicament te stoppen en wat deze bereidheid juist zou kunnen tegenwerken.

De bereidheid van ouderen of mantelzorgers om een medicament te stoppen werd beïnvloed door de volgende hoofdthema's: hun gevoel over de noodzaak van het betreffende medicijn, angst voor de gevolgen van het stoppen, afkeer voor medicatie-inname en het verloop van het staken (waaronder overleg met een arts en het eventueel kunnen herstarten bij negatieve gevolgen).

De deelnemers gaven aan dat de huisarts een grote invloed had op hun beslissing een medicament al dan niet te stoppen. Een goede uitleg door



de huisarts kan de bereidheid tot het stoppen van een medicament dus vergroten. ■

Sanne Vercooteren-Quaedflieg

Reeve E, et al. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract* 2016;66(649):e552-60.

Toename zelfmoord onder mannen sinds crisis

De incidentie van zelfdoding onder mannen in ons land neemt sinds 2007 toe. De economische crisis, die in 2007 begon, is hier een mogelijke oorzaak van. Mannen die zich van het leven beroven, hebben een hogere leeftijd dan voorheen.

Onderzoekers van NIVEL en VU Amsterdam exploreerden 'suïcidaal gedrag' (ICPC P77) in veertig huisartsenpraktijken. Na elke suïcide(poging) vulde de huisarts een vragenlijst in. De huisarts registreerde hierop patiëntkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en een voorgeschiedenis van depressie. De onderzoekers bekeken de periode voor (1983-2007) en na (2008-2013) de start van de economische crisis.

In totaal waren er 342 zelfdodingen en 1614 pogingen daartoe geregistreerd.

In de periode na het ontstaan van de crisis waren patiënten die zelfmoord pleegden ouder dan daarvoor. De piekleeftijd bij mannen lag voor de crisis rond 30-39 jaar, maar verschoof naar 60-69 jaar. De toename van zelfmoord onder voornamelijk oudere mannen kan volgens de onderzoekers komen door de economische crisis. Werkloosheid is een bekende risicofactor voor zelfdoding. Oudere mannen hebben een groter risico op baanverlies en een geringere kans om opnieuw werk te vinden. Er bleek minder vaak sprake van depressie voorafgaand aan suïcidaal gedrag. De zelfdodingen zijn mogelijk impulsiever en komen wellicht voort uit wanhoop zonder eerdere tekenen van depressie.

Door de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg zullen huisartsen vaker in een vroeg stadium suïcidaal gedrag zien. Extra oplettendheid is met name nodig bij mannen van middelbare leeftijd die werkloos zijn of hun baan

dreigen te verliezen. De huisarts heeft een belangrijke rol in het herkennen van suïcidaal gedrag, zodat voorkomen wordt dat gedachten worden omgezet in acties. ■

Nicole Verbiest

De Beurs DP, et al. Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ open* 2016;6:e010868.

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).



Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis

Samenvatting

Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CPM. Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis: *Huisarts Wet* 2016;59(10):430-3.

DOEL Onderzoeken in hoeverre het antibioticabeleid van de NHG-Standaard Urineweginfecties, dat uitgaat van verwekkers en resistentiepatronen in een gemiddelde praktijkpopulatie, ook van toepassing is op de bewoners van verzorgingshuizen.

METHODE Screening van de medisch dossiers van 289 bewoners van vier verzorgingshuizen op het platteland van Noord-Brabant en Zuid- en Noord-Holland, over de periode tussen januari 2010 en september 2013.

RESULTATEN De onderzoekers registreerden de uitslagen van 143 urinekweken van 66 bewoners. Bij 67% van de kweken werd een verwekker geïsoleerd, bij 20% trad groei van mengflora op en bij 13% trad geen groei op. De meest voorkomende verwekkers waren *Escherichia coli* (41%), *Proteus mirabilis* (17%) en *Klebsiella pneumoniae* (15%). In 81% van de kweken was de verwekker resistent tegen minstens een antibioticum. *E. coli* was relatief vaak resistent tegen amoxicilline, amoxicilline/clavulaanzuur, ciprofloxacin, trimethoprim en norfloxacin, *P. mirabilis* tegen trimethoprim en *K. pneumoniae* tegen nitrofurantoin, fosfomycine, norfloxacin en trimethoprim.

CONCLUSIE Het behandelbeleid van de NHG-Standaard Urineweginfecties is niet goed toepasbaar bij ouderen in verzorgingshuizen omdat de frequentie- en resistentiepatronen van de betrokken micro-organismen afwijken van die in de reguliere (oudere) praktijkpopulatie. Idealiter wacht de huisarts bij een urineweginfectie in het verzorgingshuis de kweekuitslag af alvorens gericht te behandelen. Als het klachtenpatroon van de patiënt dat onwenselijk maakt, is fosfomycine als empirische behandeling een goede optie. Bij uitblijvend effect of bij tekenen van weefselinvasie kan desnoods gestart worden met cotrimoxazol of ciprofloxacin.

INLEIDING

Ouderen in verzorgingshuizen zijn voor de huisartsen een aparte groep patiënten, waarbinnen urineweginfecties relatief vaak voorkomen.¹ Wij onderzochten of het behandelbeleid inzake antibiotica van de NHG-Standaard Urineweginfecties, dat uitgaat van de verwekkers en resistentiepatronen in een gemiddelde praktijkpopulatie, ook op deze ouderen van toepassing is.² Daartoe bestudeerden we de verwekkers en resistentiepatronen in urinekweken van deze specifieke populatie.

METHODE

Ons onderzoek maakte deel uit van IMPACT, een onderzoek naar de diagnose en behandeling van infectieziekten in verpleeg- en verzorgingshuizen.³ Aan IMPACT namen vier verzorgingshuizen deel, twee in Zuid-Holland, één in Noord-Brabant en één in Noord-Holland. Zij waren alle gelegen in landelijk gebied en hadden ten tijde van ons onderzoek in totaal 289 bedden (gemiddeld 72 per verzorgingshuis, uiteenlopend van 60 tot 87). Een klein aantal huisartsen – één tot drie praktijken voor ieder verzorgingshuis – verleende de medische zorg in deze populatie. Wij vroegen alle 328 bewoners die tussen het voorjaar van 2012 en het voorjaar van 2013 in deze verzorgingshuizen woonden, toestemming hun medisch dossier bij de huisarts te mogen inzien. Een onderzoeker (LB) verzamelde uit de dossiers van de bewoners die toestemming gaven alle uitslagen van urinekweken die geregistreerd waren tussen januari 2010 of opnamedatum en september 2013 of verhuizing dan wel overlijden.

RESULTATEN

Van de 328 bewoners gaf 72% toestemming het dossier in te zien (uiteenlopend van 56 tot 90% per verzorgingshuis). Deze bewoners waren gemiddeld 87 jaar en 81% was vrouw. Wij analyseerden 236 dossiers (uiteenlopend van 46 tot 66 per verzorgingshuis).

Wij vonden in de dossiers in totaal 143 kweekuitslagen uit de onderzoeksperiode: 24 uit 2010, 27 uit 2011, 52 uit 2012 en 40 uit 2013. Deze kweekuitslagen waren afkomstig van 66 bewoners; bij 30 bewoners was meer dan één kweek afgenomen (zie

Wat is bekend?

■ Ouderen in verzorgingshuizen zijn in de huisartsenpraktijk een aparte groep patiënten, die relatief vaak last heeft van urineweginfecties.

Wat is nieuw?

- De frequentie- en resistentiepatronen van de verwekkers van urineweginfecties in verzorgingshuizen wijken af van die in de reguliere (oudere) praktijkpopulatie.
- Het antibioticabeleid dat geadviseerd wordt in de NHG-Standaard Urineweginfecties lijkt daardoor niet goed toepasbaar op deze groep patiënten.
- Het kan zinvol zijn om in deze setting de *Richtlijn urineweginfecties* van Verenso te volgen.
- Het verdient de voorkeur gericht antibiotica voor te schrijven op geleide van de urinekweek.
- Als de kweekuitslag niet kan worden afgewacht en empirische behandeling gewenst is, is fosfomycine een goede keuze; bij uitblijvend effect of bij tekenen van weefselinvasie kan desnoods gestart worden met cotrimoxazol of ciprofloxacin.

VU medisch centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/EMGO+, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. L.W. van Buul, epidemioloog; dr. R.B. Veenhuizen, specialist Ouderengeneeskunde; prof.dr. C.M.P.M. Hertogh, specialist Ouderengeneeskunde en hoogleraar Ouderengeneeskunde en Ethiek van de zorg (tevens Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding: dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog • Correspondentie: L. vanbuul@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw (projectnummer: 205100011).

Tabel 1 Uitkomsten van 143 urinekweken bij 66 bewoners van vier verzorgingshuizen in de periode van januari 2010 tot en met september 2013, per bewoner

	Bewoners met deze uitkomst	Bewoners met daarnaast ook een of meer kweken zonder gevoeligheidsbepaling ('geen groei' of 'mengflora')
Eenmaal een micro-organisme gekweekt	36	6
Meer dan eens een micro-organisme gekweekt, hetzelfde type	1	3
Meer dan eens een micro-organisme gekweekt, verschillende types	7	6
Meer dan eens hetzelfde type micro-organisme gekweekt, maar ook éénmaal of vaker een ander type	2	5

[tabel 1]). [Tabel 2] geeft een overzicht van de kweekuitslagen. In 19 kweken (13%) werd geen groei van een micro-organisme waargenomen, in 28 kweken (20%) groeide een mengflora en was geen gevoeligheidsbepaling uitgevoerd, in 96 kweken (67%) groeide een specifieke verwekker en werd een gevoeligheidsbepaling uitgevoerd. In 78 van die 96 kweken (81%) werd een verwekker gevonden die resistent was tegen ten minste een type antibiotica.

De meest voorkomende verwekkers waren *Escherichia coli* (41%; n = 39), *Proteus mirabilis* (17%; n = 16) en *Klebsiella pneumoniae* (15%; n = 14). [Tabel 3] geeft voor deze drie micro-organismen aan welk percentage resistent was tegen welke in de huisartsenpraktijk gangbare antibiotica. *E. coli* bleek relatief vaak resistent tegen amoxicilline, amoxicilline/clavulaanzuur, ciprofloxacin, trimethoprim en norfloxacin. *P. mirabilis* bleek relatief vaak resistent tegen trimethoprim. *K. pneumoniae* was het vaakst resistent tegen nitrofurantoïne, fosfomycine, norfloxacin en trimethoprim.

Tabel 2 Uitkomsten van 143 urinekweken in vier verzorgingshuizen in de periode januari 2010–september 2013

Instelling	Micro-organisme en gevoeligheidsbepaling	Mengflora, geen gevoeligheidsbepaling	Geen groei
A	60,0%	30,0%	10,0%
B	60,4%	20,8%	18,8%
C	74,5%	13,7%	11,8%
D	78,6%	14,3%	7,1%
Totaal	67,1%	19,6%	13,3%

Tabel 3 Resistentiepercentages van de drie meest gekweekte micro-organismen tegen de meest gangbare antibiotica

Middel	<i>Escherichia coli</i> (n = 39)	<i>Proteus mirabilis</i> (n = 16)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n = 14)
Amoxicilline	51,3%	12,5%	n.v.t.*
Amoxicilline/clavulaanzuur	41,0%	0,0%	0,0%
Ciprofloxacin	23,1%	0,0%	7,1%
Cotrimoxazol	15,4%	18,8%	7,1%
Fosfomycine	7,7%	12,5%	42,9%
Nitrofurantoïne	0,0%	n.v.t.*	42,9%
Norfloxacin	20,5%	0,0%	28,6%
Trimethoprim	23,1%	37,5%	28,6%

* Niet van toepassing vanwege intrinsieke resistentie van dit micro-organisme tegen dit antibioticum.

BESCHOUWING

Bevindingen

Onze resultaten geven aan dat het antibioticabeleid zoals de NHG-Standaard Urineweginfecties dat adviseert niet onverkort toepasbaar is op bewoners van verzorgingshuizen. De verwekkers van urineweginfecties komen in deze populatie voor met een andere frequentie en ze hebben ook andere resistentiepatronen dan in de gemiddelde praktijkpopulatie. Het antibioticabeleid van de NHG-Standaard is gebaseerd op het resistentiepatroon van *E. coli*, in de algemene huisartsenpraktijk verreweg de meest aangetroffen verwekker van urineweginfecties.⁴ Uit ons onderzoek blijkt echter dat *P. mirabilis* (17%) en *K. pneumoniae* (15%) in verzorgingshuizen veel vaker worden aangetroffen dan in de algemene huisartsenpraktijk (3-6%), en ook

Abstract

Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CPM. Urinary tract infections in elderly residents of residential care facilities. *Huisarts Wet* 2016;59(10): 430-3.

AIM To investigate whether the treatment policy recommended by the Dutch College of General Practitioners' guideline 'Urinary tract infections', which is based on causative agents and resistance patterns in an average general practice population, is appropriate for people living in residential care facilities.

METHOD The medical files of 289 residents of four residential care facilities in rural areas of North Brabant and South and North Holland, the Netherlands, were screened for the period January 2010 until September 2013.

RESULTS The results of 143 urine cultures from 66 residents were available. The causative agents was identified in 67% of the cultures, in 20% there was mixed growth, and in 13% there was no growth. The most common bacteria were *Escherichia coli* (41%), *Proteus mirabilis* (17%), and *Klebsiella pneumoniae* (15%). Bacteria were resistant to at least one antibiotic in 81% of the cultures. *E. coli* was relatively often resistant to amoxicillin, amoxicillin/clavulanate, ciprofloxacin, trimethoprim, and norfloxacin. *P. mirabilis* was resistant to trimethoprim, and *K. pneumoniae* was resistant to nitrofurantoin, fosfomycin, norfloxacin, and trimethoprim.

CONCLUSION The treatment policy recommended in the Dutch College of General Practitioners' guideline 'Urinary tract infections' is not appropriate for elderly residents of residential care facilities because the causative microorganisms and their patterns of antibiotic resistance are different from those in the average (elderly) general practice patient population. Ideally, general practitioners should await urine culture results before treating urinary tract infections in people living in residential care facilities. If the patient's symptoms do not allow this, empirical treatment with fosfomycin is a good choice, with the option of starting cotrimoxazole or ciprofloxacin if treatment fails or if there are signs of tissue invasion.

veel vaker dan bij thuiswonende 70-plussers (6-8%).⁴⁻⁶ In verzorgingshuizen benadert de gezamenlijke frequentie van deze twee verwekkers (32%) zelfs die van *E. coli* (41%). Ook de resistentiepercentages van *E. coli* tegen amoxicilline/clavulaanzuur en tegen fluorochinolonen waren in ons onderzoek hoger dan in twee eerdere Nederlandse onderzoeken, gehouden onder vrouwelijke huisartspatiënten boven de 70 jaar.^{6,7}

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is de hoge respons, waardoor we een groot aantal kweekuitslagen konden analyseren. Zwakker is dat ons onderzoek – in tegenstelling tot de twee zojuist aangehaalde onderzoeken – is uitgevoerd in een geselecteerde populatie binnen het verzorgingshuis, namelijk alleen die bewoners voor wie een kweek is ingestuurd. Daardoor zijn kweken van patiënten die onvoldoende reageerden op de initiële behandeling waarschijnlijk oververtegenwoordigd in onze analyse en zijn onze resistentiepercentages dus relatief hoog.⁴ Bovendien heeft ons onderzoek slechts een klein aantal verzorgingshuizen onderzocht, die bovendien alle vier in landelijk gebied lagen. Onze resultaten zijn derhalve mogelijk niet representatief voor alle Nederlandse verzorgingshuizen. Het is echter de vraag in hoeverre resistentiepatronen in instellingen voor langdurige zorg überhaupt te generaliseren zijn: gebleken is dat de resistentiepercentages tussen verpleeghuizen sterk verschillen.⁸

Consequenties en aanbevelingen

Uit [tabel 3] blijkt dat in verzorgingshuizen eigenlijk geen enkel antibioticum empirisch goed ingezet kan worden zolang men niet weet welk van de drie meest voorkomende bacteriën de verwekker is. Idealiter wacht de huisarts daarom bij een urineweginfectie in een verzorgingshuis eerst de kweekuitslag af alvorens te starten met antibiotica. In de praktijk is dit echter niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld als er tekenen zijn van weefselinvasie zoals koorts. In dat geval zouden cotrimoxazol of ciprofloxacin geschikte middelen zijn voor een empirische

behandeling. Bij andere klachten die dermate hinderlijk zijn dat behandeling gewenst is, zou fosfomycine een geschikte keuze zijn omdat zowel *E. coli* als *P. mirabilis* lage resistentiepercentages hebben tegen dit middel. Treedt met fosfomycine geen verbetering op, dan kan men – afhankelijk van de kliniek – het best de uitslag van de kweek afwachten óf starten met cotrimoxazol of ciprofloxacin. Een nadeel van cotrimoxazol is dat dit middel bij oudere patiënten een onaantrekkelijk bijwerkingen- en interactieprofiel heeft, en al te frequent gebruik van ciprofloxacin is niet wenselijk omdat fluorochinolonen behoren tot de ‘reserve antibiotica’.⁹

Opvallend is het hoge percentage kweken met mengflora – bijna een kwart van alle kweken met groei – en de grote verschillen daarin tussen de verzorgingshuizen (zie [tabel 2]). Omdat mengflora mogelijk duidt op contaminatie van het urinemonster, kan dit erop wijzen dat het afnemen van materiaal voor de urinekweek niet in alle verzorgingshuizen even nauwgezet verloopt.¹⁰ Wellicht is het zinvol aandacht te besteden aan de kweekafname in verzorgingshuizen en deze procedure waar mogelijk te optimaliseren.

Urineweginfecties bij bewoners van verzorgingshuizen verdienen bijzondere aandacht, omdat verwekkers en resistentiepatronen in deze groep afwijken van die in de gemiddelde praktijkpopulatie, en in veel opzichten gelijkenis vertonen met die in verpleeghuizen. In beide settings gaat het om kwetsbare ouderen met veel gezondheidsproblemen en functionele beperkingen, die in nauw contact met elkaar leven en daardoor extra vatbaar zijn voor infecties. Illustratief daarvoor is dat het frequentie- en resistentiepatroon van *E. coli* in ons onderzoek overeenkomt met dat in verpleeghuizen.¹¹⁻¹⁴ Het kan daarom ook voor de huisarts zinvol zijn om in deze settings niet uit te gaan van de NHG-Standaard Urineweginfecties maar van de Richtlijn urineweginfecties van de beroepsvereniging van specialisten Ouderengeneeskunde Verenso (voorheen NVVA).¹⁵ De Verenso-richtlijn, waarvan binnenkort een herziening verschijnt, besteedt ook aandacht aan unieke kenmerken van de diagnostiek bij kwetsbare ouderen. Zo is aangetoond dat bij een kwart tot de helft van de vrouwelijke verpleeghuisbewoners asymptomatische bacteriurie kan worden vastgesteld: bacteriën in de urine zonder relevante klachten.¹⁶ Huisartsen die zorg verlenen in verzorgingshuizen moeten terdege beseffen dat men bij deze groep patiënten terughoudend moet zijn in het toeschrijven van bepaalde aspecifieke klachten, zoals onrust of verwardheid, aan een urineweginfectie en in het daarbij voorschrijven van antibiotica.¹⁷

CONCLUSIE

Het behandelbeleid van de NHG-Standaard Urineweginfecties is niet goed toepasbaar bij ouderen in verzorgingshuizen omdat de frequentie- en resistentiepatronen van de betrokken micro-organismen afwijken van die in de reguliere (oudere) praktijkpopulatie. Idealiter wacht men bij een bewoner van een verzorgingshuis de kweekuitslag van de urine af, zodat men gericht antibiotica kan inzetten. Als het klachtenpatroon



Foto: Shutterstock/Toa55

van de patiënt dit onwenselijk maakt, is empirische behandeling met fosfomycine een goede optie. Bij uitblijvend effect of bij tekenen van weefselinvasie kan zo nodig gestart worden met cotrimoxazol of ciprofloxacine. ■

LITERATUUR

- Poos MJJC, Zantinge EM. Rangordening van ziekten en aandoeningen bij 65-plussers. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012.
- Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHC-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
- Van Buul LW, Sikkens JJ, van Agtmael MA, Kramer MHH, van der Steen JT, Hertogh CPM. Participatory action research in antimicrobial stewardship: a novel approach to improving antimicrobial prescribing in hospitals and long-term care facilities. J Antimicrob Chemother 2014;69:1734-41.
- Nys S, Van Merode T, Bartelds AIM, Stobberingh EE. Urinary tract infections in general practice patients: diagnostic tests versus bacteriological culture. J Antimicrob Chemother 2006;57:955-8.
- Koeijers JJ, Verbon A, Kessels AG, Bartelds A, Donkers G, Nys S, et al. Urinary tract infection in male general practice patients: uropathogens and antibiotic susceptibility. Urology 2010;76:336-40.
- Nys S, van Merode T, Bartelds AIM, Stobberingh EE. Antibiotic treatment and resistance of unselected uropathogens in the elderly. Int J Antimicrob Agents 2006;27:236-41.
- Den Heijer CD, Donker GA, Maes J, Stobberingh EE. Antibiotic susceptibility of unselected uropathogenic Escherichia coli from female Dutch general practice patients: a comparison of two surveys with a 5 year interval. J Antimicrob Chemother 2010;65:2128-33.
- Verhoef L, Roukens M, de Greeff S, Meessen N, Natsch S, Stobberingh E. Antimicrobial resistance carriage in Dutch long term care facilities. J Antimicrob Chemother 2016;71:2586-92.
- Ciprofloxacine (systemisch). In: Farmacotherapeutisch kompas [internet]. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015. <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>, geraadpleegd 2 oktober 2015.
- Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis: Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn. Utrecht: LHV/KNMG/NHG/NVVA, 2009.
- Hasper HJ, van der Palen J, Hendrix RMGR. Vijf jaar urineweginfecties in het verpleeghuis: verandering in resistentiepatroon van gekweekte verwekkers. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012;37:204-7.
- Van Mulligen-van de Belt E. Urineweginfecties in een psychogeriatrisch verpleeghuis: vaker kweken, minder vaak blind behandelen. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012;37:41-4.
- Vromen M, van der Ven AJ, Knols A, Stobberingh EE. Antimicrobial resistance patterns in urinary isolates from nursing home residents: Fifteen years of data reviewed. J Antimicrob Chemother 1999;44:113-6.
- Van der Donk CF, Schols JM, Driessen CJ, Hagenouw RG, Meulendijks A, Stobberingh EE. Prevalence and spread of multidrug resistant Escherichia coli isolates among nursing home residents in the southern part of The Netherlands. J Am Med Dir Assoc 2013;14:199-203.
- Went P, Achterberg W, Bruggink R, Ellen-van Veelen J, Pelzer D, Rondas A, et al. Richtlijn urineweginfecties. Utrecht: NVVA, 2006.
- Nicoll LE. Urinary tract infection in long-term-care facility residents. Clin Infect Dis 2000;31:757-61.
- Van Buul LW, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RT, de Greeff SC, et al. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? J Am Med Dir Assoc 2015;16:229-37.

Ferdinand Schreuder

Schuldgevoel

Dagelijks doe ik dingen waarvan ik vind dat ik ze niet moet doen. Ik bedoel niet dat ik toch weer teveel koekjes eet of zoiets, maar dat ik mijn werk niet goed doe: ik verleng slaapmiddelrecepten, voer diabetescontroles niet volledig uit, volsta met een gewichtsmeting waar ik ook de buikomvang zou moeten meten, accepteer te hoge bloeddrukwaarden, zet preventief bedoelde behandelingen voort bij hoogbejaarde patiënten of verleng inmiddels zinloos gebleken calciumsuppletie. Soms verwijst ik iemand of doe ik aanvullend onderzoek vooral als uitstelmanoeuvre. Ik verleng antidepressiva, waarvan de indicatie mij al

lang niet meer duidelijk is. Kortom: ik doe van alles wat God (of althans: het NHC) me verbiedt.

Natuurlijk twijfel ik dus of ik mijn vak eigenlijk nog wel uit moet oefenen. Gesprekken met collega's leren me echter dat ik niet de enige ben en reacties van mijn patiënten doen me geloven dat ze toch tevreden zijn met mijn inspanningen; tot nog toe slaag ik steeds voor de LHK en ik hoop binnenkort geaccrediteerd te worden. Ik ga nog maar even door, maar vraag me af hoe ik mijn professionele leven moet beteren. Wat maakt dat ik niet de dingen doe zoals ik ze zou moeten doen? Tijdgebrek is niet het hele verhaal: ik maak keuzes in wat ik wel en niet doe en die keuzes zijn mogelijk ge-

baseerd op het zoeken naar de weg met de minste weerstand: een aangevraagd recept niet verlengen is meer werk dan een vinkje zetten, een gesprek aangaan dat de jarenlang gebruikte middelen hun doel inmiddels voorbij gaan schieten kost meer emotie en inspanning dan doorgaan op de ooit ingeslagen weg, bloeddrukmedicatie aanpassen is vaak weer een hoop gedoe, waar niemand blij van wordt. Verwijzen helpt om het soms pijnlijke doorbraken van illusies nog even uit te stellen en vrijwaart me van een eventueel verwijt te weinig gedaan te hebben. Ik hoop stiekem op een placebo-effect.

Ik ga met schuldgevoel naar bed, maar kan rustig slapen in het besef dat de pakkans klein is. ■





Aanvraagbeleid na het diagnostisch toetsoverleg

Samenvatting

Beijer C, De Jong AM, Statius Muller I, Eysink Smeets JBE, Pronk-Admiraal CJ. Aanvraagbeleid na het diagnostisch toetsoverleg. *Huisarts Wet* 2016;59(6):434-8.

ACHTERGROND Het toepassen van de NHG-Standaard Anemie leidt tot een gericht aanvraagbeleid van laboratoriumbepalingen voor het stellen van de diagnose anemie. Het gebruik van het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek ondersteunt de toepassing van deze Standaard. Om zinnig en zuinig onderzoek te stimuleren zijn klinisch chemici van Atalmedial begonnen met de inzet van het diagnostisch toetsoverleg (dto) anemie. In dit dto bespreken de klinisch chemici de klinisch chemische bepalingen die de NHG-Standaard Anemie noemt. Wij onderzochten welke effecten deelname aan dit diagnostisch toetsoverleg heeft op het aanvraagbeleid van huisartsen in het kader van de diagnose anemie.

METHODE We hebben het aanvraagbeleid van huisartsen die deelgenomen hebben aan een dto vergeleken met het aanvraagbeleid van huisartsen die geen dto hebben gevolgd.

RESULTATEN De effecten van deelname aan het dto anemie verschillen per regio. In de regio Amsterdam heeft deelname geleid tot een significante daling in het aantal aanvragen voor foliumzuur. In de regio Haarlem bleek participatie niet te leiden tot een significante daling in het aantal aanvragen van bepalingen. In de regio Leiden heeft deelname geleid tot een significante daling van het aantal aanvragen voor ijzer, transferrine, vitamine B₁₂ en foliumzuur. Voor het totale verzorgingsgebied van Atalmedial zagen we een significante daling in het aantal aanvragen voor ijzer, transferrine, trombocyten, vitamine B₁₂ en foliumzuur.

CONCLUSIE Deelname aan het dto anemie leidt bij huisartsen tot een zinniger en zuiniger aanvraagbeleid voor laboratoriumdiagnostiek. De wijzigingen in het aanvraagbeleid zijn mede afhankelijk van de wijze waarop de diverse klinisch chemische laboratoria in het verleden met het aanvraagbeleid zijn omgegaan.

INLEIDING

Wanneer huisartsen standaarden toepassen en het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek gebruiken, leidt dat tot gericht aanvragen van laboratoriumonderzoek.¹ Vooruitlopend op de implementatie van het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier conform de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA)²

door het medisch diagnostisch centrum Atalmedial zijn de klinisch chemici (KC's) in 2013 begonnen met het inzetten van het diagnostisch toetsoverleg (dto) anemie. Het dto is een intercollegiaal overleg, waarin de deelnemers het aanvraaggedrag rond laboratoriumdiagnostiek onderling spiegelen en bespreken, en persoonlijke feedback krijgen. Tevens vergelijkt en spiegelt de klinisch chemicus het aanvraaggedrag van de hele groep huisartsen met dat van een huisartsenreferentiegroep en krijgen ze bijscholing aan de hand van de NHG-Standaard Anemie. Een neerslag van de NHG-Standaarden is te vinden in de LESA. Om de interactie en het leereffect te vergroten wordt het dto gegeven aan een kleine groep samenwerkende huisartsen. Doelstelling van het dto is deskundigheidsbevordering door middel van het stimuleren van zinnig en zuinig gebruik van laboratoriumdiagnostiek. Onder zinnige laboratoriumdiagnostiek verstaan wij het aanvragen van de juiste bepaling en bij zuinige laboratoriumdiagnostiek draait het om het vermijden van onnodige aanvragen.

Atalmedial is een groot en modern medisch diagnostisch centrum dat diagnostiek in de volle breedte biedt voor de eerste en tweede lijn. Atalmedial verzorgt de klinisch chemische bepalingen van het Spaarne Gasthuis (Hoofddorp/Haarlem) en het Alrijne Ziekenhuis (Leiden/Leiderdorp), en voor huisartsen uit de regio's Amsterdam, Haarlem en Leiden.

In de periode 1 juni 2013 tot 1 januari 2015 zijn er twintig dto's anemie gegeven. Het dto anemie is gebaseerd op de NHG-Standaard Anemie (2003).³ In dit dto komen de bepalingen aan de orde die deze Standaard noemt: hemoglobine (Hb), *mean corpuscular volume* (MCV), ferritine (een maat voor de ijzervoorraad), ijzer, transferrine (het transporteiwit van ijzer), leukocyten, trombocyten, reticulocyten, lactaat dehydrogenase (LDH), vitamine B₁₂ en foliumzuur.

Wat is bekend?

- Het toepassen van standaarden en het gebruik van het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier leiden tot gericht aanvragen van laboratoriumonderzoek.
- Het aanvraaggedrag van huisartsen kan worden beïnvloed door aanpassingen van het aanvraagformulier voor laboratoriumdiagnostiek, het bijwonen van nascholingsbijeenkomsten met verwijzing naar richtlijnen, persoonlijke feedback en intercollegiale toetsingsbijeenkomsten.

Wat is nieuw?

- Het aanvraaggedrag voor laboratoriumdiagnostiek voor de diagnose anemie wordt zinniger en zuiniger na deelname van huisartsen aan het diagnostisch toetsoverleg over anemie, waarin dit aanvraaggedrag gekoppeld wordt aan het gebruik van het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier conform LESA.

Atalmedial, medisch diagnostische centra, Postbus 69641, 1060 CR Amsterdam; C. Beijer, klinisch chemicus; dr. A.M. de Jong, klinisch chemicus in opleiding; dr. C.J. Pronk-Admiraal, klinisch chemicus. Huisartsenpraktijk Ubbens en Statius Muller: I. Statius Muller, huisarts. Huisartsenpraktijk Prelude, Alphen aan den Rijn; J.B.E. Eysink Smeets, huisarts. De eerste twee auteurs hebben in gelijke mate aan dit artikel bijgedragen • Correspondentie: c.beijer@atalmedial.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: C. Beijer, A.M. de Jong en C.J. Pronk-Admiraal zijn werkzaam bij Atalmedial.

Wij wilden onderzoeken of deelname aan het dto anemie effect heeft op het aanvraaggedrag van huisartsen. De vraagstelling luidt: leidt deelname aan het dto anemie tot zinnig en zuinig aanvraaggedrag? Om hierop een antwoord te krijgen hebben we de verschillen in productiecijfers van huisartsengroepen die een dto hebben gevolgd vergeleken met die van controlegroepen.

METHODE

We hebben onderzocht of deelname aan het dto anemie effect heeft op het aanvraagbeleid van huisartsen in het kader van het stellen van de diagnose anemie. De huisartsen namen deel aan één bijeenkomst dto anemie. We hebben voorzitters van huisartsengroepen benaderd of huisartsen hebben zichzelf via de website van Atalmedial aangemeld voor deelname aan het dto. Voor de bijeenkomsten hebben we alle huisartsen van de huisartsengroep uitgenodigd. Behalve huisartsen die ziek of op vakantie waren, waren alle uitgenodigde huisartsen aanwezig. Een aantal huisartsengroepen heeft achteraf accreditatie aangevraagd. Gedurende de onderzoeksperiode hebben zorgverzekeraars geen financiële vergoeding gegeven voor het deelnemen aan of presenteren van dto's. Om de resultaten te objectiveren hebben we de resultaten per regio vergeleken met die van vier controlegroepen. Deze controlegroepen bestonden uit huisartsengroepen uit dezelfde regio met een vergelijkbare praktijkgrootte, die nog *niet* hebben deelgenomen aan het dto anemie.

Het diagnostisch toetsoverleg

Het dto bestaat uit een aantal onderdelen. Ten eerste is er een presentatie van de aantallen aangevraagde bepalingen (productiecijfers, per aanvragende huisarts) die bij de NHG-Standaard Anemie (2003) horen. De productiecijfers worden over een aaneengesloten periode van zes maanden voorafgaand aan het dto verzameld. Daarna worden de productiecijfers van de huisartsengroep vergeleken met die van de referentiegroep. Deze referentiegroep bestaat uit dertien huisartsen met meer dan tien jaar ervaring met het gebruik van het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. Deze vergelijking vindt plaats omdat bekend is dat gebruik van het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier leidt tot zinnige en zuinige laboratoriumdiagnostiek.¹ Om het aanvraaggedrag van de huisartsen goed te kunnen vergelijken worden de productiecijfers genormeerd op het aantal patiënten. Voor onze analyse is deze referentiegroep verder niet van belang; we hebben een vergelijking gemaakt met onafhankelijke controlegroepen die geen dto hebben gevolgd. Na de vergelijking volgt een uitgebreide inhoudelijke toelichting op het aanvraagbeleid, gericht op de implementatie van de NHG-Standaard Anemie (2003). Specifieke aandachtspunten in het dto anemie zijn:

1. de voorkeur van de ferritinebepaling voor het aantonen van een ijzertekort boven het gebruik van de bepalingen ijzer en transferrine (zinnige laboratoriumdiagnostiek);
2. het gebrek aan specificiteit van LDH. Dit enzym komt in

veel organen voor (rode bloedcellen, spiercellen, levercellen, longweefselcellen) en een verhoogde activiteit duidt op cel- en/of weefselschade, maar geeft niet aan van welk orgaan (zuinige laboratoriumdiagnostiek);

3. twee onderwerpen waarin de NHG-Standaard Anemie (2003) tekortschoot (dit zijn ook de punten waar de nieuwe NHG-Standaard Anemie (2014) op is aangepast):
 - sensitiviteit en specificiteit van het MCV in het kader van respectievelijk een ijzertekort of een vitamine B₁₂- en/of foliumzuurtekort. Bij het aantonen van een ijzertekort hetzij een vitamine B₁₂- en/of foliumzuurtekort wijkt het MCV niet altijd af.
 - de rol van de nierfunctie in de productie van erytropoëtin en de effecten op de erytropoëse;
4. een regiospecifiek aandachtspunt: in de regio Amsterdam werd altijd een volledig bloedbeeld aangevraagd, terwijl de trombocyten en leukocyten in eerste instantie niet nodig zijn voor de diagnose anemie (zinnige en zuinige laboratoriumdiagnostiek).

Na de inhoudelijke toelichting volgt een bespreking van het nieuwe probleemgeoriënteerde aanvraagformulier conform de LESA. Ten slotte maken de huisartsen van de huisartsengroep concrete afspraken over een zinnig en zuinig aanvraagbeleid. De gemiddelde tijdsduur van het dto is ongeveer 90 minuten. Bij het eerste dto krijgen de aanwezige huisartsen een exemplaar van de LESA.

Abstract

Beijer C, De Jong AM, Statius Muller I, Eysink Smeets JBE, Pronk-Admiraal C. Blood test requests after diagnostic consultation. *Huisarts Wet* 2016;59(6):434-8.

BACKGROUND The Dutch College of General Practitioners guideline 'Anaemia' provides a focused policy for requesting laboratory tests to establish a diagnosis of anaemia and is supported by the use of a problem-guided request form. In order to stimulate appropriate and cost-effective testing, clinical chemists from Atalmedial have started an anaemia diagnostic consultation for general practitioners, during which clinical chemists discuss the tests mentioned in the guideline. The aim of this study was to evaluate the effect of this diagnostic consultation on GP requests for anaemia tests.

METHOD The impact of the diagnostic consultation was assessed by comparing the number of tests requested before and after the consultation by 20 groups of GPs (in total 146 GPs) who had participated in the diagnostic consultation and 12 groups of clinical chemists (in total 93 GPs) who had not participated in the consultation. Statistical analysis was performed by means of the non-parametric Mann-Whitney U test.

RESULTS The effect of participation in the diagnostic consultation differed by region. In the Amsterdam region, participation led to a significant decrease in the number of requests for folic acid testing, whereas participation did not lead to a significant decrease in the number of tests ordered in the Haarlem region. In the Leiden region, participation led to a significant decrease in the number of requests for tests for iron, transferrin, vitamin B₁₂, and folic acid. Over the entire area covered by Atalmedial services, there was a significant decrease in the number of requests for tests for iron, transferrin, vitamin B₁₂, folic acid and thrombocytes.

CONCLUSION Participation in a diagnostic consultation led to a more appropriate and economic use of laboratory diagnostics. The changes in the policy for requesting tests are in part dependent on how medical laboratories handled test requests in the past.

Door de productiecijfers van respectievelijk voor en na het dto te vergelijken krijgen de huisartsen een indruk van de effecten van het dto op het aanvraaggedrag van een individuele huisarts en van de groep samenwerkende huisartsen. De productiecijfers betreffen overeenkomstige periodes van telkens zes maanden. De productiecijfers van na het dto worden bij een eerstvolgende dto gepresenteerd en de eerder gemaakte afspraken worden hieraan getoetst.

Naast het dto anemie verzorgt Atalmedial ook dto's over andere onderwerpen, die zijn opgehangen aan NHG-Standaarden of andere standaarden en richtlijnen. Het hierboven beschreven format wordt voor al deze dto's gebruikt. Het doel van iedere dto is het stimuleren van zinnige en zuinige laboratoriumdiagnostiek door middel van deskundigheidsbevordering.

Statistische analyse

We hebben de analyse van de gegevens uitgevoerd voor de regio's Amsterdam, Haarlem en Leiden, en voor het totale verzorgingsgebied van Atalmedial. Per regio hebben we de verschillen berekend (als mediaan) tussen het aantal aangevraagde laboratoriumbepalingen voor deelname aan het dto en dat na deelname. Hetzelfde hebben we voor de controlegroep gedaan, met het verschil dat er tussen beide periodes geen dto is gegeven. De resultaten hebben we binnen de huisartsengroepen berekend per 10.000 patiënten. Met behulp van de non-parametrische mann-whitney-U-test hebben we getoetst of de medianen van de controlegroep al dan niet significant afwijken van die van de dto-groepen. Bij $p < 0,05$ is er sprake van een significant verschil. Voor de berekeningen hebben we gebruikgemaakt van IBM SPSS Statistics 23.

RESULTATEN

Gedurende de periode 1 juni 2013 tot 1 januari 2015 hebben we van twintig dto's anemie de productiecijfers van voor en na het dto verzameld. Het betrof vier dto's uit de regio Amsterdam, tien uit de regio Haarlem en zes uit de regio Leiden. Daarnaast hebben we per regio van vier controlegroepen de productiecijfers verzameld van overeenkomstige zesmaandelijke periodes.

Aanvragen van klinisch chemische bepalingen

[Tabel 1] geeft een overzicht per regio van de veranderingen in het aanvraaggedrag van de dto-groepen en de controlegroepen. In de regio Amsterdam zien we een significante afname in het aantal aanvragen foliumzuur. In de regio Haarlem vinden we geen significante verschillen. In de regio Leiden is er sprake van een significante afname van het aantal aanvragen voor serum ijzer, transferrine, vitamine B₁₂ en foliumzuur. In het totale verzorgingsgebied van Atalmedial zien we een significante afname van het aantal aanvragen voor ijzer, transferrine, trombocyten, vitamine B₁₂ en foliumzuur. Om de interpretatie van deze getallen te vereenvoudigen hebben we de resultaten ook weergegeven in een staafdiagram. In [figuur 1] hebben we procentuele af- en toenames ten opzichte van de periode voorafgaand aan het dto weergegeven.

BESCHOUWING

Voor het hele verzorgingsgebied geldt dat deelname aan het dto anemie zorgt voor een significante afname in het aantal aanvragen voor ijzer, transferrine, trombocyten, vitamine B₁₂ en foliumzuur.

Regionale verschillen

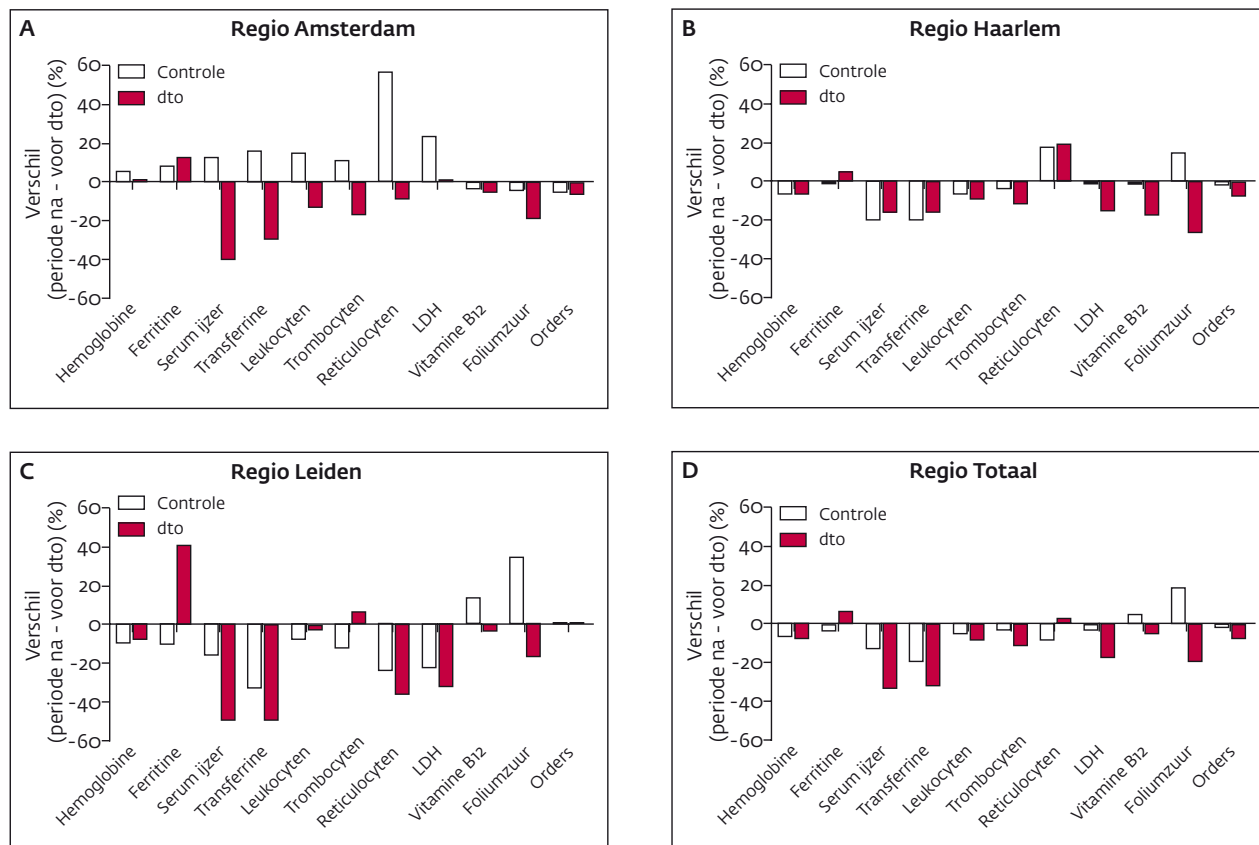
Omdat de uitgangspositie per regio niet identiek is, ontstaan er verschillen in de veranderingen in het aanvraaggedrag na

Tabel 1 Vergelijking van veranderingen in aanvraaggedrag van laboratoriumbepalingen tussen huisartsen die wel en niet aan een dto hebben deelgenomen

	Regio Amsterdam			Regio Haarlem			Regio Leiden		
	Controlegroep	dto	p-waarde	Controlegroep	dto	p-waarde	Controlegroep	dto	p-waarde
Groepen	4	4		4	10		4	6	
Totaal patiënten	55.800	61.914		89.000	206.499		68.697	99.564	
Huisartsen	31	29		34	79		28	38	
Huisartsen/groep	5 (4;13)	7 (7;8)		8 (6;12)	7 (3;14)		7 (7;7)	6 (5;8)	
Hb	42 (-55;245)	9 (-95;32)	0,686	43 (-70;32)	-56 (-221;14)	0,454	-92 (-106;-24)	-67 (-151;-10)	0,610
Ferritine	22 (-18;42)	8 (-27;76)	0,886	-2 (-28;21)	6 (-125;82)	0,733	-8 (-11;37)	28 (1;80)	0,067
Serum ijzer	16 (-11;25)	-25 (-55;-10)	0,057	-8 (-30;-6)	-22 (-69;11)	0,733	-7 (-15;1)	-31 (-61;-14)	0,019
Transferrine	4 (-9;55)	-9 (-34;0)	0,114	-8 (-30;-6)	-22 (-69;11)	0,733	-3 (-15;-3)	-31 (-61;-11)	0,038
Leukocyten	69 (-34;188)	-95 (-134;0)	0,057	-34 (-83;7)	-68 (-359;32)	0,454	-54 (-82;-25)	-24 (-170;33)	0,762
Trombocyten	45 (-39;157)	-115 (-246;15)	0,057	-13 (-114;40)	-70 (-391;-11)	0,076	-11 (-29;8)	8 (-66;139)	0,610
Reticulocyten	3 (-3;9)	0 (-5;4)	0,486	-4 (-11;4)	2 (-8;23)	0,374	-4 (-9;-1)	-3 (-74;9)	1,000
LDH	16 (-2;75)	1 (-64;48)	0,486	1 (-47;76)	-20 (-95;7)	0,304	-10 (-25;-2)	-35 (-49;9)	0,286
Vitamine B ₁₂	-1 (-69;50)	-10 (-90;-4)	0,686	-4 (-19;12)	-44 (-115;9)	0,106	21 (0;54)	-8 (-51;0)	0,010
Foliumzuur	-8 (-9;21)	-27 (-70;-16)	0,029	7 (-24;29)	-28 (-85;12)	0,076	25 (11;33)	-19 (-48;16)	0,019
Orders	-106 (-176;288)	-156 (-401;-74)	0,686	-15 (-251;78)	-147 (-560;75)	0,188	6 (-14;670)	-8 (-273;782)	0,714

Mediaan (minimum; maximum) van de verandering in het aantal aangevraagde bepalingen per regio per 10.000 patiënten binnen de huisartsengroep berekend per 10.000 patiënten. We hebben de statistische analyse met behulp van de mann-whitney-U-test gedaan. De aanvragen van het MCV hebben we niet weergegeven, deze zijn voor de regio's Amsterdam en Haarlem gelijk aan het Hb. Voor de regio Leiden zijn deze productiecijfers niet van alle huisartsengroepen bekend. Het aantal orders betreft het totaal aantal (digitale) aanvraagformulieren.

Figuur 1 Patroon van de verschillen in aantallen aanvragen (na dto – voor dto, en voor de controlegroepen) uitgedrukt in percentages, ten opzichte van de beginaantallen



het dto. In de regio Haarlem waren de ijzer- en transferrinebepaling aan elkaar gekoppeld, zodat de uitslagen van beide bepalingen altijd gerapporteerd werden. Een tweede verschil is dat huisartsen in de regio Amsterdam bij een verdenking op

anemie een volledig bloedbeeld (Hb, MCV, leukocyten, trombocyten en differentiatie van leukocyten) aanvragen. Voor het stellen van de diagnose anemie is dit meestal niet noodzakelijk. In het dto is hier specifiek aandacht aan besteed, en dit verklaart de, niet significante ($p = 0,057$), daling in het aantal aangevraagde leukocyten- en trombocytenbepalingen in de regio Amsterdam na de inzet van het dto anemie. Opvallend is dat we in de regio Haarlem geen verschillen hebben gevonden tussen de dto-groepen en de controlegroepen, wat wel het geval is in de andere regio's. We zien wel een afname in het aantal testaanvragen in de dto-groepen, maar die zien we ook in de controlegroepen. Een mogelijke verklaring is dat andere vormen van nascholing een rol spelen. De gevonden resultaten zijn volgens ons representatief voor Nederland: het verzorgingsgebied van Atalmedial strekt zich uit van Heemskerk tot Leiden en van Amsterdam tot Katwijk, waar mensen van verschillende afkomst wonen, in zowel stedelijk als landelijk gebied.

Wat is nieuw

Het dto-format zoals door ons gebruikt, maakt gebruik van persoonlijke feedback, feedback van directe collega's, het spiegelen aan een referentiegroep, directe koppeling van de NHG-Standaard met het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier conform de LESA en als laatste terugkoppeling naar aanleiding van de vastgelegde afspraken. Andere onderzoe-

Totaal		
Controlegroep	dto	p-waarde
12	20	
213.497	367.977	
93	146	
7 (4;13)	7 (3;14)	
-41 (-106;245)	-60 (-221;32)	0,366
-2 (-28;42)	9 (-125;82)	0,604
-6 (-30;25)	-28 (-69;11)	0,003
-5 (-30;55)	-22 (-69;11)	0,021
-29 (-83;188)	-66 (-359;33)	0,083
-8 (-114;157)	-60 (-391;139)	0,021
-1 (-11;9)	0 (-74;23)	0,632
-2 (-47;76)	-24 (-95;48)	0,059
10 (-69;54)	-12 (-115;9)	0,005
9 (-24;33)	-26 (-85;16)	< 0,001
-14 (-251;670)	-131 (-560;782)	0,079

ken maken gebruik van een aangepast aanvraagformulier om de huisartsen te beïnvloeden of van nascholingsbijeenkomsten.^{4,5} Een belangrijk verschil met ons onderzoek is dat wij gebruikmaken van verschillende vormen van feedback over het eigen aanvraaggedrag. Bij een derde onderzoek probeert men het aanvraaggedrag van de huisartsen te beïnvloeden via persoonlijke feedback, intercollegiale toetsingsbijeenkomsten en een vergelijking met richtlijnen.⁶ Wij hanteren dezelfde aanpak en gebruiken daarnaast de vergelijking met een referentiegroep en een directe koppeling van de NHG-Standaard met het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier conform de LESA.

Aandachtspunten

Uit onze resultaten blijkt dat het aanvraaggedrag na het dto op een aantal punten is veranderd, waar tijdens het dto specifiek aandacht aan is besteed. Dat huisartsen minder ijzer, transferrine, foliumzuur en vitamine B₁₂ aanvragen wijst op een zinniger en zuiniger aanvraagbeleid. Een vermindering van het aantal aanvragen kunnen we niet direct vertalen naar betere kwaliteit, omdat we geen informatie hebben over de klinische vraagstelling. De afname in het aantal aanvragen van serum ijzer en transferrine, LDH (geen significante afname) en trombocyten (een volledig bloedbeeld) wijst echter wel in de richting van kwaliteitsverbetering.

De NHG-Standaard Anemie (2014)

In oktober 2014 is de nieuwe NHG-Standaard Anemie verschenen.⁷ In deze nieuwe Standaard is de aanvullende diagnostiek op basis van de morfologische indeling in micro-, normo- en macrocytaire anemie vervallen. Deze indeling is vervangen door een pathofysiologische indeling op basis van een verminderde of verstoorde aanmaak of verhoogde afbraak. De nieuwe NHG-Standaard Anemie (2014) besteedt aandacht aan de rol van de nierfunctie in de productie van erytropoëtiene en de effecten hiervan op de erytropoëse. Beide onderwerpen waren al opgenomen in onze dto anemie (zie onder 'Methode'). We hebben het dto-format daarom niet hoeven aanpassen en de door ons gevonden effecten van deelname aan het dto zijn ook van toepassing nu de nieuwe NHG-Standaard Anemie (2014) in gebruik is genomen. Sinds 2015 gaan we in het dto anemie uit van deze nieuwe NHG-Standaard Anemie.

Statistische analyse

We kozen ervoor om de verschillen tussen de periode voor en na het al dan niet gevolgde dto te vergelijken bij controlegroepen en dto-groepen, en niet enkel te kijken naar de veranderingen in de dto-groepen. Op deze manier kunnen we mogelijke confounders ondervangen. Confounders zijn bijvoorbeeld andere vormen van nascholing, intercollegiaal overleg, enzovoort. We gaan ervan uit het bij de dto-groepen en de controlegroepen om dezelfde confounders gaat en dat we daarom het effect van het dto zelf meten. Andere factoren kunnen echter ook een rol spelen, zoals verandering in de patiëntenpopulatie gedurende de onderzoeksperiode, huisartsen in opleiding of plaatsver-

vangende huisartsen die gebruikmaken van de AGB-code van de praktijkhoudend huisarts.

Ervaringen

Scholing door middel van deelname aan dto's wint in Nederland aan populariteit. Deelname aan een dto, waarbij naast bijscholing ook aandacht is voor feedback of begeleiding bij het aanvraagbeleid van laboratoriumdiagnostiek leidt tot een zinniger en zuiniger aanvraagbeleid.⁵⁻¹⁰ Uiteraard staan hier ook kosten tegenover en een kritische houding vanwege de forse inspanning lijkt ook gerechtvaardigd.¹¹ Ondanks deze extra inspanning zijn de klinisch chemici van Atalmedial in 2013 begonnen met de toepassing van dto's. De deelnemers zijn positief over de dto's. De sfeer tijdens de bijeenkomsten is veelal uitstekend en het onderling vergelijken van de productiecijfers verloopt in een open sfeer en wordt door de huisartsen als verfrissend ervaren. Atalmedial beschouwt het dto als een nuttige vorm van nascholing, heeft het aantal onderwerpen inmiddels uitgebreid en geeft nu op jaarbasis circa dertig dto's.

CONCLUSIE

Deelname aan het dto anemie leidt bij huisartsen tot een zinniger en zuiniger aanvraagbeleid voor laboratoriumdiagnostiek. De wijzigingen in het aanvraagbeleid zijn mede afhankelijk van de wijze waarop de diverse klinisch chemische laboratoria in het verleden met het aanvraagbeleid zijn omgegaan. Huisartsen krijgen in het dto anemie de gelegenheid het eigen aanvraaggedrag te toetsen aan dat van hun directe collega's en aan een groep huisartsen die al langer bekend is met het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier conform de LESA. ■

LITERATUUR

- 1 Geldrop W, Lucassen PBLJ, Smithuis LOMJ. Een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. Effecten op het aanvraaggedrag door huisartsen. Huisarts Wet 1992;35:192-6.
- 2 Labots-Vogelzang SM, Ten Boekel E, Rutten WPF, Weel JFL, Guldmond FI, Hens JH, et al. LESA. Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. Utrecht: NHG; 2012.
- 3 Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Silvertand WCJ, Pijnenburg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. Huisarts Wet 2003;46:21-9.
- 4 Zaat JOM, Van Eijk JThM, Bonte HA. Mag het ook een testje minder? De invloed van een beperking van het aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. Huisarts Wet 1991;34:72-7.
- 5 Axt-Adam P, Van der Wouden JC, Hoek H, Van der Does E. Het effect van nascholing op het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door huisartsen. Huisarts Wet 1993;36:451-4.
- 6 Verstappen WH, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermesen J, Grimshaw, et al. Diagnostisch toetsoverleg (dto) vermindert overbodig gebruik aanvullende diagnostiek door huisartsen. Huisarts Wet 2004;47:127-32.
- 7 NHG-werkgroep Anemie. NHG-Standaard Anemie. Huisarts Wet 2014;57:528-36.
- 8 Sood R, Sood A, Gosh AK. Non-evidence-based variables affecting physician's test ordering tendencies: a systematic review. Neth J Med 2007;65:167-77.
- 9 Verstappen WH, Van Merode F, Grimshaw J, Dubois WI, Grol RP, Van der Weijden T. Comparing cost effects of two quality strategies to improve test ordering in primary care: a randomized trial. Int J Qual Health Care 2004;16:391-8.
- 10 Bunting PS, Van Walraven C. Effect of a controlled feedback intervention on laboratory test ordering by community physicians. Clin Chem 2004;50:321-6.
- 11 Zaat JOM. Moet testgebruik wel verbeterd worden? Huisarts Wet 2004;47:126.



STOPP-START-criteria kunnen medicatiebeoordeling niet vervangen

Samenvatting

Verdoorn S, Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Screening met STOPP-START-criteria kan medicatiebeoordeling niet vervangen bij thuiswonende ouderen. *Huisarts Wet* 2016;59(10):439-42.

ACHTERGROND De STOPP- en START-criteria zijn opgesteld om ten onrechte gebruikte en ten onrechte achterwege gebleven medicatie bij ouderen op te sporen. Of daarmee alle farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's) kunnen worden opgespoord is echter nog niet onderzocht. Wij gingen na in hoeverre de STOPP- en START-criteria te vergelijken zijn met een volledige medicatiebeoordeling.

METHODE Eénentwintig apothekers uit 13 apotheken in Zuidwest-Nederland voerden in 2011 samen met 65 huisartsen een volledige medicatiebeoordeling uit bij 457 thuiswonende 65-plussers die minimaal vijf geneesmiddelen gebruikten. Wij voerden een retrospectief dossieronderzoek uit in een geanonimiseerde database met de FTP's van deze patiënten. Primaire uitkomsten waren aantal, type en implementatiegraad van de FTP's waarop STOPP-START-criteria van toepassing waren.

RESULTATEN De mediane leeftijd van de patiënten was 77 jaar (interkwartielafstand 73-81) en 60% was vrouw. Van de 1656 in de database vastgelegde FTP's was 81% niet te identificeren met de STOPP-START-criteria. START-criteria waren vaker van toepassing op de FTP's dan STOPP-criteria (13 versus 5,7%; $p < 0,01$), maar de implementatiegraad van STOPP-criteria was hoger (56 versus 39%; $p < 0,01$). Aanbevelingen die geen verband hielden met de STOPP-START-criteria werden echter het vaakst doorgevoerd (66%; $p = 0,047$).

CONCLUSIE Een volledige medicatiebeoordeling volgens de impliciete methode, die berust op medische kennis en een gestructureerd gesprek met de patiënt, is de beste methode voor het opsporen van farmacotherapiegerelateerde problemen bij ouderen in de eerste lijn. Expliciete screeningsmethoden, zoals de STOPP-START-criteria, kunnen als hulpmiddel worden gebruikt.

INLEIDING

Bij ouderen verhoogt polyfarmacie het risico op bijwerkingen.¹ Maar niet alleen ongewenst medicatiegebruik is een probleem bij oudere patiënten; er kunnen juist ook problemen ontstaan doordat noodzakelijke preventieve medicatie ontbreekt.² Dit soort problemen worden wel 'farmacotherapiegerelateerde problemen' (FTP's) genoemd.

Er zijn verschillende screeningsmethoden ontwikkeld om FTP's bij ouderen op te sporen. Er zijn impliciete methoden, zoals het in Nederland ontwikkelde Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP), en expliciete methoden zoals de in Engeland en Ierland ontwikkelde Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) en Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START).^{3,4} De STOPP-START-criteria bestaan uit lijsten van geneesmiddelen die potentieel ongeschikt zijn voor ouderen, bijvoorbeeld langwerkende ben-

zodiazepinen vanwege valgevaar. Er zijn ook screeningslijsten ontwikkeld waarmee men kan controleren of noodzakelijke preventieve medicatie ontbreekt, bijvoorbeeld cholesterolverlagers bij diabetes.⁵

De expliciete screeningsmethoden zijn in het algemeen gebaseerd op de vigerende richtlijnen en zijn doorgaans eenvoudig toe te passen als checklist bij een medicatiebeoordeling. Ze kunnen ook ingebouwd worden in zorginformatiesystemen, als geautomatiseerde beslissingsondersteuning. In Nederland zijn de STOPP-START-criteria de meestgebruikte expliciete screeningsmethoden.⁶ De eerste versie van STOPP bevat een lijst met 65 potentieel ongeschikte middelen en groepen van middelen, START bevat een lijst van 22 mogelijke omissies bij patiënten met bepaalde aandoeningen.^{4,5,7}

Impliciete screeningsmethoden zoals STRIP berusten op een structurele analyse van de medicatie en de aandoeningen van een patiënt. Zo'n volledige medicatiebeoordeling wordt

Wat is bekend?

- Medicatiebeoordelingen verminderen het aantal farmacotherapiegerelateerde problemen bij ouderen.
- Er zijn impliciete en expliciete screeningsmethoden om farmacotherapiegerelateerde problemen vast te stellen.
- Impliciete methoden zijn gebaseerd op een gesprek met de patiënt, doen een beroep op medische kennis en zijn tijdrovend; expliciete methoden, zoals de STOPP-START-criteria, zijn gebaseerd op screeningslijsten.

Wat is nieuw?

- Systematisch uitvragen bij een volledige medicatiebeoordeling, zoals de STRIP-methode, spoort het grootste aantal farmacotherapiegerelateerde problemen op.
- STOPP-START-criteria identificeren slechts een vijfde van de problemen die bij een volledige medicatiebeoordeling worden ontdekt, en kunnen hooguit ondersteunend zijn.
- Problemen die geassocieerd zijn met STOPP-START-criteria worden minder vaak opgelost dan andere farmacotherapiegerelateerde problemen.
- De START-criteria zijn vaker toepasbaar dan de STOPP-criteria.

SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Theda Mansholtstraat 5b, 2331 JE Leiden: S. Verdoorn, MSc, apotheker-onderzoeker; prof.dr. M. Bouvy, hoogleraar Farmacologische patiëntenzorg (beiden tevens verbonden aan het Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences van de Universiteit Utrecht); dr. H-F Kwint, apotheker-onderzoeker; dr. A. Faber, apotheker-onderzoeker, LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Eerstelijns-geneeskunde • Correspondentie: s.verdoorn@sirtevenshof.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • De medicatiebeoordelingen in dit onderzoek werden vergoed door zorgverzekeraar VGZ; andere externe financiering werd niet ontvangen.

Dit artikel verscheen eerder als: Verdoorn S, Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Majority of drug-related problems identified during medication review are not associated with STOPP/START criteria. *Eur J Clin Pharmacol* 2015;71:1255-62 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

beschreven in de *Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen*.³ Op basis van een gesprek met de patiënt aan de hand van een gestructureerde vragenlijst over diens medicatie, beoordelen apotheker en arts systematisch welke geneesmiddelen geen indicatie (meer) hebben, voor welke indicatie medicatie ontbreekt, of de gebruikte middelen effectief en veilig zijn en of er gebruiksproblemen zijn.⁸ STRIP is in de praktijk succesvol gebleken, maar vereist uitgebreide klinische en farmacologische kennis van de uitvoerders en is tijdrovend.^{6,9-12}

Nog niet eerder is onderzocht of men met impliciete dan wel expliciete screeningsmethoden vergelijkbare FTP's op het spoor komt. Daarom onderzochten wij of de FTP's die opgespoord waren tijdens een medicatiebeoordeling ook zouden zijn gevonden met de STOPP-START-lijsten.

METHODE

Dit onderzoek was een retrospectief dossieronderzoek. Apothekers in Zuidwest-Nederland voerden in 2011 een medicatiebeoordeling uit bij thuiswonende 65-plussers die minimaal vijf geneesmiddelen gebruikten. De apothekers hadden daartoe een speciale training gevolgd. Na toestemming van de patiënt verstrekten de huisarts alle benodigde medische gegevens,

waaronder episodelijst en laboratoriumwaarden. De apotheker voerde een gesprek met de patiënt en beoordeelde de aanwezigheid van mogelijke FTP's. Na overleg met de huisarts werden deze problemen met de patiënt besproken. Wanneer arts en apotheker het eens waren over de noodzaak van wijzigingen of van aanvullend onderzoek, werden deze interventies in overleg met de patiënt doorgevoerd.

Wij analyseerden de uitkomsten van deze volledige medicatiebeoordelingen. Daartoe werden alle FTP's, geneesmiddelen, voorstellen en wijzigingen vastgelegd in een speciaal ontwikkelde, geanonimiseerde database; de onderzoekers hadden verder geen contact met patiënten. Twee onderzoekers (HK en SV) pasten onafhankelijk van elkaar de eerste Nederlandstalige versie van de STOPP-START-criteria toe op reeds geïdentificeerde FTP's.^{3,6} Eventuele verschillen werden besproken totdat consensus werd bereikt.

Primaire uitkomstmaten van ons onderzoek waren het aantal reeds geïdentificeerde FTP's dat gerelateerd was aan STOPP- en START-criteria, en hun type en implementatiegraad. De FTP's werden geclassificeerd volgens het Australische DOCUMENT-systeem.¹³ De implementatiegraad werd gedefinieerd als het percentage van de aanbevelingen dat

Tabel 1 Farmacotherapiegerelateerde problemen bij patiënten van 65 jaar en ouder, geïdentificeerd met een volledige medicatiebeoordeling en daarna in retrospectief dossieronderzoek volgens de STOPP- en de START-criteria

Problemen en interventies		Volledige medicatiebeoordeling		STOPP		START		Gemist met STOPP en START	
		n		n	%	n	%	n	%
D	Geneesmiddelkeuze	303		59	19%	5	2%	239	79%
	• dubbelmedicatie	20		17	85%	–	–	3	15%
	• interactie	11		1	9%	–	–	10	91%
	• contra-indicatie	16		7	44%	2	13%	7	44%
	• geen indicatie aanwezig	256		34	13%	3	1%	219	86%
O	Over- of onderdosering	200		1	1%	–	–	199	99%
	• te hoog gedoseerd	64		1	2%	–	–	63	99%
	• te laag gedoseerd	52		–	–	–	–	52	100%
	• verkeerd of onduidelijk gedoseerd	84		–	–	–	–	84	100%
C	Therapietrouw	142		1	1%	2	1%	139	98%
	• ondergebruik	72		1	1%	2	3%	69	96%
	• overgebruik	8		–	–	–	–	8	100%
	• gebruiksongemak	62		–	–	–	–	62	100%
U	Onderbehandeling	507		13	3%	205	40%	289	57%
	• ziekte niet optimaal behandeld	380		12	3%	153	40%	215	57%
	• ziekte niet behandeld	127		1	1%	52	41%	74	58%
M	Monitoring	222		–	–	1	1%	221	99%
	• laboratoriumonderzoek	152		–	–	–	–	152	100%
	• aanvullend onderzoek	70		–	–	1	1%	69	99%
E	Voorlichting	62		–	–	–	–	62	100%
	• ziektemanagement of advies	62		–	–	–	–	62	100%
N	Niet-klinisch	55		1	2%	–	–	54	98%
	• overige problemen	55		1	2%	–	–	54	98%
T	Bijwerkingen	165		19	12%	1	1%	145	88%
	• bijwerking of allergische reactie	165		19	12%	1	1%	145	88%
Totaal		1656		94	6%	214	13%	1348	81%

STOPP = Screening Tool of Older Persons' Prescriptions; START = Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment. Classificatie van farmacotherapiegerelateerde problemen en klinische interventies volgens het DOCUMENT-systeem.¹³

geheel of gedeeltelijk werd doorgevoerd (bijvoorbeeld dosiswijziging van een geneesmiddel na een voorstel om te stoppen).

RESULTATEN

Wij analyseerden 1656 medicatiebeoordelingen, uitgevoerd door 21 apothekers uit 13 apotheken samen met 65 huisartsen bij 457 patiënten. De mediane leeftijd van de patiënten was 77 jaar (interkwartielafstand 73-81) en 60% was vrouw. De patiënten gebruikten gemiddeld 8,7 geneesmiddelen (SD 3,2). De meestgebruikte geneesmiddelgroepen waren antirombotica (69%) en RAS-remmers (68%).

In totaal werden er 1656 FTP's gevonden (gemiddeld 3,2 per patiënt; SD 2,1). Slechts 19% van deze problemen kon in verband gebracht worden met een STOPP- of START-criterium. START-criteria werden tweemaal zo vaak gevonden als STOPP-criteria (13 versus 5,7%; $p < 0,01$), maar hun implementatiegraad was significant lager (39 versus 56%, $p < 0,01$). De aanbevelingen die het meest doorgevoerd waren, waren echter niet gerelateerd aan STOPP-START-criteria (66%; $p = 0,047$).

De meest voorkomende FTP's waren 'aandoening niet optimaal behandeld' ($n = 5380$) en 'geen indicatie meer' ($n = 256$) [tabel 1]. In 86% van de gevallen waar 'geen indicatie meer' werd vastgesteld en in 57% van de gevallen van 'aandoening niet optimaal behandeld' kon dit niet herleid worden tot een STOPP- respectievelijk START-criterium.

Bij de interventies die het vaakst voorkwamen, namelijk stoppen of starten met een geneesmiddel, vonden wij in de meeste gevallen geen toepasselijk STOPP- of START-crite-

rium. De meest voorkomende reden om te stoppen was dat het geneesmiddel niet meer geïndiceerd was voor de patiënt (186/338, 55%). De meest voorkomende reden om een geneesmiddel te starten was dat tijdens het patiëntgesprek een onbehandelde klacht naar voren kwam, zoals pijn, jeuk of kortademigheid (32/275, 12%).

Van de 65 beschikbare STOPP-criteria waren er 25 aanwezig in de geïdentificeerde FTP's, en daarvan waren er negen goed voor 82% van het totaal aantal met STOPP-criteria geïdentificeerde FTP's.

Van de 22 beschikbare START-criteria waren er 18 aanwezig in de geïdentificeerde FTP's en waarvan waren er tien goed voor 89% van het totaal aantal met START-criteria geïdentificeerde FTP's. De top tien criteria zijn weergegeven in [tabel 2].

BESCHOUWING

Dit onderzoek toont aan dat de overgrote meerderheid (81%) van de farmacotherapeutische problemen die bij een impliciete medicatiebeoordeling werden geïdentificeerd, gemist zou worden met de expliciete STOPP-START-criteria. Bovendien hadden de aanbevelingen die niet gekoppeld waren aan STOPP-START-criteria een hogere implementatiegraad dan de aanbevelingen die wel daaraan gekoppeld waren. START-criteria waren tweemaal zo vaak van toepassing op de gesignaleerde FTP's als STOPP-criteria, maar de implementatiegraad van de adviezen bij STOPP-criteria was hoger dan die van de adviezen bij START-criteria.

Het starten of stoppen van een geneesmiddel was de meest

Tabel 2 Top tien START- en STOPP-criteria en hun implementatiegraad

Criteria	Aantal FTP's	Implementatiegraad
START		
calcium en vitamine D bij osteoporose of verhoogd risico	58	57%
statine bij coronaire, cerebrale of perifere arteriële symptomen in de voorgeschiedenis	31	26%
bètablokker bij angina pectoris, acuut myocardinfarct of stabiel chronisch hartfalen	20	15%
protonpompremmers bij gebruik van acetylsalicylzuur of NSAID en risicofactoren of reflux	19	79%
bisfosfonaten bij corticosteroiden of osteoporose	16	13%
statine bij diabetes mellitus	13	23%
ACE-remmer bij chronisch hartfalen	9	44%
metformine bij type-2-diabetes of metabool syndroom	9	22%
ACE-remmer of AT2-antagonist bij diabetes en nefropathie	8	50%
antihypertensiva bij systolische bloeddruk >160 mmHg	8	25%
STOPP		
dubbelmedicatie	19	47%
benzodiazepinen bij valrisico	12	67%
vaatverwijders bij valrisico	12	50%
langdurig gebruik (> 1 maand) van langwerkende benzodiazepinen	7	71%
salicylaten zonder duidelijke indicatie	6	33%
oestrogen zonder progestagenen bij patiënten met intacte uterus	5	100%
NSAID's bij hartfalen	5	80%
langdurig gebruik van NSAID's of colchicine als onderhoudsbehandeling bij jicht	5	80%
niet selectieve bètablokkers bij diabetes en regelmatige hypoglykemie	3	67%
langwerkende opiaten bij valrisico	2	50%

ACE = angiotensineconverterend enzym; AT2 = angiotensine-2; FTP = farmacotherapiegerelateerd probleem; NSAID = non-steroidal anti-inflammatory drug; STOPP = Screening Tool of Older Persons' Prescriptions; START = Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment.

voorkomende interventie die uit de medicatiebeoordelingen voortvloeide. De belangrijkste reden om te stoppen met een geneesmiddel was dat er geen indicatie meer was, de belangrijkste reden om te starten was een niet-behandelde klacht die gesignaleerd werd in het patiëntgesprek. Dit maakt direct duidelijk dat de meeste problemen alleen kunnen worden ontdekt met de impliciete screeningsmethode die bestaat uit een patiëntgesprek gevolgd door een gestructureerde evaluatie van de medische en medicatiegegevens door arts en apotheker samen.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van ons onderzoek was de goed gedocumenteerde beschrijving van FTP's en aanbevelingen, die een retrospectieve identificatie van de STOPP- en START-criteria mogelijk maakte. Een tweede sterk punt is dat we gegevens uit routinematig uitgevoerde medicatiebeoordelingen hebben gebruikt, waarbij een groot aantal apothekers, huisartsen en patiënten betrokken waren. Onze resultaten lijken daarvoor representatief voor de dagelijkse praktijk.

Een beperking van ons onderzoek was dat de onderzoekers geen toegang hadden tot de medische dossiers met diagnoses en laboratoriumwaarden. Een beperkt aantal STOPP-criteria kan alleen vastgesteld worden met zulke informatie.¹⁴ We hebben dus niet kunnen nakijken hoeveel FTP's gebaseerd op STOPP-START-criteria gemist waren door de apothekers. Desondanks waren STOPP-criteria van toepassing op 18% van de patiënten in ons onderzoek, slechts iets minder dan in een ander, vergelijkbaar onderzoek in de eerste lijn.¹⁵

Een tweede zwak punt is dat de apothekers geen specifieke opleiding gevolgd hadden in de toepassing van STOPP-START-criteria. Ze hadden echter wel een scholing gevolgd in de richtlijnen die ten grondslag liggen aan deze criteria. Het blijft echter mogelijk dat de apothekers met uitgebreidere kennis van de STOPP-START-criteria extra FTP's hadden kunnen identificeren.

Een laatste beperking is dat inmiddels een herziene versie van de STOPP-START-criteria verschenen is waarin criteria zijn toegevoegd en verwijderd.⁶ Bij deze herziening zijn ook criteria toegevoegd met een meer impliciet karakter, zoals het STOPP-criterium 'elk geneesmiddel waarvoor geen duidelijke indicatie meer bestaat'. Naar ons idee maakt deze tweede versie echter geen groot verschil voor de uitkomsten van dit onderzoek.

Implicaties

Hoewel de STOPP-START-criteria slechts van toepassing zijn op een minderheid van alle FTP's die kunnen worden opge-

spoord bij een medicatiebeoordeling in de eerste lijn, kunnen met name de START-criteria toch een bruikbare aanvulling zijn. Het inbouwen van dergelijke criteria in informatiesystemen zou de medicatiebeoordeling kunnen vergemakkelijken. Een lijst met expliciete criteria kan echter nooit de plaats innemen van een medicatiebeoordeling die arts, apotheker en patiënt gezamenlijk betreft in het opsporen en oplossen van om de meest relevante FTP's.

CONCLUSIE

Een medicatiebeoordeling volgens de impliciete methode, die berust op een gestructureerd gesprek met de patiënt, is de beste methode voor het opsporen van farmacotherapiegerelateerde problemen bij ouderen in de eerste lijn. Expliciete screeningsmethoden, zoals de STOPP-START-criteria, kunnen als hulpmiddel worden gebruikt. ■

LITERATUUR

- Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994;272:292-6.
- Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:200-9.
- Levy HB, Marcus EL, Christen C. Beyond the Beers criteria: A comparative overview of explicit criteria. *Ann Pharmacother* 2010;44:1968-75.
- Vermeulen Windsant-van den Tweel AM, Verduijn MM, Derijks HJ, van Marum RJ. Detectie van ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen: Worden de STOPP- en START-criteria de nieuwe standaard? *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A5076.
- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44:213-8.
- Van Marum R, Verduijn MM, de Vries-Moeselaar AC, van Barneveld TA, Boersma F, Kwint H-F, et al. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
- Kwint H-F, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Optimaliseren geneesmiddelengebruik door ouderen. *Huisarts Wet* 2015;58:134-8.
- Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;10:CD008165.
- Viswanathan M, Kahwati LC, Golin CE, Blalock SJ, Coker-Schwimmer E, Posey R, et al. Medication therapy management interventions in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175:76-87.
- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
- Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems: a pragmatic randomized controlled study. *Drugs Aging* 2011;28:305-14.
- Williams M, Peterson GM, Tenni PC, Bindoff IK, Stafford AC. DOCUMENT: a system for classifying drug-related problems in community pharmacy. *Int J Clin Pharm* 2012;34:43-52.
- Ryan C, O'Mahony D, O'Donovan DO, O'Grady E, Weedle P, Kennedy J, et al. A comparison of the application of STOPP/START to patients' drug lists with and without clinical information. *Int J Clin Pharm* 2013;35:230-5.
- Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, Weedle P, Byrne S. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol* 2009;68:936-47.

Behandeling van hypertensie bij de oudste ouderen

Samenvatting

Poortvliet RKE, De Ruijter W, Gussekloo J. Behandeling van hypertensie bij de oudste ouderen. *Huisarts Wet* 2016;59(10):443-6.

De prevalentie van hypertensie is het hoogst in de oudere populatie, maar juist bij die oudere patiënten zijn nut en noodzaak van het monitoren van de bloeddruk en de behandeling van hoge bloeddruk onduidelijk. In deze beschouwing bespreken we bloeddruk als risicofactor en gaan we in op de effectiviteit van preventieve behandeling van hoge bloeddruk bij de oudste ouderen. Het adagium 'hoe lager, hoe beter' gaat bij oudste ouderen zeker niet altijd op. Uit observationele onderzoeken blijkt een lage en dalende bloeddruk samen te hangen met een hogere sterfte, ook als er geen sprake is van manifest hartfalen. Kwetsbaarheid of biologische leeftijd speelt mogelijk een rol in deze 'omkering van de risicovoorspelling'. Het wetenschappelijk bewijs voor een gunstig effect van behandeling van hoge bloeddruk bij ouderen is niet eenduidig. Bij gezonde ouderen lijkt een bloeddrukverlagende behandeling effectief; echter: hoe kwetsbaarder, hoe minder effectief. Er past hier dus geen 'one-size-fits-all'-beleid. Een streefwaarde van 150/80 mmHg, of mogelijk nog lager, lijkt aan te raden voor de 'gezonde' oudere patiënt, zoals de deelnemers uit de gerandomiseerde onderzoeken. Naarmate een patiënt kwetsbaarder is, meer fysieke beperkingen heeft en biologisch ouder wordt ingeschat, zouden wij juist terughoudender moeten zijn met de indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling, en is bij behandeling de streefwaarde van de bloeddruk hoger.

INLEIDING

Huisartsen en praktijkondersteuners monitoren steeds vaker het cardiovasculaire risicoprofiel van hun patiënten. Vaak geldt voor cardiovasculaire preventieve behandeling 'eenmaal begonnen, nooit meer gestopt'. De prevalentie van hypertensie is het hoogst in de oudere populatie, maar juist bij die ou-

De kern

- In de oudere populatie gaat het adagium 'hoe lager de bloeddruk, hoe beter' zeker niet altijd op.
- Er is geen 'one-size-fits-all'-beleid voor bloeddrukverlagende behandeling.
- Een streefwaarde van 150/80 mmHg lijkt aan te raden voor de 'gezonde' oudere patiënt, conform de huidige aanbevelingen in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Recent onderzoek toont aan dat bij de 'gezonde' oudere patiënt mogelijk een nog intensievere bloeddrukbehandeling aan te raden is.
- Naarmate een patiënt kwetsbaarder is, meer fysieke beperkingen heeft en biologisch ouder wordt ingeschat zouden wij juist terughoudender moeten zijn met de indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling en is de streefwaarde van de bloeddruk hoger.

dere patiënten zijn nut en noodzaak van het monitoren van de bloeddruk voor huisartsen minder duidelijk dan bij patiënten op middelbare leeftijd.¹ Huisartsen worstelen met dit vraagstuk. Welke bloeddruk is de juiste bloeddruk bij patiënten op hoge leeftijd? Heeft bloeddrukverlagende behandeling zin? Welke streefwaarde houden we dan aan?

BLOEDDRUK ALS RISICOFACITOR

Al tientallen jaren is er discussie over de rol van (een hoge) bloeddruk als risicofactor bij oudere patiënten. De tegenstrijdigheid in de resultaten van zowel observationele als gerandomiseerde onderzoeken speelt daarin een belangrijke rol. Enkele observationele onderzoeken naar de relatie tussen bloeddruk en risico op hart- en vaatziekten bij de oudste ouderen hebben aangetoond dat er sprake is van een omgekeerde relatie: een *hoge* systolische bloeddruk hangt samen met een *lagere* sterfte.^{2,3} Het adagium 'hoe lager, hoe beter' lijkt bij ouderen dus niet altijd op te gaan.

Men heeft verschillende redenen genoemd voor deze omgekeerde relatie. Omdat hartfalen samenhangt met een lagere bloeddruk en met een verhoogde sterfte heeft men wel gesuggereerd dat (subklinisch) hartfalen verantwoordelijk is voor deze 'omkering van de risicovoorspelling'. Deze hypothese is onderzocht bij negentigjarige deelnemers van de Leiden 85-plus Studie.⁴ Doel was om te onderzoeken of hoge systolische bloeddruk een hoger risico op sterfte voorspelt bij de oudste ouderen zonder hartfalen, wat zou moeten blijken uit een laag-normaal NT-proBNP. De aan- of afwezigheid van hartfalen (afgemeten aan de hoogte van het NT-proBNP) bleek geen invloed te hebben op de samenhang tussen een *lage* systolische bloeddruk en een *hoger* sterfterisico. Hartfalen is dus niet (alleen) de oorzaak van de verandering in prognostische waarde van bloeddruk wat betreft hart- en vaatziekte en sterfterisico op hogere leeftijd. Wat dan wel?

Een tweede, alternatieve hypothese is dat de 'omkering van de risicovoorspelling' samenhangt met de aanwezigheid van kwetsbaarheid of hoge biologische leeftijd. Hierbij zou het verband tussen bloeddruk en het risico op hart- en vaatziekten en sterfte verschillend kunnen zijn in subgroepen van kwetsbaarheid of hoge biologische leeftijd. Deze hypothese is in een aantal onderzoeken getoetst. Uit het LASA-onderzoek (Longitudinal Ageing Study Amsterdam) bleek dat een lage diastolische bloeddruk (in vergelijking met een hoge diastolische bloeddruk) samenhang met een hoger sterfterisico, voor-

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr. R.K.E. Poortvliet, huisarts-onderzoeker; dr. W. de Ruijter, huisarts-onderzoeker (tevens wetenschappelijk medewerker bij het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht); prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Eerstelijngeneeskunde • Correspondentie: r.k.e.poortvliet@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift: Poortvliet RKE. New perspectives on cardiovascular risk prediction in old age. Leiden: LUMC, 2015.

al bij de oudste ouderen en biologisch oudere patiënten (met een beperking in fysiek en cognitief functioneren).⁵ Een onderzoek onder de oudste ouderen naar de samenhang tussen bloeddruk en het ontstaan van CVA heeft aangetoond dat dit verband afhankelijk is van het fysiek en cognitief functioneren: bij de oudste ouderen met een beperking in fysiek en cognitief functioneren hing een *lage* bloeddruk samen met een *hoger* risico op het krijgen van een CVA.⁶ Een ander onderzoek heeft loopsnelheid gebruikt als indicator voor kwetsbaarheid en biologische leeftijd.⁷ Dit heeft aangetoond dat bij vitale ouderen met een relatief hoge loopsnelheid een hoge bloeddruk samenhangt met een hoger sterfterisico. Bij kwetsbare ouderen (degenen met een lagere loopsnelheid die de looptest niet konden afmaken) gaf juist een lagere bloeddruk een hoger sterfterisico. Samenvattend kunnen we stellen dat deze onderzoeken een eerste inzicht geven in de mogelijke invloed van kwetsbaarheid/biologische leeftijd op de samenhang tussen bloeddruk en het risico op hart- en vaatziekten en sterfte in de oudere populatie. Zou dit ook betekenen dat het effect van bloeddrukverlagende behandeling op hart- en vaatziekten en sterfte verschillend is voor deze groepen patiënten?

Een ander onderzoek uit de Leiden 85-plus Studie had als doel te onderzoeken of het beloop van de bloeddruk over tijd (vijf jaar) mogelijk meer informatie oplevert dan een enkelvoudige bloeddrukmeting.⁸ De belangrijkste bevinding was dat zowel een over de voorafgaande vijf jaar dalende systolische bloeddruk als een actuele lage systolische bloeddruk beide onafhankelijk bijdragen aan de voorspelling van een hoger sterfterisico op zeer hoge leeftijd, onafhankelijk van het gebruik van bloeddrukverlagende medicatie en de aan- of afwezigheid van comorbiditeit. Ook dit observationele onderzoek suggereert dat het adagium 'hoe lager, hoe beter' op zeer hoge leeftijd niet opgaat. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen

of het staken of verminderen van bloeddrukverlagende medicatie in dit geval het sterfterisico kan verlagen.

WANNEER PREVENTIEVE BEHANDELING?

Wanneer we rekening houden met de huidige drempel om preventieve medicatie te starten bij personen met behandelbare risicofactoren (een systolische bloeddruk van 140 mmHg en hoger, en/of een LDL boven de 2,5 mmol/l) en een cardiovasculair (absoluut) tienjaarsrisico tussen de 10 en 20% met risicoverhogende factoren of een cardiovasculair (absoluut) tienjaarsrisico $\geq 20\%$,⁹ dan komen praktisch alle personen van 75 jaar en ouder in aanmerking voor preventieve medicatie. Dit betekent dat oudere personen alleen al op grond van het leeftijdgerelateerde absolute risico preventieve medicatie voorgeschreven zouden kunnen krijgen. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) stelt hierover dat een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling bij oudere personen noodzakelijk is, vooral als zij ook al medicatie voor andere aandoeningen gebruiken.⁹ Voor het maken van zo'n afweging is het niet alleen belangrijk om te weten wat het te verwachten effect is van een eventueel ingestelde preventieve behandeling, maar ook wat het relatieve risico is op het krijgen van hart- en vaatziekten. Er kunnen mogelijke ongunstige interacties tussen geneesmiddelen en potentiële bijwerkingen optreden die een negatief effect hebben op de kwaliteit van leven. Deze vormen een belangrijk argument dat meeweegt bij de beslissing.

BEHANDELING MET STATINE

Onlangs heeft Anna Koning in *Huisarts en Wetenschap* de voor- en nadelen van statinegebruik door tachtigplussers beschreven.¹⁰ Ze stelt dat er weinig bewijs is dat statines zinvol zijn voor tachtigplussers *zonder* hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, maar wel als het gaat om tachtigplussers met diabetes. Bij hen is er wel sprake van een gunstig effect van statines op cardiovasculaire en totale sterfte. Bij tachtigplussers *met* hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, de secundaire preventie, is er meer bewijs dat statines effectief zijn. Verbetering van de prognose is echter pas na een tot twee jaar behandeling te verwachten, waardoor de winst van een behandeling met een statine bij oudere patiënten met een beperkte levensverwachting lager is. Maar hoe zit het dan met bloeddrukverlagende behandeling?

BLOEDDRUKVERLAGENDE BEHANDELING

Bij personen van zestig jaar en ouder is behandeling van hoge bloeddruk effectief bij het voorkomen van een CVA, myocardinfarct en andere hart- en vaatziekten. Met betrekking tot het effect van een behandeling van hoge bloeddruk bij ouderen van tachtig jaar en ouder laten onderzoeken verschillende resultaten zien. Ook over de te hanteren streefwaarden bestaat er onzekerheid.

Abstract

Poortvliet RKE, De Ruijter W, Gussekloo J. *Treatment of hypertension in the oldest old. Huisarts Wet* 2016;59(10):443-6.

The prevalence of hypertension is highest in the older population, but the necessity and benefit of blood pressure monitoring and treatment of high blood pressure in this older population is unclear. This review discusses blood pressure as a risk factor in the oldest old and whether preventive treatment of high blood pressure is effective in these patients. The current paradigm 'lower is better' is not always applicable in the oldest old. Observational studies have shown that a low and decreasing blood pressure is associated with a high mortality, even in the absence of manifest heart failure. Frailty or biological age may play a role in this 'inversion of risk prediction'. Evidence regarding the benefit of treating hypertension in elderly patients is ambiguous. In otherwise healthy older individuals, blood pressure-lowering treatment is effective, but treatment efficacy diminishes with increasing frailty – there is no 'one-size-fits-all' treatment. A blood pressure target of 150/80 mmHg, or even lower, is recommended for healthy older patients, such as the participants enrolled in randomized trials. In frail older patients, in patients with more physical limitations, and in biologically older patients, doctors should be more conservative regarding indications for blood pressure-lowering treatment and blood pressure treatment targets should be higher.

Voor behandeling

De HYVET-trial (*hypertension in the very elderly*) toonde aan dat behandeling van hoge bloeddruk op korte termijn wel een daling in het aantal sterfgevallen geeft.¹¹ Het recente Amerikaanse onderzoek SPRINT (*systolic blood pressure intervention trial*) heeft een vergelijking gemaakt tussen de effecten van intensieve bloeddrukbehandeling met een streefwaarde < 120 mmHg en die van een bloeddrukbehandeling met een streefwaarde < 140 mmHg, bij 9361 deelnemers van 50 jaar en ouder met een hoog risico op hart- en vaatziekten.¹² Intensieve behandeling bleek samen te hangen met een 25% lager risico op hart- en vaatziekten en sterfte, ook in de groep van 2636 deelnemers van 75 jaar en ouder (met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar).¹³

Twijfels

Voor sommigen zijn bovenstaande onderzoeksuitkomsten voldoende aanleiding om ook op hoge leeftijd hoge bloeddruk te (blijven) behandelen, maar anderen houden twijfels op grond van tegenstrijdige bevindingen. Allereerst: meta-analyses naar het effect van bloeddrukverlagende behandeling bij tachtigplussers suggereren dat we hart- en vaatziekten weliswaar kunnen voorkomen, maar dat de totale sterftekans niet afneemt.^{14,15} Ten tweede: het is goed om te kijken naar de streefwaarden die men bij deze gerandomiseerde onderzoeken aanhield en welke bloeddrukwaarden men uiteindelijk met behandeling heeft behaald. Bij de meeste onderzoeken heeft men een systolische bloeddruk van 150 mmHg nagestreefd, maar veelal werd ook die niet gehaald. In de HYVET-trial had uiteindelijk 48% van alle deelnemers in de actieve behandelgroep een bloeddruk < 150/80 mmHg; dat gold voor 19,9% in de placebogroep ($p < 0,001$).¹¹ Ook hebben de onderzoeken niet aangetoond dat sterke bloeddrukverlaging effectief en veilig is. Ten derde: het is belangrijk om te bedenken dat de deelnemers aan gerandomiseerde onderzoeken over het algemeen 'gezonde ouderen' zijn, waardoor ze niet representatief zijn voor de groep oudste ouderen in de huisartsenpraktijk. De HYVET-trial heeft vooral deelnemers uit niet-Westerse landen geïncludeerd en heeft patiënten met dementie of patiënten die afhankelijk waren van zorg geëxcludeerd.¹¹ De SPRINT-trial is een Amerikaans onderzoek waarbij onder anderen patiënten met diabetes, proteïnurie, een voorgeschiedenis van CVA, eGFR < 20 ml/min/1,73m², symptomatisch hartfalen, een terminale ziekte, dementie, gewichtsverlies > 10% in de laatste zes maanden en/of verblijvend in een verpleeghuis werden uitgesloten van deelname.^{12,13} De auteurs van een artikel in het *American Journal of Hypertension* vonden dat bij deelnemers (> 60 jaar) uit de SHEP-trial (Systolic Hypertension in the Elderly Program) zonder een beperking in het fysieke functioneren bloeddrukverlagende therapie effectief was bij het verlagen van het totale sterfterisico, het risico op sterfte aan hart- en vaatziekte en het risico op een myocardinfarct, vergeleken met placebo. Bij deelnemers met een beperking in fysiek functioneren (zoals moeite met het doen van zwaar huishoudelijk werk, niet zonder hulp via de trap naar tweede verdieping kunnen lopen en niet 800 meter zonder hulp kunnen lopen)

was er geen effect van bloeddrukverlagende behandeling.¹⁶ Op grond van een recente review kan men concluderen dat we rekening moeten houden met biologische leeftijd of kwetsbaarheid wanneer we overwegen om met een bloeddrukverlagende behandeling te beginnen.¹⁷ Daarnaast is er onder ouderen van 80 jaar en ouder geen onderzoek gedaan naar de veiligheid en effectiviteit van het gebruik van > twee antihypertensiva.¹⁷ Men heeft daarom ook wel gesuggereerd dat het bij deze groep, die kwetsbaar is en/of drie of meer antihypertensiva gebruikt, al dan niet gepaard met orthostaseklachten, misschien mogelijk is om antihypertensiva af te bouwen of te stoppen, waarbij de systolische bloeddruk > 150 mmHg acceptabel is. Het is echter onduidelijk of dat inderdaad veilig is, want gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt.¹⁷

CONCLUSIE

Conform de huidige aanbevelingen in de NHG-Standaard CVRM is een streefwaarde van een systolische bloeddruk < 150 mmHg niet wenselijk bij de alleroudste niet-vitale ouderen.⁹ Er is nog aanvullend onderzoek nodig om aan te tonen welke combinatie van risicofactoren het best is om ouderen op te sporen bij wie een hoge bloeddruk wel samenhangt met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en sterfte, en bij wie er in beginsel dus een indicatie is voor bloeddrukverlagende behandeling. Hierbij zullen we de aan- of afwezigheid van kwetsbaarheid moeten includeren.

Tot die tijd blijft een streefwaarde van 150/80 mmHg van kracht voor de 'gezonde' oudere patiënt zonder complexe problemen, zoals de deelnemers uit de gerandomiseerde onderzoeken. Het recente onderzoek naar intensievere behandeling bij ouderen van 75 jaar en ouder (SPRINT) zorgt mogelijk voor een verschuiving van deze streefwaarde naar een nog intensievere instelling van de bloeddruk. Naarmate een patiënt kwetsbaarder is, meer fysieke beperkingen heeft en biologisch ouder wordt ingeschat, zouden wij echter terughoudender



Foto: Ronald Roosen

kunnen (of moeten) zijn met betrekking tot de indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling en de streefwaarde van de bloeddruk. Daarbij spelen vanzelfsprekend de wens van de patiënt, risico's op interacties, bijwerkingen, multimorbiditeit en/of barrières voor therapietrouw (zoals cognitieve achteruitgang) een rol bij de indicatiestelling van bloeddrukverlagende behandeling. In welke situaties we een bloeddrukverlagende behandeling veilig kunnen staken blijft een vraag die tot op heden onvoldoende is onderzocht. ■

LITERATUUR

- Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA* 2010;303:2043-50.
- Van Bommel T, Gussekloo J, Westendorp RG, Blauw GJ. In a population-based prospective study, no association between high blood pressure and mortality after age 85 years. *J Hypertens* 2006;24:287-92.
- Molander L, Lovheim H, Norman T, Nordstrom P, Gustafson Y. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1853-9.
- Poortvliet RK, Blom JW, De Craen AJ, Mooijart SP, Westendorp RG, Assendelft WJ, et al. Low blood pressure predicts increased mortality in very old age even without heart failure: the Leiden 85-plus Study. *Eur J Heart Fail* 2013;15:528-33.
- Post H, Spers G, Smulders YM, Maier AB, Deeg DJ, Muller M. Relation between blood pressure and mortality risk in an older population: role of chronological and biological age. *J Intern Med* 2015;277:488-97.
- Sabayan B, Van Vliet P, De Ruijter W, Gussekloo J, De Craen AJ, Westendorp RG. High blood pressure, physical and cognitive function, and risk of stroke in the oldest old: the Leiden 85-plus Study. *Stroke* 2013;44:15-20.
- Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. *Arch Intern Med* 2012;172:1162-8.
- Poortvliet RK, De Ruijter W, De Craen AJ, Mooijart SP, Westendorp RG, Assendelft WJ, et al. Blood pressure trends and mortality: the Leiden 85-plus Study. *J Hypertens* 2013;31:63-70.
- NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:14-28.
- Koning AS. Statintherapie bij 80-plussers: starten of staken? *Huisarts Wet* 2016;59:50-3.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
- Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.
- Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, Berlowitz DR, Campbell RC, Chertow GM, et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315:2673-82.
- Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomized controlled trials. *INDANA Group. Lancet* 1999;353:793-6.
- Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Wright JM, Schron EB, Lindholm LH, Fagard R, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2010;28:1366-72.
- Charlesworth CJ, Peralta CA, Odden MC. Functional status and antihypertensive therapy in older adults: a new perspective on old data. *Am J Hypertens* 2016;29:690-5.
- Muller M, Smulders YM, De Leeuw PW, Stehouwer CD. Treatment of hypertension in the oldest old: a critical role for frailty? *Hypertension* 2014;63:433-41.

Nico van Duijn

Mijn broer is huisarts en die zegt...

De lokale gepensioneerde huisartsen spreken elkaar regelmatig. We praten nogal eigenwijs, want we hebben overall verstand van. We noemen ons de huisartsensociëteit. Verder is het erg gepensioneerd. Een excursie naar het Waterschap, tuin opknappen van het zorgcentrum, dat soort dingen.

Ik vroeg laatst: wat doen jullie als een vriend veel te laat is opgenomen met (akeelige diagnose)? Je hebt de pest in, je denkt het beter te weten. Die dokter had toch direct... Vele verhalen rolden over tafel. We tobben er allemaal mee. Het is lastig. Een oude huisarts heeft veel oneffenheden van andere dokters gezien, zelf al veel inschattingsproblemen gehad. We zien

precies waar het mis gaat. Protocollen helpen niet volgens de oude rotten, want het gaat juist mis voorbij de protocollen. Je bemoeien met de aanpak? Dat kan, maar loyaliteit met ex-collega's houdt ons tegen. Loyaliteit met familie, vrienden, burenduwt ons de andere kant uit. Het gewoon bespreken met de behandelend arts is het beste. Maar ja, toen ik dat deed bij het sterfbed van een familielid werkte dat niet. Vreselijk. Ik moest het overnemen. Bij een ander familielid werkte het uitstekend. Onverstoorbaar deed die dokter het bijzonder goed, terwijl een huisarts en drie verpleegkundigen over zijn schouder meekijken. Knap werk was dat. Wat dan? Toch maar een protocolletje maken? Ik denk dat gewoon bespreken met de behandelend arts geprobeerd moet worden, met het getob erbij over je rol. Tweede spelregel: bemoei je alleen

met ordening, de logistiek, de goede vragen helpen stellen. Dus niet de inhoud, wel het proces. Zo heb ik ooit al iemands klachten op een rijtje gezet. Meer was het niet, geen conclusie, geen redenering. Dat lijstje liet de patiënt aan zijn huisarts zien. De onvolledige gegevensverzameling werd compleet. Dat hielp. Ik weet namelijk hoe het brein van een dokter werkt. Stop er alles in en er rolt iets goeds uit. Slordigheid zit zelden in de analyse, wel in de gegevens. We tobben nog maar even door met deze rol van de oude dokter op de achtergrond. We wachten rustig af, tot we zelf patiënt worden. Lijkt ons niet zo moeilijk, als je een goede dokter hebt. De hele vergadering veert op. Als een stel bejaarden serveren we onze eigen kwaaltjes uit, aanpak erbij. We leren het nooit af, dat dokteren. ■



Het roer is om, maar waar gaan we naartoe?

Het Roer Moet Om (HRMO) is er op een unieke manier in geslaagd om onvrede bij huisartsen te kanaliseren en om te zetten in een vervolg, Het Roer Gaat Om (HRGO).^{1,2} In dit commentaar kijken wij naar de ontwikkelingen tot nu toe en naar mogelijkheden en problemen voor de toekomst. De afspraken die nu zijn gemaakt, zijn naar ons idee te voorzichtig. Er is te weinig oog voor bestaande wetenschappelijke inzichten. Wij doen een voorstel voor een herformulering van de uitgangspunten van HRGO. Verder pleiten we voor een betere evaluatie van de gemaakte afspraken. Het zou mooi zijn als het lukt om een volgende stap te maken: van het afschaffen van zinloze beheersmaatregelen naar creatievere oplossingen voor problemen in de zorg. In juni 2016 berichtten de initiatiefnemers dat de haven wellicht in zicht was. Dit is nog lang niet het geval, vinden wij.

We beginnen dit stuk met de uitgangspunten van HRGO en doen daarna een voorstel voor andere uitgangspunten. Vervolgens denken we na over mogelijke nieuwe afspraken die het werk van huisartsen gemakkelijker kan maken.

UITGANGSPUNTEN

Uitgangspunten van het HRMO zijn een betere samenwerking tussen huisartsen en verzekeraars, gelijkwaardigheid bij onderhandelingen en het terugdringen van administratieve lasten.^{1,2} Deze punten zijn door huisartsen massaal onderschreven. Achter deze uitgangspunten schuilt de gedachte dat regels, formulieren en voorschriften de zorg in de praktijk vaak niet verbeteren, maar hinderen. Bovendien dreigt het persoonlijke karakter in de huisartsenzorg verloren te gaan door protocollaire afspraken, chronische zorgplannen en de drang naar transparantie. Het normale contact met patiënten staat onder druk door overleggen, regelen, aanvragen en invullen en dat is niet wat huisartsen willen.

Het is opmerkelijk dat deze uitgangspunten een basis vormen voor overleg met partijen die juist als taak hebben om te reguleren, transparant te maken en te verantwoorden, zoals zorgverzekeraars, ICZ en het ministerie van VWS. Het is een goede zaak dat deze partijen in HRGO met elkaar in dialoog gaan en dat het onderlinge vertrouwen en de bereidheid om tot resultaten te komen groot is. Conflicten of – wellicht erger – verborgen tegenwerking leiden immers zelden tot structurele verbeteringen. Maar we moeten niet uit het oog verliezen dat de achterliggende visie op de vraag hoe de zorg moet worden gereguleerd tussen de huisarts-ondertekenaars van het manifest en een aantal partijen in HRGO wezenlijk van elkaar verschilt. De dialoog die er nu is en die zich richt op het oplossen van praktische problemen is een ontwikkeling die de zorg alleen maar ten goede kan komen. Maar de genoemde tegenstelling kan in het vervolg tot problemen leiden.

In HRGO is deze startfase in zekere zin de gemakkelijkste. Iedereen heeft positieve bedoelingen, er wordt gezocht waar

overeenstemming is welke ‘onnodige bureaucratie’ kan worden afgeschaft. Lastiger wordt het als er door de gemaakte afspraken ontwikkelingen zijn die de bovengenoemde tegenstellingen in uitgangspunten zichtbaar maken. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als de kosten voor verbandmiddelen in 2017 blijken te zijn gestegen, nadat formulieren rond verbandmaterialen zijn afgeschaft. Of als door verdere uitwerking van plannen over zelfregulering en intercollegiale toetsing de ICZ tot de conclusie komt dat een aantal praktijken niet meedoet. Hoe voorkomen we dat ondanks de nu uitstekende verstandhoudingen op zo’n moment wordt teruggegrepen naar oude reflexen? De kans is aanwezig dat de verzekeraar zal concluderen dat er hier dus geen sprake was van ‘onnodige bureaucratie’, en de inspectie vindt dat de zelfregulatie tekortschiet en pleit voor de invoering van controlemechanismen. Worden de uitgangspunten dan nog steeds door alle partijen onderschreven?

PATIËNT VOOROP

De vraag is of een uitgangspunt als administratieve lastenverlichting voor huisartsen op de lange termijn overeind kan blijven. De mogelijkheid bestaat dat andere partijen dit uiteindelijk zien als een vervelend, maar noodzakelijk ongemak voor de beroepsgroep. Het lijkt ons logischer en effectiever om de uitgangspunten van HRGO te formuleren in een belang dat de verschillende partners in het overleg werkelijk delen en dat is kwalitatief goede gezondheidszorg voor de patiënt. Dit lijkt een vanzelfsprekendheid, want iedereen is immers voor goede, veilige en betaalbare zorg en tegen onnodige bureaucratie en administratie. Maar wie bepaalt of iets onnodig is? Wat zijn criteria voor zinvolle of zinloze bureaucratische verplichtingen? Hier zit de achilleshiel van de gemaakte afspraken.

Wat zinvolle en wat zinloze bureaucratie is, kan niet eenvoudig beantwoord worden. Bureaucratie is niet inherent slecht. Het beoogt een rechtvaardige toepassing van afgesproken regels en staat tegenover willekeur, vriendjespolitiek en corruptie. Maar bureaucratie kan leiden tot een hoge administratieve druk, één formulier schiet al snel tekort en vraagt om weer nieuwe formulieren, die op hun beurt weer niet toereikend zijn. Bureaucratische processen hebben de neiging om in zichzelf gekeerd te raken, het oorspronkelijke doel uit het oog te verliezen, en gestaag de administratie in omvang toe te laten nemen. De deelnemers in HRGO hebben deze conclusie ook getrokken: veel van de administratie was gebaseerd op gewoonten, aannames en procedures waarvan het oorspronkelijke doel niet meer duidelijk was.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. S.O. Hobma, huisarts, UMC St Radboud, Eerstelijns geneeskunde/VOHA, Nijmegen: dr. W. Verstappen, huisarts. Universiteit Heidelberg, afdeling huisartsgeneeskunde en gezondheidszorgonderzoek: prof.dr. M. Wensing, gezondheidszorgonderzoeker. • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastricht-university.nl.

Iedere huisarts wist al uit de praktijk dat veel administratie inhoudelijk niet zinvol is. Maar tegelijkertijd is het moeilijk te geloven dat het invullen van al die honderdduizenden formulieren door huisartsen en hun medewerkers voor medicatie, voeding, hulpmiddelen, verbandmaterialen, medicatierollen en verwijzingen voor de verzekeraar zonder enige betekenis is geweest. Heeft het bijgedragen aan het vermijden van wil-lekeur, de oorspronkelijke gedachte achter bureaucratie?

Het is nodig dat de effecten van de gemaakte afspraken worden opgevolgd, en vervolgens geïnterpreteerd met het belang van de patiënt in gedachten. Een gedegen, wetenschappelijke evaluatie van de effecten vinden wij nu onvoldoende terug in de afspraken, maar is noodzakelijk om op korte en lange termijn lering te trekken. Dit zal bij toekomstige tegenstellingen tussen partijen de basis vormen voor beslissingen over administratieve maatregelen. Nu is er een evaluatie afgesproken en wanneer dit 'leidt tot onvoorziene zorg' zullen gemaakte afspraken bijgesteld worden. De vraag is hoe 'on-voorziene zorg' gedefinieerd is. Naar onze smaak is dit te vaag en lijkt het te veel op een onverwachte toename in het volume van zorg en bijbehorende kosten. Dit geeft echter geen enkele informatie over de noodzaak of kwaliteit van de geboden zorg en evenmin over de kosteneffectiviteit ervan.

Wij roepen alle betrokkenen op om transparant te zijn over wat het invoeren en weer afschaffen van administratieve maatregelen voor effecten heeft. Is er een effect op de kwaliteit van de zorg? Is duidelijk of onterecht gebruik van voorzieningen heeft geleid tot onnodige kosten? Hierbij gaat het om effecten op bijvoorbeeld kosten van hulpmiddelen en verbandmaterialen, maar ook om beheerskosten van de verzekeraars. Hieruit kunnen nuttige lessen getrokken worden voor de toekomst.

MEER SNIJDEN

Uiteraard, zullen de betrokkenen in HRGO zeggen, staat het belang van de patiënt voorop en is er een goede evaluatie nodig. Maar net als bureaucratische processen in zichzelf gekeerd kunnen raken, kan dit ook bij een dialoog als HRGO gebeuren. Niet de optimale zorg, maar het belang van de eigen organisatie kan gaan meespelen in de bepaling van standpunten. Dit is te zien in de formulering die eerder de uitgangspunten van de besprekingen inleidde. 'Uitgaande van *ieders gerechtvaardigde en gelijkwaardige belangen* [cursivering door auteurs] heeft de werkgroep uitgangspunten geformuleerd voor een aanvaardbare administratieve belasting.' Dit lijkt ons geen juiste start. De belangen van de deelnemende organisaties zouden juist niet voorop moeten staan.

In de samenwerking in HRGO worden transparantie, gelijkwaardigheid en verantwoordelijkheid de basis van het overleg genoemd. Wij willen hier een vierde aan toevoegen. Dit kan – niet sympathiek maar wel duidelijk – worden beschreven met de uitdrukking 'de bereidheid in eigen vlees te snijden'. Als controlemechanismen worden afgeschaft of minder worden toegepast, betekent dit dat behoefte aan ondersteunend personeel bij bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, maar ook

in huisartsenorganisaties lager wordt. Het anders inrichten van controlemechanismen moet samengaan met het schrappen van delen van bestaande structuren, en soms dus ook van banen en invloed van organisaties. Wij laten verderop zien dat dit op kan gaan voor huisartsenpraktijken, verzekeraars, zorggroepen, huisartsposten en beroepsorganisaties.

Het expliciet definiëren van de zorg voor de patiënt als centraal doel, het evalueren van de kosten en opbrengsten van de afspraken en de bereidheid in eigen vlees te snijden als dit een consequentie is van verbeteringen in de zorg lijken ons een goede basis voor de toekomst van HRGO. Het geformuleerde uitgangspunt dat uitgegaan wordt 'van ieders gerechtvaardigde en gelijkwaardige belangen' kan hiermee in tegenpraak zijn en kan beter geschrapt worden.

VERBREIDING VAN DE AGENDA

De vertegenwoordigers in HRGO mogen wat ons betreft over meer spreken dan over het afschaffen van zaken. De dialoog die tot stand is gekomen kan ook het begin zijn voor het vinden van creatievere oplossingen voor problemen in de zorg. Deze zijn niet eenvoudig op te lossen door administratieve controles of barrières. Het simpelweg afschaffen hiervan helpt hier ook zeker niet. De implementatiewetenschap biedt relevante lessen, waarvan de belangrijkste waarschijnlijk de waarschuwing is voor ongegrond hoge verwachtingen van welke interventie of activiteit dan ook.

Hieronder bespreken wij onderwerpen die ontbreken op de agenda van HRGO, en daar volgens ons wel op moeten staan.

Het gaat om de kwaliteitsparagraaf, een onderwerp dat ons zeer ter harte gaat en dat in HRGO het moeilijkste deel blijkt om gezamenlijk op te stellen. Naar onze mening is deze nog onvoldoende uitgewerkt en te veel een voortzetting van het ageren tegen administratieve belasting. Het is een belangrijke paragraaf: huisartsen hebben de afgelopen jaren niet alleen geklaagd over de administratie vanuit de zorgverzekeraars. De ontwikkelingen in richtlijnen, praktijkaccreditering, herregistratievoorwaarden, zorggroepen en eisen vanuit de IGZ worden eveneens vaak als ballast ervaren, en niet altijd als zinvolle ballast. Aan de hand van vier voorbeelden laten we zien dat, volgend uit de door ons besproken uitgangspunten, meer ter discussie kan en moet worden gesteld.

KWALITEIT VAN ZORG

Als eerste: administratieve druk vanuit de ketenzorg. In tien jaar tijd zijn zorggroepen in omvang gegroeid van enkele medewerkers tot grote organisaties waaruit voor huisartsen voortdurend nieuwe protocollen, registratie en overleg voortkomen. Huisartsen en praktijkondersteuners besteden te veel tijd aan verslaglegging en verantwoording en de grens van zinvolle administratie lijkt overschreden. Op het gebied van diabetes mellitus blijkt er geen aantoonbare relatie tussen kwaliteitsbeleid van zorggroepen en toezicht van de IGZ op patiëntenuitkomsten.^{3,4} Nog niet gepubliceerde COPD-cijfers wijzen in dezelfde richting. Ouderenzorgprogramma's zijn uitgebreid onderzocht, maar keer op keer wordt er geen of



zeer geringe effectiviteit op belangrijke zorguitkomsten gezien.^{5,7} Wij pleiten ervoor het mes te zetten in de zorggroepen en deze in afgeslankte vorm praktijken te laten ondersteunen bij personeels- en salarisadministratie en beperkte ondersteuning in chronische zorg, de oorspronkelijke taak. Dit neemt administratieve druk weg, beperkt beheerskosten en negatieve gezondheidseffecten voor de patiënt zijn niet te verwachten. Het terugbrengen van het aantal kwaliteitsindicatoren alleen, zoals nu is afgesproken, is naar onze mening geen oplossing, en zal in de praktijk ook nauwelijks of geen tijdswinst opleveren.²

Als tweede: de IGZ handhaaft op de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Wie deze uitstekende richtlijn aandachtig leest, ziet dat juist de aanbeveling die de Inspectie controleert – het overleg tussen huisarts en apotheker – uitgebreid is onderzocht, maar dat de opbrengsten hiervan op zijn best gering zijn en dat de kwaliteit van het bewijs mager is.^{8,9} Het verplicht naleven van een onderdeel van een richtlijn waarvoor onvoldoende bewijs van effectiviteit bestaat, is niet de juiste weg. Voor het effectief laten zijn van de richtlijn zijn meer en complexere maatregelen nodig en beschikbaar.^{10,11} Juist door samenwerking in HRGO kunnen oplossingen voor dit reële probleem worden gevonden.

Als derde: visitatie (of individueel functioneren huisartsen) bij herregistratie. Vanaf 2011 is het deelnemen aan het visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging (het NHC) een herregistratie-eis voor huisartsen.¹² Natuurlijk is het belangrijk om de praktijkorganisatie goed op orde te hebben en zinvol als de beroepsgroep instrumenten ontwikkelt die huisartsen hierbij ondersteunen. Maar de meerwaarde

voor de patiënt van dit soort activiteiten in de huisartsenpraktijk is niet aangetoond.¹³⁻¹⁵ Er is geen bewijs dat de geleverde zorg verbetert, terwijl wel duidelijk is dat het gaat om een aanzienlijke, extra belasting. Als na onderzoek het bewijs voor de effectiviteit ontbreekt, is er geen argument om huisartsen hiertoe te verplichten.

Als vierde: het veilig melden van incidenten (VIM-en). Sinds 2016 verplicht de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) huisartsenpraktijken een VIM-procedure op te zetten. Niemand twijfelt aan het belang van aandacht voor patiëntveiligheid, maar de vraag is of deze verplichting helpt om dit te verbeteren. Recent onderzoek laat zien dat de Nederlandse huisartsenzorg veilig is, maar dat ernstige incidenten voorkomen.¹⁶ Met jaarlijks ruim honderd miljoen huisarts-patiëntcontacten is dat niet vreemd. Iedere calamiteit en ieder incident levert leerzame verbeterpunten. Maar zijn huisartsen en medewerkers in de praktijk voldoende geëquipeerd om goede analyses te maken, of creëren we hiermee een organisatorisch monstern en amateuristische VIM-clubjes? Onderzoek laat zien dat deze methode lang niet altijd het gewenste resultaat heeft. Een review naar incidentanalyses in de huisartsenpraktijk toont enig effect op het aantal meldingen en de kwaliteit van analyses, maar niet op patiëntveiligheid.¹⁷

BALLAST

Deze voorbeelden laten zien dat huisartsen vanuit meerdere kanten, niet alleen van de verzekeraars, de laatste jaren extra activiteiten met een verplichtend karakter in hun takenpakket hebben gekregen. Deze wetenschappelijk onderzochte

activiteiten gaan gepaard met een aanzienlijke belasting in de zorg, maar de effectiviteit hiervan, gedefinieerd als betere zorg voor de patiënt, kan niet worden aangetoond. De moeilijk te beantwoorden, maar gerechtvaardigde vraag is of deze verplichtingen in de dagelijkse praktijk niet gezamenlijk een netto negatief effect hebben op de kwaliteit van de Nederlandse huisartsenzorg. Recent bleek de belasting bij onze Engelse collega's dusdanig groot dat het saturatiepunt bereikt is.^{18,19} De massale ondersteuning van HRGO is een signaal dat op dit moment dit saturatiepunt ook bij ons niet ver verwijderd is.

Beschikbaar wetenschappelijk bewijs komt niet vanzelf bij beleidsmakers terecht en zij zijn vaak onvoldoende op de hoogte van gepubliceerde inzichten.^{20,21} Ook zijn organisaties zich niet bewust van verplichtingen die tegelijkertijd door anderen worden opgelegd. Het is ons inziens wenselijk dat het belang van wetenschappelijke evaluatie, de uitkomsten van onderzoek over de effectiviteit van maatregelen en een overzicht van de toename van de belasting van de huisartsenpraktijk worden meegenomen bij beslissingen over invoering of afschaffing. HRGO lijkt ons hiervoor een uitstekend forum. Het is tegelijkertijd de taak van de beroepsgroep en de beroepsorganisaties om beleidsmakers duidelijk te maken welke onderwerpen, richtlijnen of methoden zich lenen voor een verplichtend karakter en welke niet. Een organisatie die een maatregel verplichtend oplegt, legt ook zichzelf de verplichting op om aan te kunnen tonen dat dit werkzaam is. De voorbeelden laten zien dat dit op dit moment niet zo is.

HOE NU VERDER?

Tien jaar geleden heeft de zorgverzekeringswet het marktprincipe in de zorg geïntroduceerd. De voor dit marktprincipe noodzakelijke instrumenten als certificering en het transparant maken van de door zorgverleners geleverde 'producten' blijken in de zorgpraktijk weinig bruikbaar. Huisartsen sloegen alarm via HRMO; belangrijke partijen in de zorg lijken de mening te delen dat de ingeslagen weg niet de juiste is. De beheersingsstrategieën van overheid en verzekeraars, gevoed door een achteraf gezien onterecht optimisme over de effectiviteit van instrumenten voor kwaliteitsverbetering vanuit de beroepsgroep zelf, blijken niet op te leveren wat destijds verwacht werd.^{22,23} Een duw tegen het roer en het overboord zetten van overtollige ballast zijn nuttig, maar leiden niet tot een betere koers.

De vraag is nog steeds: waar willen we naartoe? Hoe ziet die ideale zorg er eigenlijk uit? We weten het eigenlijk niet, en dan wordt het inderdaad moeilijk, zoals blijkt in HRGO, om een kwaliteitsparagraaf te schrijven. Er is een ongezonde spanning in de zorg, omdat er aan de ene kant hoge verwachtingen zijn wat betreft de prestaties en aan de andere kant een verlamende angst is voor kostenstijgingen. Een dialoog over wat de zorg is die we als samenleving willen voor de kostbare euro's uit dat enorme maar begrensde budget is nodig. Het schrijven van een kwaliteitsparagraaf is pas mogelijk als we dat hebben geformuleerd. Samengevat is onze boodschap voor HRGO dus: durf op basis van wat we nu weten veel radicaler te zijn in het

afschaffen van niet zinvolle zaken, en durf tegelijk creatiever te zijn en deze unieke dialoog te zien als een nieuwe vorm van samenwerking die een serieuze toekomst kan hebben.

Er worden nu afspraken gemaakt over regels, formuleren en verantwoording. Om deze afspraken duurzaam te laten zijn, is een betere formulering van doelstellingen en criteria voor de evaluatie van de gevolgen van gemaakte afspraken nodig. Daarnaast is het nodig dat aan huisartsen pas verplichtingen worden opgelegd als deze bewezen effectief zijn. Door in dit unieke forum van HRGO niet alleen te zoeken naar de afschaffing van controlemechanismen, maar ook een realistische visie te ontwikkelen wat we van huisartsen wel en niet kunnen verwachten, is op de lange termijn uiteindelijk nog veel meer te winnen voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. ■

LITERATUUR

- 1 www.hetroermoetom.nu.
- 2 www.hetroergaatom.nl.
- 3 Campmans-Kuijpers MJ, Baan CA, Lemmens LC, Klomp ML, Romeijnders AC, Rutten GE. Association between quality management and performance indicators in Dutch diabetes care groups: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5:e007456.
- 4 Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Ketelaars CAJ, Mackenbach JP, Robben PBM. Effect of government supervision on quality of integrated diabetes care: a cluster randomized trial. *Medical Care* 2015;53:784-91.
- 5 Metzelthin S, Van Rossum E, De Witte L, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, et al. Effectiveness of an interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomized clinical trial. *BMJ* 2013;347:5264.
- 6 Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Van de Ven PM, Twisk JW, Deeg DJ, Frijters DH, 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 Int Med* 2016;28:43-51.
- 7 Ruikes FG, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJ, Schers HJ, Koopmans RT. Multicomponent program to reduce functional decline in frail elderly people: a cluster controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2016;29: 209-17.
- 8 Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
- 9 Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD008165.
- 10 Hobma S. Polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56: 388-9.
- 11 Reactie N.D. Scherpbier-de Haan website H&W
- 12 <http://www.knmg.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Herregistratie/Huisarts-2.htm>.
- 13 Engels Y. Assessing and improving management in primary care practices in the Netherlands and in Europe. Dissertation. Nijmegen: UMC St Radboud, 2005.
- 14 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.
- 15 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(12): e114045.
- 16 Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands; a retrospective medical record review study. *Implement Sci* 2011;6:37.
- 17 McKay J, Bradley N, Murray L, Bowie P. A review of significant events analysed in general practice: implications for the quality and safety of patient care. *BMC Fam Pract* 2009;10:61.
- 18 Hobbs FD, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet* 2016;387:2323-30.
- 19 Thompson M, Walter F. Increases in general practice workload in England. *Lancet* 2016;387:2270-1.
- 20 Murthy L, Shepperd S, Clarke M, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy-makers and clinicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD 009401.
- 21 Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research* 2014;14:2.
- 22 Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016;315:1329-30.
- 23 Burgers J. Op koers naar een nieuw tijdperk. *Huisarts Wet* 2016;59:257.

Pro-actieve zorg voor kwetsbare ouderen: terug bij af?

In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg zijn verspreid over Nederland negen programma's ontwikkeld om de proactieve zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Deze beogen om vroegtijdig problemen en risico's aan te pakken om daarmee een achteruitgang in functioneren te vertragen en opname in een zorginstelling te vermijden. Het opsporen van kwetsbare ouderen, gevolgd door een interdisciplinaire aanpak op maat, vindt daarbij plaats in – of is nauw gelieerd aan – de huisartsenpraktijk. In de afgelopen jaren is de aanpak in iedere regio geëvalueerd in gecontroleerde onderzoeken waar- aan tevens procesevaluaties gekoppeld waren.

Ondanks accentverschillen in de programma's zijn de bevindingen over de regio's consistent. Ze blijken weinig of geen overtuigende effecten te hebben op de gezondheid en het functioneren van de ouderen (noch hun mantelzorgers) en een substitutie-effect in zorggebruik en kosten blijft eveneens uit. De betrokken ouderen en hulpverleners zijn in de regel wel tevreden over de ontvangen en verleende zorg en ondersteuning. Deze bevindingen geven aan dat het op de huidige manier continueren van de programma's niet zinvol is. Nadere analyses wijzen erop dat een eenvoudigere aanpak, gericht op specifiekere risicogroepen, de voorkeur lijkt te verdienen.

PRO-ACTIEVE OUDERENZORG

Om bekende redenen is de aandacht voor ouderenzorg in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Met de vergrijzing neemt ook het aantal ouderen met complexere en meervoudige problematiek toe, terwijl beschikbare beroepskrachten en budgetten sterk onder druk (komen te) staan. Ter verlichting van dit spanningsveld wordt onder meer veel verwacht van proactieve ouderenzorg, met een sleutelrol voor huisartsen en aan hen gelieerde hulpverleners. Zijn we in staat om vroegtijdig problemen en risico's bij ouderen te signaleren en aan te pakken, zodat een (verdere) achteruitgang in functioneren vertraagd of uitgesteld kan worden en zij langer en tegen geringere zorgkosten thuis kunnen blijven wonen?

Aandacht voor proactieve ouderenzorg in de eerste lijn is niet nieuw. Ruim veertig jaar geleden beschreven huisartsen al hun aanpak om ouderen die hun praktijk niet of nauwelijks bezochten systematisch in kaart te brengen en thuis te bezoeken. *Friendly visiting* sluit als benadering aan op die gedachte. Ook vanuit andere disciplines werd, al dan niet systematisch, ingezet op het proactief in contact komen met ouderen zonder of voordat daar een expliciete hulpvraag aan vooraf ging. Zo werden er tot circa 1995 vanuit de wijkverpleging op grote schaal preventieve ouderenbezoeken uitgevoerd (bijvoorbeeld jaarlijks bij alle thuiswonende 70- of 75-plussers). Vergelijkbare vormen van vroegsignalering werden uitgevoerd vanuit gemeenten en vrijwilligersorganisaties en als experiment verschenen er op enkele plaatsen in Nederland zelfs consultatiebureaus voor ouderen.¹

Deze initiatieven zijn in de loop der tijd vrijwel allemaal gestaakt. Met de start in 2008 van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), met een initieel budget van 80 miljoen euro, heeft het ministerie van VWS een flinke impuls gegeven aan het verbeteren van de complexe ouderenzorg (c.q. de zorg voor kwetsbare ouderen). In ieder van de acht academische regio's zijn eerst netwerken ingericht om alle relevante partijen te verbinden. Vanuit die netwerken zijn vervolgens innovatieve zorgmodellen en interventies ontwikkeld en geëvalueerd (in totaal zo'n 75 transitie-, onderzoeks- en implementatieprojecten). In de eerste tranche projecten stonden vooral proactieve integrale zorgmodellen vanuit de huisartsenpraktijk centraal.

We zijn nu bijna tien jaar verder en de resultaten van deze eerste tranche projecten zijn bekend. Een goed moment om te bezien wat de inspanningen rond proactieve integrale ouderenzorg hebben opgeleverd en welke implicaties dat heeft voor de huisartsenzorg. We beperken ons daarbij tot programma's die op de algemene populatie van thuiswonende ouderen zijn gericht, en niet op specifieke doelgroepen zoals ouderen met dementie.

KENMERKEN PROJECTEN OUDERENZORG

In de acht regio's zijn in totaal negen zorgprogramma's ontwikkeld.²⁻¹¹ Daarin worden kwetsbare ouderen opgespoord, waarna een behandelplan op maat voor gesignaleerde problemen en risico's opgesteld en uitgevoerd wordt. De afstemming en coördinatie van de veelal interdisciplinaire aanpak vindt plaats in (of anders in nauw overleg met) de huisartsenpraktijk. Praktijkondersteuners (POH), praktijkverpleegkundigen en/of wijkverpleegkundigen zijn vaak de spil in de uitvoering van het zorgprogramma. Hoewel de precieze invulling van de negen programma's wat verschilt, komen vijf kernelementen overeen:¹²

- Selectie/identificatie van kwetsbare ouderen
- Assessment van gesignaleerde problemen en risico's
- Formuleren van doelen en plan van aanpak (door een interdisciplinair team)
- Uitvoering plan
- Monitoring van voortgang (en waar nodig aanpassen doelen en/of aanpak)

In sommige modellen was tevens aandacht voor een betere transfer naar en uit het ziekenhuis.

Verschillen in de invulling betreffen vooral de screenings-

Zuyd Hogeschool, Nieuw Eyckholt 300, 6419 DJ Heerlen; dr. E. van Rossum, lector Zorginnovaties voor kwetsbare ouderen; programmaleider Wijkgerichte Zorg en Samenwerking van het Expertisecentrum voor Innovatieve Zorg en Technologie; senior onderzoeker bij Universiteit Maastricht, vakgroep Health Services Research en Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg. VU medisch centrum, EMGO+ Instituut, afdeling Huisarts- en Ouderengeneeskunde; dr. H.P. van Hout, universitair hoofddocent • Correspondentie: erik.vanrossum@zuyd.nl • Belangenverstrenging: niets aangegeven.



Foto: Ronald Roezen

tools die gebruikt worden, de intensiteit van cliëntcontacten (met name huisbezoeken) en de mate waarin andere disciplines (naast de huisarts en POH of praktijkverpleegkundige) deel uitmaken van het behandelteam.¹³ Zo is in vrijwel ieder programma een andere screeningsprocedure gehanteerd, variërend van geautomatiseerde risicodetectie op basis van in de huisartsenpraktijk beschikbare registratiegegevens (Om U in Utrecht), periodieke afname van een gestandaardiseerde vragenlijst door de POH (Geriatrisch Zorgmodel in Amsterdam), tot zelfrapportage van ouderen op basis van een korte screeningslijst zoals de GFI of Easycare TOS (onder andere Zorg uit Voorzorg in de Westelijke Mijnstreek en Zorg en WelzijnsStandaard in Nijmegen).

Rond 2009 zijn de eerste effectonderzoeken naar deze nieuwe zorgmodellen gestart. Ook deze komen qua opzet en uitvoering heel goed overeen, mede door enkele expliciete subsidievoorwaarden van ZonMw als uitvoerder van het NPO (denk aan standaard batterij aan meetinstrumenten voor metingen bij zowel ouderen als mantelzorgers). In veruit de meeste gevallen gaat het om clustergerandomiseerde onderzoeken waarin toewijzing aan groepen plaatsvond op het niveau van de huisartsenpraktijk. Steeds zijn effecten van de programma's gemeten bij ouderen en mantelzorgers. Daarbij werd een uitgebreid palet aan gezondheidsindicatoren in kaart gebracht (inclusief kwaliteit van leven), evenals het zorggebruik. Op basis daarvan is in ieder project de kosteneffectiviteit bepaald. De omvang van de onderzoeken qua aantallen ouderen en huisartsenpraktijken verschilt per regio, maar meestal gaat het om substantiële aantallen ouderen (variërend van zo'n 150 tot circa 1500 ouderen per groep, met een gemiddelde leeftijd van rond de 80 jaar). In iedere regio is aan de effectevaluatie een procesevaluatie gekoppeld om de implementatie en ervaringen van ouderen, mantelzorgers en betrokken hulpverleners te monitoren.

OPBRENGSTEN NPO-PROJECTEN

Uit alle uitgevoerde onderzoeken komen weinig overtuigende en consistente effecten van de programma's op het functioneren van ouderen en hun mantelzorgers naar voren. Dat geldt ook voor hun impact op het zorggebruik (mogelijk substitutie-effect). Soms is weliswaar een statistisch significant effect op een uitkomstmaat gevonden, bijvoorbeeld op dagelijks functioneren (Om U en Geriatrisch Zorgmodel) of een subschaal van kwaliteit van leven (vriendschap & liefde, Walcheren Integrale Zorgmodel), maar de klinische betekenis van de gevonden verschillen lijkt in die gevallen beperkt. Dat geldt ook voor de kosteneffectiviteit. Een recente review van enige NPO-onderzoeken geeft aan dat de Utrechtse en Nijmeegse onderzoeksgroepen weliswaar rapporteren dat hun programma's mogelijk kosteneffectief zijn, maar dat ze tegelijkertijd geen harde conclusies trekken over het geconstateerde verschil in zorgkosten.¹³

Consistenter – en positiever – zijn de bevindingen uit de procesevaluaties. Daaruit komt een veel rooskleuriger beeld naar voren. Ouderen en mantelzorgers zijn over het algemeen (erg) tevreden over de ontvangen zorg en ondersteuning. Dat geldt in iets mindere mate ook voor de betrokken hulpverleners; men vindt het programma vaak een flinke inspanning, maar het leidt wel tot een beter zicht op de ouderenpopulatie, specifieke cliëntsituaties en sterkere verbindingen tussen de betrokken disciplines.

Al met al valt de opbrengst van de programma's in termen van (kosten)effectiviteit tegen. Nu is de evaluatie van dergelijke complexe innovaties niet eenvoudig. Dat blijkt ook uit de uitgevoerde NPO-onderzoeken wanneer bijvoorbeeld naar uitval en compliance met programmaonderdelen wordt gekeken. Ook is discussie over de selectie van de juiste doelpopulatie en de vraag of onze standaard meetinstrumenten wel goed in staat zijn om relevante veranderingen boven tafel te krijgen. Van de andere kant: de onderzoeken zijn volgens gangbare en breed erkende methodologie opgezet en uitgevoerd en ondanks verschillen in gebruikte identificatietools en interventie-strategieën zijn de resultaten consistent over alle onderzoeken. Bovendien zijn de onderzoeken door ervaren onderzoeksgroepen uitgevoerd en is in alle regio's veel energie gestoken in de optimale vormgeving van het programma. Daarbij werd zoveel mogelijk aangehaakt bij lokale mogelijkheden en al beschikbare initiatieven. Indien in deze omgevingen geen overtuigende effecten gevonden worden is de kans erg klein dat die elders wel overtuigend te behalen zijn.

Voor de meeste zorgverzekeraars is dit alles overigens geen reden om de financiering van activiteiten in het kader van de proactieve ouderenzorg te staken. Voordat effecten bekend werden boden deze verzekeraars huisartsen al de mogelijkheid om in te schrijven op modules (complexe) ouderenzorg. Daar is en wordt nog steeds – voor zover ons bekend – op vrij grote schaal gebruik van gemaakt. Zo maakt 51% van de huisartsen die met verzekeraar CZ een overeenkomst hebben voor het leveren van huisartsenzorg gebruik van een van de beschikbare ouderenmodulevarianten. Een adviesbureau heeft



in opdracht van ZonMw inmiddels uitgezocht hoe structurele financiering van de in het NPO ontwikkelde initiatieven te realiseren zou zijn.¹⁴

HOE NU VERDER?

Tien jaar ontwikkeling en evaluatie van deze proactieve ouderenzorgprogramma's in het NPO laat zien dat ze vanuit klinisch en kostenoogpunt weinig of geen impact hebben. De betrokken ouderen en hulpverleners zijn er over het algemeen wel tevreden over en de zorgverzekeraars faciliteren ze financieel. Dat betekent niet dat het NPO weinig heeft opgeleverd. Het heeft zeker bijgedragen aan de regionale netwerkvorming en er is op veel fronten hard gewerkt aan de vormgeving en evaluatie van nieuwe zorgmodellen, ook buiten dan wel in verbinding met het extramurale zorgveld. Daarbij is veel aandacht besteed aan specifieke onderdelen van deze modellen (onder andere screening, assessment en interprofessionele samenwerking).

Desondanks kampen we ook na tien jaar nog steeds met enkele fundamentele vragen, onder meer over de identificatie van risico's en risicogroepen, de goede match van interventies bij specifieke risico's of stadia van kwetsbaarheid, en de complexiteit van onze interventiestrategieën (overvragen we niet de betrokken hulpverleners?).

Hoe nu verder? Het is niet zinvol om de in de NPO-programma's ontwikkelde aanpak te continueren. Op basis van de opgedane ervaringen kunnen ze wel op bescheidener schaal, en toegespitst op specifiekere doelgroepen, doorontwikkeld worden. Zo kan de screening op populatieniveau, gericht op bijvoorbeeld alle 70-plussers in de huisartsenpraktijk, met de huidige tools gestaakt worden. Die screening is relatief tijdrovend, duur en inefficiënt doordat nog te vaak een andere (minder of tijdelijk kwetsbare) doelgroep geselecteerd wordt dan beoogd. Bij de identificatie van ouderen zou veel meer aangehaakt kunnen worden bij het frequente contact dat de meeste ouderen toch al met de huisarts(enpraktijk) hebben; in 2014 was dit voor alle 75-plussers gemiddeld om de vijf à zes weken.¹⁵

Uit eerste meta-analyses van gegevens uit NPO-projecten komen indicaties dat de programma's wat meer impact lijken te hebben op hoogrisicogroepen zoals de oudste leeftijdsgroepen (80+), alleenstaanden en personen die thuiszorg ontvangen.¹³ De Groningse Samen Oud-studie heeft dit recentelijk bevestigd. Voorlopig zou vooral op deze subgroepen ingezet kunnen worden. Daaraan gekoppeld zou vanuit een oogpunt van kostenreductie meer ingestoken kunnen worden op personen met een verhoogd risico op het gebruik van dure zorg (ziekenhuis- en verpleeghuisopnames). Op basis van NPO-gegevens uit een groot aantal onderzoeken is het inmiddels steeds beter mogelijk om risicoprofielen op te stellen. Ook deze zouden gebruikt kunnen worden voor de gerichte selectie van ouderen. De uitdaging blijft dan nog steeds bestaan om geschikte ondersteuningstrajecten op maat aan te bieden. Dit werkt bijvoorbeeld goed bij personen met dementie, waar casemanagement zeer kosteneffectief blijkt te zijn. Het leidt

tot grote besparingen, onder meer door uitstel van verpleeghuisopnames en lagere tijdsbelasting van naasten.¹⁶ Daarbij speelt de manier waarop casemanagement is georganiseerd ook een belangrijke rol. Regio's waar casemanagers zijn ingebed in multidisciplinaire teams zijn in staat om naast besparingen ook de kwaliteit van leven te bevorderen.

Resumerend pleiten we voor het in kleine stapjes verder ontwikkelen van proactieve zorg voor kwetsbare ouderen. Grote zorgtransities zijn vooral vanaf 2015 ingezet, ruim nadat de eerste NPO programma's zijn ontwikkeld en geïmplementeerd. We zijn inmiddels in een nieuwe context beland, waarin meer kwetsbare mensen langer thuis (moeten) blijven. De eerste hulpen in het land stromen momenteel over met oudere personen. Dat is een noodsignaal dat aangeeft dat het belangrijk is om te blijven werken aan betere eerstelijns ondersteuning voor ouderen. ■

LITERATUUR

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen. Bilthoven: RIVM, 2014.
2. Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Van de Ven PM, Twisk JW, Deeg DJ, Frijters DH, 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.
3. Stijnen MNM. Towards proactive care for potentially frail older people in general practice. Maastricht: Datayse / Universitaire Pers Maastricht, 2015.
4. Blom J, Den Elzen W, Van Houwelingen AH, Heijmans M, Stijnen T, Van den Hout W, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People - the ISCOPE study. *Age Ageing* 2016;45(1):30-41.
5. Looman WM, Fabbicotti IN, Huijsman R. The short-term effects of an integrated care model for the frail elderly on health, quality of life, health care use and satisfaction with care. *Int J Integr Care* 2014;14:1-11.
6. Bleijenberg N. Personalized primary care for older people: an evaluation of a multicomponent nurse-led care program. Utrecht: University Medical Center Utrecht, 2013.
7. Drubbel I. Frailty screening in older patients in primary care using routine care data. Utrecht: University Medical Center Utrecht, 2013.
8. 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(2):209-17.
9. 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. *Br Med J* 2013;347:f5264.
10. Spoorenberg SLW, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BPH, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatrics* 2013;13(62):1-11.
11. Suiker J, Buurman BM, Ter Riet G, Van Rijn M, De Haan RJ, De Rooij SE, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res* 2012;12 (85):1-12.
12. Metzelthin S, Daniëls R. Interventies en effectiviteit (theorie). In: Van der Ploeg ES, Gobbens RJJ, redactie. Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
13. Van Hout H. Eerstelijns- en wijkgerichte ouderenzorg: onderbouwing voor een integrale vernieuwingsstrategie in Amsterdam. Amsterdam: Ben Sajet Centrum, 2016.
14. Zorgmarkt Advies. Stappenplan realiseren structurele financiering innovatieve ouderenzorg. Amsterdam, juni 2016.
15. <http://www.nivel.nl/nl/nzr/contacten-huisartsenpraktijk> [cijfers over 2014].
16. MacNeil-Vroomen JL, Bosmans JE, Eekhout JE, Eekhout I, Joling KJ, Van Mierlo LD, et al. The cost-effectiveness of two forms of case management compared to a control group for persons with dementia and their informal caregivers from a social perspective. *PlosOne* 2016 (accepted).

Verwijzingen bij klachten van de borst

In het decembernummer van H&W verschijnt de herziene NHG-Standaard Borstkanker. In deze standaard staan onder andere richtlijnen voor verwijzing voor aanvullend diagnostisch onderzoek bij klachten van de borst. Wij onderzochten de werkwijze van huisartsen bij vrouwen met klachten of afwijkingen van de borst of angst voor borstkanker.

De huisartsen van de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn beantwoordden een aantal vragen bij elk consult van een vrouw van 25 jaar of ouder met klachten van de borst, mogelijk gerelateerd aan borstkanker. Gegevens over consulten naar aanleiding van een positieve uitslag van een mammogram bij het bevolkingsonderzoek borstkanker werden niet in de analyses betrokken.

VERWIJSBELEID VERSCHILT PER DIAGNOSE

In totaal waren er gegevens over 1134 consulten beschikbaar voor analyse. Bij 352 vrouwen (28%) was er volgens de huisarts geen verwijzing voor nader onderzoek geïndiceerd. In de [figuur] staan de door de huisarts gestelde diagnoses bij verwezen en niet-verwezen vrouwen. Bij een knobbel/zwelling werd 87% verwezen. Er waren 12 vrouwen met een benigne neoplasma, die allemaal werden verwezen. Het verwijzpercentage bij een (vermoeden van) maligniteit was 30%. Bij het merendeel van de vrouwen met deze diagnose was sprake van een bekende episode van borstkanker (89 van de 115). Bij 26 vrouwen met een nieuwe ziekte-episode van een mogelijke maligniteit werd 92% verwezen.

DIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF SCREENING?

We hebben de 782 vrouwen die door de huisarts zijn verwezen in drie groepen verdeeld:

- 1) Een verwijzing naar de mammopoli, radiologie of klinische genetica/polikliniek erfelijke tumoren voor nader diagnostisch onderzoek (66%).

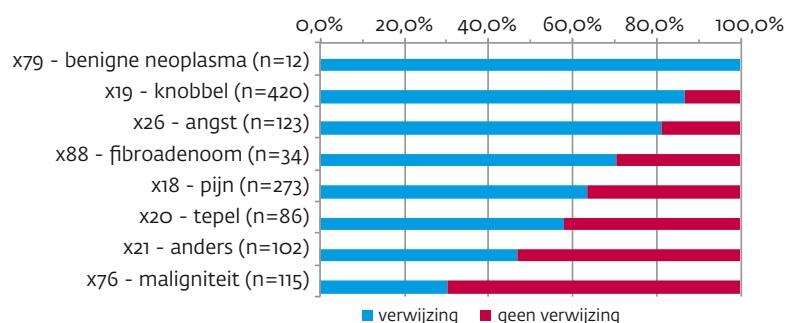
- 2) Een verwijzing uit preventieve overwegingen of geruststelling bij een familiale belasting (6%).
- 3) Een verwijzing bij pijn of angst voor borstkanker zonder aanwijzingen voor maligniteit of een verwijzing ter geruststelling of uit preventieve overwegingen zonder dat er sprake was van een familiale belasting. Deze laatste groep verwijzingen wordt gezien als een vorm van screening buiten het bevolkingsonderzoek, de zogeheten opportunistische screening (28%).

In onze onderzoekspopulatie blijkt opportunistische screening met de leeftijd af te nemen. In de groep vrouwen onder de 50 jaar – die niet wordt uitgenodigd voor deelname aan het bevolkingsonderzoek – kon 31% van de indicaties bij de verwezen vrouwen aangemerkt worden als opportunistische screening, terwijl dat 25% was in de groep vrouwen van 50 tot 74 jaar die wel een uitnodiging kregen. Deze verschillen waren echter niet statistisch significant.

CONCLUSIE

Huisartsen verwijzen het merendeel van de vrouwen met klachten van de borst door voor nader diagnostisch onderzoek. Van alle verwijzingen is twee derde (66%) in lijn met de NHG-Standaard Diagnostiek bij mammacarcinoom, terwijl ruim een kwart (28%) van de verwijzingen gezien kan worden als een vorm van screening buiten het bevolkingsonderzoek. ■

Figuur Diagnoses (ICPC-codes) bij 1134 vrouwen met klachten van de borst, naar verwijsgedrag naar de tweede lijn. Er kon sprake zijn van meerdere klachten/diagnoses



De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met behulp van gegevens die in 2012 en 2013 werden verzameld door huisartsen die participeren in de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. NIVEL Zorgregistraties maakt gebruik van routinematig bijgehouden gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van circa 500 deelnemende huisartsenpraktijken met in totaal ruim anderhalf miljoen ingeschreven patiënten (zie ook www.nivel.nl/zorgregistraties). De Peilstations zijn ongeveer veertig huisartsenpraktijken met een ingeschreven populatie van 0,7% van de Nederlandse bevolking, die aanvullend rapporteren over het voorkomen van een aantal gezondheidsproblemen, gebeurtenissen en verrichtingen die in routineregistraties ontbreken. De samenstelling is landelijk representatief wat betreft de geografische spreiding en bevolkingsdichtheid. Bij een consult van een patiënt met een van bovengenoemde waarschijnlijke diagnoses werd een aanvullende vragenlijst ingevuld over de aanwezigheid van een familiale belasting, een eventuele verwijzing naar het ziekenhuis voor verder onderzoek en de reden hiervoor. Het onderzoek is een samenwerkingsproject tussen NIVEL en het Landelijk Referentiecentrum voor Bevolkingsonderzoek (LRCB).

Doelmatige zorg: wat leren we deaios?

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 aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W
• Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Wanneer moet er een controle gepland worden? Is er aanvullend onderzoek nodig? Moet dit nu of kan het ook later? Artsen wegen in de dagelijkse praktijk voortdurend kosten voor het gezondheidssysteem en kansen op gezondheidswinst tegen elkaar af. Hiermee hebben zij een belangrijke invloed op de zorgkwaliteit en -kosten. Hoe leren medisch studenten, arts-assistenten en artsen 'doelmatige zorg' te leveren en hoe kunnen (huisarts)praktijken en opleidingen dit leerproces optimaliseren?

HUIDIG BELEID

In de huidige basisopleiding is er geen gestructureerd onderwijs dat zich op 'doelmatige zorg' richt. De vraag is of gestructureerd onderwijs over dit onderwerp überhaupt nodig is. In de dagelijkse praktijk maken artsen immers voortdurend afwegingen op het gebied van doelmatige zorg, waarbij zij streven naar een optimale balans tussen kosten en baten.

Wel is het door de toenemende mogelijkheden voor diagnostiek en behandelingen voor de individuele arts lastig vast te stellen welke middelen in het grote en veranderende aanbod potentieel schadelijk en duur zijn. Wanneer de positieve effecten van een nieuw middel twijfelachtig of klein zijn, is de vraag of de kwaliteit van de zorg in het geding is. Het voorbereiden van artsen op het afwegen van maatschappelijke verantwoordelijkheid, professionele integriteit en wensen van patiënten is een taak van de opleiding. Onderzoek is nodig om opleidingen te informeren hoe ze dit kunnen doen.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Als huisarts heb je een coördinerende en adviserende rol, waarbij het leveren van 'doelmatige zorg' een kerntaak is. De groeiende substitutie, de samenwerking met het ziekenhuis en nauwe betrokkenheid bij de ouderenzorg zorgen ervoor dat huisartsen regelmatig in aanraking komen met de dilemma's rond doelmatige zorg. De langdurige arts-patiëntrelatie geeft huisartsen mogelijkheden om mét patiënten te bespreken waar persoonlijke en medische grenzen liggen. De combinatie van een gedegen arts-patiëntrelatie en de coördinatie van het vervolgtraject maakt dat huisartsen zich bewust zijn van de consequenties van hun beslissingen voor mens en maatschappij. Daarnaast hebben huisartsen relatief veel zicht op de kosten van de zorg. Veel huisartsen die momenteel werkzaam zijn, zijn opgeleid in een tijd waarin patiënten minder

mondig waren en er beperkte technologische en therapeutische mogelijkheden waren. Huisartsen ervaren de complexiteit van 'doelmatige zorg' en zijn op zoek naar handvatten voor in de praktijk.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Naar schatting wordt er in de Amerikaanse zorg ongeveer 30% verspild.¹ Ook in Nederland is er een groeiend besef dat een deel van het zorgbudget niet ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg. Het elimineren van verspilling is een manier om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de stijgende zorgkosten te remmen. Dit heeft gunstige effecten op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Onderzoek laat zien dat scholing zich dient te richten op drie deelgebieden. Het eerste deelgebied is kennis, waarbij kennis over kosten, richtlijnen en patiëntvoorkeuren aan bod komen. Het tweede deelgebied is *reflective practice*. Hierbij krijgen artsen (in opleiding) inzicht in hun eigen praktijkvoering en worden er kritische vragen over nut en nutteloosheid gesteld. Het laatste deelgebied betreft de ondersteunende leeromgeving, waarin normen en waarden van de beroepsgroep worden doorgegeven. De leeromgeving wordt vormgegeven door collega's en andere zorgprofessionals en is van grote invloed op het leerproces.² Het is nog onduidelijk hoe artsen in de dagelijkse praktijk ondersteund kunnen worden ten aanzien van doelmatige zorg.

CONCLUSIE

Onderzoek laat zien dat verspilling in de zorg de kwaliteit en kosten van de zorg bedreigt. Het is dus van belang dat medisch studenten, arts-assistenten en artsen 'doelmatige zorg' leren te leveren aan hun patiënten. Kennis over het leerproces kan de verdere ontwikkeling van het onderwijs ondersteunen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoe leren medisch studenten, arts-assistenten en artsen doelmatige zorg te leveren en hoe kunnen de werkplekken en opleidingen dit leerproces optimaliseren? ■

LITERATUUR

- 1 Berwick DM, Hackbarth M. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307(14):1513-6.
- 2 Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, et al. Training physicians to provide high-value, cost-conscious care. A systematic review. *JAMA* 2015;314(22):2384-2400.

Preventie en huisartsgeneeskunde: over dromen en daden, en praktische bezwaren

Dit is deel 9 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. Heyman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Al vóór het ‘officiële’ begin van de moderne huisartsgeneeskunde hielden huisartsen in Nederland zich bezig met preventie. Wel was er vaak discussie over: curatief ingestelde dokters liepen er niet altijd warm voor. Ook waren er twijfels over de effectiviteit en zeker tot in de jaren negentig waren veel praktijken organisatorisch niet toegerust op programmatische preventie. Maar tegenwoordig is preventie een vast onderdeel van de praktijkvoering en een belangrijk (neven)doel in veel NHG-Standaarden. Als ergens in de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde de koopman en de dominee de degen kruisten, is het wel op het vlak van preventie.

BESCHAAFDE EN BESCHAVENDE ADVIEZEN

In de negentiende eeuw hoorde preventie bij het werk van de arts, al was het maar in de vorm van (omzichtige) adviezen aan welgestelde patiënten. De arts had weliswaar aanzien, maar bevond zich in een ondergeschikte positie te

genover zijn clientèle. Diplomatiek optreden van *medicinae doctores* was vereist:

‘Als de term “huisarts” al werd gebruikt, dan duidde deze niet zozeer op een specifiek beroep als wel op de bijzondere relatie die een doctor met een beter gesitueerde familie onderhield. Een doctor was “huisarts” van deze of gene politicus of koopman, omdat hij bij laatstgenoemde thuis werd ontvangen en daar – meer als beschaafd man dan als arts – in vertrouwen werd genomen en om adviezen werd gevraagd.’

Hoe anders was dit onder de armen, die leden

Uitgevoerd - JH aan pokken, tyfus en cholera. Volgens de gegoede burgerij het gevolg van een onzedelijke levenswandel, gekenmerkt door ‘overmatig alcoholgebruik, een zittende levenswijze, in bed lezen en nachtbraken, het toelaten van sterke hartstochten, overspel en masturbatie’.¹ De armenarts moest niet alleen genezen, maar de arme ook deugd en plichtsgevoel bijbrengen.

Dankzij de snelle groei van natuurwetenschappelijke kennis en de toepassing daarvan door idealistische jonge artsen – de hygiënisten – verschoof in de tweede helft van de negentiende eeuw de aandacht van het individu naar de leefomgeving.^{1,3} Betere hygiëne moest de vicieuze cirkel van armoede en ziekte doorbreken. De hygiënisten gebruikten epidemiologische technieken om verschillen in sterfte op te sporen en de oorzaken te achterhalen.¹

CONSULTATIEBUREAUS: IDEALISME EN VERZET

Achteraf gezien waren de hygiënisten en de armendokters eerder voorlopers van de sociale geneeskunde dan huisartsen *avant la lettre*. De spanning tussen het populatiedenken van sociaal geneeskundigen en het individuele perspectief van de huisarts zou nog vaak terugkeren.

Bovendien gaf de sterftedaling die optrad na de verbeteringen in riolering, drinkwatervoorziening en afvalverwerking – en rond 1900 ook de invoering van

arbeidswetten die de werkomstandigheden verbeterden – de hygiënisten en hun erfgenamen de wind in de rug, zoals tot uitdrukking kwam in de Wet op de besmettelijke ziekten van 1872. Preventieve initiatieven floreerden, zoals te zien aan de oprichting van kruisverenigingen en consultatiebureaus. Met steun van vermogende particulieren en kerken richtten artsen als Jacobus Penn (1821-1890), geneeskundig inspecteur van de provincie Noord-Holland, in 1875 het Witte Kruis op. Doel van deze en latere kruisverenigingen was, naar analogie van het net iets eerder opgerichte Rode Kruis voor oorlogsslachtoffers, preventie van ziekten, gezondheidsvoorlichting en verbetering van de openbare hygiëne.⁴ Kruisverenigingen richtten zich aanvankelijk op het terugdringen van zuigelingensterfte, tuberculose en malaria, later ook op astma, kanker, geslachtsziekten, reuma en diabetes.^{5,6} Voor al deze aandoeningen kwamen er consultatiebureaus. In het verzuilde Nederland volgden na het Witte Kruis vanzelfsprekend allerlei kleuren kruisen – Groen, Wit-Geel, Oranje-Groen.

Het eerste consultatiebureau voor zuigelingen werd in 1901 opgericht door de algemeen practicus Plantenga in Den Haag.⁶⁻⁸ Voor Plantenga werd dit het begin van een carrière als kinderarts.⁶ Dat is kenmerkend voor de fragmentatie van de preventieve geneeskunde en het drukke grensverkeer tussen de algemeen practici en de jonge specialismen aan het begin van de twintigste eeuw. Preventie werd door liefhebbers vanuit allerlei verschillende specialismen bestudeerd en toegepast. Een algemene lijn ontbrak.^{6,9,10}

Tussen 1900 en 1930 werden vooral op het platteland steeds meer huisartsen ingeschakeld voor de consultatiebureaus, geregeld tegen wil en dank.⁶ Hardenberg, huisarts in Stadskanaal, stelde zich ertegen teweer. Preventie was volgens hem een overheidstaak, curatie en preventie gingen niet goed samen. Bovendien ging het niet aan ‘de zoowel met administratief als met ander werk reeds zoo overbelaste huisartsen nog meer (gratis te verrichten) werk op de schouders te leggen’.^{11,12} Al

NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502GE 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 belangenverstremgeling: niets aangegeven. De financiële middelen werden verstrekt door de SBOH.

deze argumenten zouden nog vaak terugkomen, maar verhinderden niet dat in 1953 bijna de helft van de consultatiebureaus door huisartsen werd geleid.¹³ Zij vaccineerden tegen pokken, difterie, kinkhoest, tetanus, tuberculose en roodvonk, signaleerden rachitis en volgden de groei en ontwikkeling van de zuigelingen. Ook Van Wiechen, de man achter het schema voor de ontwikkeling van zuigelingen dat vanaf de jaren zestig op consultatiebureaus gebruikt werd, was huisarts.⁶ Wel bleven ze moppen over de beloning.¹⁴

In de jaren zeventig raakten de huisartsen hun rol op de consultatiebureaus weer kwijt. Het NHG verzette zich daartegen. Jeugdartsen focusten te veel 'op afwijkingen van de norm die bij vergelijking van grote groepen betekenis lijken te hebben':

*'Dat betekent evenwel dat onnodige onrust kan worden gewekt, dat onnodig onderzoek kan worden gedaan, en dat aldus de eerste stap op de weg van medicalisering kan worden gezet.'*¹⁵

Het verzet was vergeefs, het animo bij huisartsen bleek op termijn gering, mede door de povere honorering. Inmiddels zijn de meeste consultatiebureaus geïntegreerd in GGD'en of thuiszorgorganisaties.

VAN WOUDSCHOTEN NAAR ANTICIPERENDE GENEESKUNDE

Maar zover was het nog niet in de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog. De huisartsgeneeskunde bevond zich in een crisis, maar het geloof in preventie was groot, vooral buiten de huisartsgeneeskunde. Volgens ambtelijk arts D. de Vries was preventie de oplossing van de hoge werkdruk van huisartsen:

'In de laatste decennia is gebleken o.a. uit de sterke daling der zuigelingensterfte, hoe belangrijk de resultaten van dit werk kunnen zijn en hoeveel inefficiënt medisch werk daarmee kan worden uitgespaard. (...) Maar waarom dan dit periodieke onderzoek en deze sterk opvoedende persoonlijke voorlichting



Consultatiebureau voor zuigelingen. Huisarts Van Laere, Liempde, december 1980.

*niet uitgestrekt over de gehele bevolking?*¹⁶

De Vries rekende voor dat alle Nederlanders elke twee à drie jaar een preventief onderzoek konden ondergaan, indien huisartsen bereid waren daarvoor wekelijks vijf uur spreekuurtijd in te ruimen. In een kwartier per patiënt konden diabetes, tuberculose, kanker, hypertensie, oogafwijkingen en orthopedische problemen vroegtijdig worden ontdekt. De Vries kreeg er de handen niet voor op elkaar. Eerst moesten huisartsen het met zichzelf eens worden over de reikwijdte van hun taak.

Huygen formuleerde als eerste een huisartsgeneeskundige visie op preventie, onder meer na het eerste NHG-Congres over preventie, dat van 1965.¹⁷⁻²² Hij vond dat de huisarts bij uitstek bedreigingen van de gezondheid kon signaleren, vooral ook door diens bijzondere relatie met de huismoeder:

*'Wij zien haar tijdens zwangerschap en bij de bevalling, op het zuigelingen- en het kleuterbureau. Wij zien haar juist op de gevoelige momenten (...). Juist op deze momenten zal zij openstaan voor raad, zal zijzelf naar oplossingen zoeken.'*²²

De huisarts waakte over de gezondheid van zijn praktijkpopulatie:

*'Dit heeft belangrijke consequenties voor ons gedrag in het verkeer, onze rook-, eet- en drinkgewoonten en voor ons eigen medicamentengebruik! Het veranderen van eigen gewoonten is geen eenvoudige zaak.'*²²

Zo lijken we terug bij de raadgever uit de negentiende eeuw. Toch was er ook iets nieuws: een gelijkwaardige arts-patiëntrelatie:

*'Er moet hiervoor sprake zijn van een persoonlijke relatie, een werkelijke communicatie en geen eenrichtingsverkeer (...). Wanneer wij eerlijk en reëel zijn, zullen velen van ons moeten bekennen dat hieraan in de dagelijkse praktijk dikwijls veel ontbreekt. Zo zullen wij onze neiging tot paternalisering moeten bedwingen en trachten af te leren.'*²²

In het spanningsveld tussen collectieve en individuele preventie koos Huygen voor het individu. Hij verwachtte weinig van 'ongerichte massaonderzoekingen'.

Waar Huygen een vroege huisartsgeneeskundige visie op preventie formuleerde, onderzochten andere *founding fathers* van de huisartsgeneeskunde praktische methoden. Zo nodigde Ten Cate in zijn Wassenaarse praktijk in de jaren zestig ruim 400 patiënten van 40-65 jaar uit voor een 'periodiek geneeskundig onderzoek'.²³ Ook de Stolkwijkse

huisarts Van den Dool onderzocht zijn praktijkpopulatie en kwam tot de conclusie – net als Huygen – dat ongericht bevolkingsonderzoek niet goed past in de huisartsenpraktijk. Wel pleitte hij voor het identificeren van individuen met een verhoogd risico, om persoonsgericht preventieve maatregelen te kunnen treffen. Van den Dool noemde deze surveillance van risicogroepen ‘anticiperende geneeskunde’, een term die in de jaren zeventig en tachtig nog veel gehoord zou worden.^{24,25} Andere termen die voor het eerst opdoken in de jaren zestig waren ‘fout-positief’, ‘fout-nega-



Kees van den Dool, van 1953 tot 1976 apotheekhoudend huisarts te Stolwijk, verwierf faam met ‘zijn’ anticiperende geneeskunde (foto: 1959).

tief, ‘primaire preventie’ en ‘secundaire preventie’.²⁶

Onderzoeken zoals die van Ten Cate en Van den Dool onthulden ook de schaduwwijzen van preventie. Neem de drie maligniteiten die Van den Dool ontdekte: de maagkankers bleken inoperabel en de patiënte met het coloncarcinoom had al uitzaaiingen. Een ander nadeel was de ongerustheid bij de patiënt, die bijvoorbeeld tijdens het wachten op de uitslag kon optreden.^{24,25} Men vroeg zich af of dit niet een vorm van medicalisering was die meer kwaad dan goed deed:

‘Vondsten moesten ook curabel zijn: het ging er niet om iets afwijkends te

vinden, het ging erom dat de mensen geholpen werden.’²⁶

Dit debat beperkte zich niet tot Nederland. De WHO publiceerde in 1968 het rapport van Wilson en Jungner met tien criteria waaraan screening moest voldoen.²⁷ Deze criteria worden nog altijd gebruikt.

TEGENGAS

Van openlijk verzet tegen anticiperende geneeskunde was begin jaren zeventig nog geen sprake, maar dat zou veranderen. Van den Dools anticiperende geneeskunde bestond uit 26 onderzoeken van de wieg tot het graf, inclusief een X-thorax ongeveer elke tien jaar, peak-flowmetingen en spirometrie, periodieke ECG's en screening op bacteriurie, glucosurie en urinezuur.²⁸ Zolang dit soort voorstellen beperkt bleven tot de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* riepen ze weinig weerstand op.⁵ Maar er kwam tegengas toen de LHV in 1977 dit schema overnam in een nieuw Takenpakket van de huisarts.²⁹ Herman van Aalderen, hoogleraar aan de VU, en André Knottnerus stelden dat de huisartsgeneeskunde theoretisch en praktisch niet klaar was voor systematische preventie. Theoretisch niet omdat de anticiperende geneeskunde ‘haar positieve waarde ten dele nog niet heeft bewezen’ en ‘het gevaar in zich bergt dat de arts te veel het leven van de individuele patiënt gaat bepalen’. Ongevraagde adviezen van de huisarts pasten niet bij de kern van het Methodisch Werken: aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt.³⁰ En praktisch niet omdat de organisatie en financiering van de praktijken – vaak nog solopraktijken zonder assistentie – er niet op afgestemd was. Wel erkenden Van Aalderen en Knottnerus de unieke positie van huisartsen: zij konden zorgen voor een ‘minder anonieme, technische benadering van beroepsblind, ongebreideld doorzoeken dan in de speciale massagerichte screeningsinstituten volgens Amerikaans model’.³¹

Het is geen onbetekenend detail dat dit verzet kwam van de nog jonge academische huisartsgeneeskunde. De reactie van Van Aalderen en Knottnerus



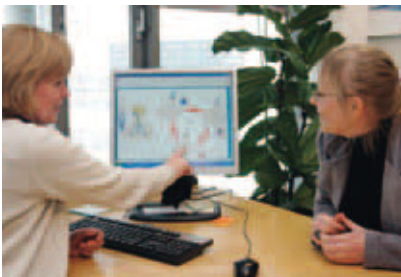
In 1992 verscheen het NHG-boekje *Voorlichting door de huisarts. Praktische richtlijnen voor uitleg en instructie tijdens het consult*, onder redactie van Richard Grol.

weerspiegelde niet alleen de huiver voor medicalisering maar ook de wens het handelen van de huisarts wetenschappelijk te funderen. In de jaren zeventig en tachtig vond men de wetenschappelijke basis voor preventie te mager. Zo beschreef de Nijmeegse hoogleraar Chris van Weel in zijn inleiding van het NHG-Congres over preventie van 1986 vooral welke onderdelen van Van den Dools schema moesten afvallen omdat ze niets opleverden. Geen wetenschappelijke basis was er bijvoorbeeld voor screening op diabetes, CARA (zoals astma en COPD destijds heetten), prostaatacarcinoom, longkanker, routine-ECG's, oogdrukmetingen en Mantoux-tests.³²

PREVENTIEPARADOX

Het nut van preventie werd vanaf de jaren zestig vooral beargumenteerd op basis van epidemiologische onderzoek op populatieniveau, zoals de Framingham Study: etiologische studies die het verband aantoonde tussen risicofactoren en ziekten.³³ Het was echter nog niet bewezen dat beïnvloeding van die risicofactoren zou leiden tot gezondheidswinst voor de individuele patiënt.³⁴

De Britse epidemioloog Geoffrey Rose vatte in 1981 het dilemma tussen collectieve en individuele preventie samen in zijn concept van de 'preventieparadox'.³⁵ Rose rekende voor dat het verlagen van een licht verhoogd risico bij veel mensen voor de maatschappij het meeste effect heeft. Voor het individu geldt het omgekeerde: als de kans op ziekte klein is, is er weinig persoonlijke winst te verwachten van inspanningen om dat risico verder te verlagen. Voor het individu is juist het verlagen van een zeer hoog persoonlijk risico aantrekkelijk, maar omdat er veel minder mensen zijn met een sterk verhoogd risico valt de maatschappelijke winst daarvan tegen. In dit dilemma kiest Rose zelf voor de strategie die het meeste effect heeft voor de bevolking als geheel – op voorwaarde dat de gekozen interventies veilig en werkzaam zijn.^{34,35}



Vanaf 2005 verschenen de NHG-Patiënten-afbeeldingen: bijvoorbeeld afbeeldingen van organen zoals hier hart en bloedvaten, waarmee de huisarts de patiënt tijdens het consult kan voorlichten.

Nederlandse huisartsen, ook de voorstanders van programmatische preventie, stelden in meerderheid juist het individuele belang centraal. De Maastrichtse hoogleraar huisartsgeneeskunde Van Ree stelde in 1990 dat een huisarts met voldoende zekerheid tegen zijn patiënt moet kunnen zeggen 'dat de vaak niet geringe preventieve inspanningen die hij zich moet getroosten, voor hem zeker de moeite waard zullen zijn'. Daarvoor was dus selectie van hoogrisicopatiënten nodig.³⁶ Van Veen, een andere preventieprotagonist, schreef in dezelfde jaren:

*'Individuele preventie heeft haar rechtvaardiging niet te zoeken in een grote bijdrage aan de volksgezondheid.'*³⁷

WEINIG DRAAGVLAK, TOCH SCREENING

In de jaren tachtig ging de discussie over de vraag hoe die hoogrisicostategie moest worden toegepast. Mochten gezonde mensen wel ongevraagd benaderd worden? De Gezondheidsraad pleitte voor het opsporen van hypertensie door elke drie jaar bij alle patiënten de tensie te meten.^{38,39} In verscheidene regio's experimenteerde men met actieve screening. Voorbeelden zijn het Nijmeegs Interventieproject (NIP, 1976-1979), het Leidse project Risicofactoren opsporing hart- en vaatziekten (RIFOH, 1982-1986) en, opnieuw in Nijmegen, het PreTensieproject (1988-1990, in samenwerking met de GGD'en).⁴⁰

Duidelijk werd dat huisartsen patiënten met hoge bloeddruk of cholesterol prima konden opsporen, mits financiering, assistentie en praktijkorganisatie goed waren geregeld. Het Basistakenpakket noemde in 1983 preventie als een van de taken van de huisarts, maar pas later volgden de randvoorwaarden.^{41,42} Het draagvlak onder huisartsen was mager, tijdens het NHG-Congres van 1986 stemde 56% tegen 'het op eigen initiatief en systematisch benaderen van patiënten door de huisarts'.^{5,43} Als 'bijwerkingen' van preventie werden onder andere genoemd: het 'vrijbriefeffect' (de test is goed, dus ik ben gezond, dus ik mag doorgaan met mijn ongezonde leefwijze), de onterechte geruststelling en de onterechte verontrusting. Wanneer was effectieve preventie dan wel mogelijk? NIVEL-onderzoeker Wienke Boerma formuleerde op dat congres de voorwaarden. Ja, mits de meerwaarde is aangetoond: er moet een wetenschappelijk fundament zijn, de patiënt moet de interventies acceptabel vinden en mee willen doen, en de (huis)arts moet ertoe bereid en in staat zijn.⁴³ Deze criteria zou het NHG vervolgens ook hanteren.^{40,44}

Ondanks alle bezwaren begonnen huisartsen in de jaren negentig griepvaccinatie en cervixscreening voor hun



Behandeldkamer huisarts met posters over stoppen met drinken.

rekening te nemen. De Haagse huisarts Vos beschrijft welke factoren hierbij een rol speelden.⁴⁵ Er was druk van buiten: staatssecretaris Simons vroeg begin jaren negentig onder andere NHG en LHV de mogelijkheden van programmatische preventie uit te werken ten behoeve van de *Nota Preventiebeleid*.⁴⁶ Er dreigde concurrentie. En uiteindelijk kwam er geld. Dat gaf de doorslag.⁴⁵ Ton Drenthen, sinds 1986 beleidsmedewerker preventie bij het NHG, vertelt hoe de LHV in Den Haag een vergoeding van tien gulden per vaccinatie veilig stelde en vervolgens de tegenstanders binnen de beroepsgroep overhaalde om in te stemmen met een pilot van één jaar. Daarmee was de zaak beklonken. Toen een huisarts het waagde bij de evaluatie van de pilot hardop te betwijfelen of de influenzavaccinatie wel tot het takenpakket hoorde, snoerden twee collega's hem direct de mond: 'We hebben nog nooit zoveel geld verdiend in een middag, dus hou je mond!'⁴⁵

Een belangrijk argument om griepvaccinaties en cervixscreening door huisartsen te laten uitvoeren, was dat de opkomst dan beter zou zijn en niet beperkt zou blijven tot de groepen met het meeste geld, de hoogste opleiding en het laagste risico. Een pilotproject rond Nijmegen toonde aan dat de opkomst voor cervixscreening bij huisartsen inderdaad veel beter was dan bij GGD'en.^{45,47} In 1998 begon in duizend huisartsenpraktijken een volgende pilot: Preventie: Maatwerk, hart- en vaatziekten.⁴⁸ Al gauw werden er bedenkingen geëntleerd in *Huisarts en Wetenschap*. Er ontstond een flinke discussie.⁴⁹⁻⁵³



Folder Preventieconsult, 2011.

Het pleit werd in eerste instantie echter niet beslecht op inhoudelijke gronden. De LHV en het ministerie van Volksgezondheid (in die tijd VWS) hadden destijds een conflict over de financiering van praktijkondersteuners.⁴⁵ Toen de screening op hart- en vaatziekten op het punt stond landelijk ingevoerd te worden, stemde de ledenvergadering van de LHV in 2002 onverwacht tegen deze uitbreiding van het takenpakket zonder bijbehorende financiering.⁵²⁻⁵⁴

DE ACHTERDEUR

Preventie verdween daarmee van de agenda, althans bestuurlijk. In relatieve stilte integreerden de richtlijnontwikkelaars van het NHG de bestaande richtlijnen voor cholesterol en hypertensie in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Daarmee werd de geïntegreerde individuele risicoschatting, waarover al decennia was gesproken, standaard beleid.⁴⁵⁻⁵⁵ Screening

van gezonde mensen bleef taboe, althans voor huisartsen; commerciële partijen zetten de total body scan in de markt.⁵⁶ Hoewel de Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting pleitten voor screening, bleven de huisartsen verdeeld: 40% was voor, 40% was tegen, de rest wist het niet.⁵⁷ De NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico die in 2011 werd gepubliceerd, was expliciet bedoeld als betrouwbaar alternatief voor het bestaande aanbod van zelftests en checks.⁵⁸ Maar de scepsis en de verdeeldheid die vanaf Woudschoten weerklonken, bleven de kop opsteken.^{53-59,60}

Inhoudelijk gaat het veel voorstanders om gelijke toegang tot preventie. 'Levensverwachting en kwaliteit van leven zijn ongelijk verdeeld', zegt de Nijmeegse hoogleraar Pim Assendelft. 'Preventie is een van de belangrijkste mogelijkheden om sociaal-economische gezondheidsverschillen op te heffen.' Medicaliserend vindt hij dat niet:

'Voor het Preventieconsult hoeven mensen alleen een vragenlijst in te vullen. Ik weet niet wat daar medicaliserend aan is. Als we mensen aanspreken

*op hun eigen verantwoordelijkheid, lijkt mij dat minder medicaliserend dan te wachten tot ze pillen moeten slikken.'*⁶¹

Niet dat preventie eenvoudig is. Assendelft: 'Het klopt, leefstijlverandering is weerbarstig.' Zo zijn we terug bij Huygen, die in de jaren zestig al schreef dat preventie geheel eigen eisen stelt aan de arts-patiëntrelatie:

*'Het gaat immers niet alleen of niet in de eerste plaats om de overdracht van kennis, maar vooral om het teweegbrengen van houdingsveranderingen, het ombuigen van gewoonten. (...) Voor dit alles zal tijd moeten worden vrijgemaakt. Tijd voor het contact met onze patiënten, voor rustige gesprekken, tijd en aandacht voor onze "gezonde" patiënten. Tijd ook voor onszelf, voor bezinning, hetgeen minstens even nodig is als actie.'*⁶² ■

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

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.

In 1995 werden de eerste rekken met 40 NHG-Patiëntenfolders verzonden, die nog in veel huisartsenpraktijken te vinden zijn.



Bloeddrukstreefwaarde 75-plussers

Henk Koopman

INLEIDING

Er bestaat nog veel onduidelijkheid over de meest optimale systolische bloeddruk (SBD). Omdat de vrees bestaat dat het aantal cardiovasculaire gevallen door een te strikte hypertensiebehandeling zal toenemen, hanteren de richtlijnen voor ouderen hogere streefwaarden (SBD < 160). De toename van events bij lagere bloeddrukwaarden (SBD < 130), ook wel het J-curve effect genoemd, is tot dusver alleen in observationeel onderzoek gezien. De *Systolic Blood Pressure Intervention Trial* (SPRINT) werd opgezet om het effect van een lagere streefwaarde beter te kunnen evalueren. De uitkomsten zijn eerder in deze rubriek besproken.¹ Omdat eventueel nadelige effecten zich vooral voordoen op oudere leeftijd, werden 75-plussers apart onderzocht. Onlangs zijn ook de resultaten van dit deel van het onderzoek gepubliceerd.² De doelstelling van dit onderzoek was om het effect van een intensieve bloeddrukbehandeling (SBD < 120) te vergelijken met dat van een standaardbehandeling (SBD < 140) bij personen van ≥ 75 jaar met hypertensie (SBD 130-180), maar zonder DM.

ONDERZOEK

Geïnccludeerde SPRINT-deelnemers van ≥ 75 jaar (n = 2636) volgden na randomisatie hetzelfde behandelprotocol als de overige deelnemers. Met behulp van een speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld en gevalideerd meetmodel werd bovendien bij de start van het onderzoek de mate van fitheid uitgedrukt in de zogeheten frailty-index. In dit model werden variabelen verwerkt met betrekking tot onder meer comorbiditeit, aantal ziekenhuisopnames, cognitie, depressiekenmerken, gezondheidsbeleving en loopsnelheid. Deelnemers werden geclassificeerd als fit, minder fit, of kwetsbaar. Primaire uitkomstmaat was het optreden van een of meer cardiovasculaire events.

Resultaten Van 2510 personen werden de complete follow-upgegevens verzameld. In totaal werden 815 personen (30,9%) geclassificeerd als kwetsbaar en 1456 (55,2%) als minder fit. In de intensieve groep (SBD < 120) werden 440 personen (33,4%) als kwetsbaar geclassificeerd tegenover 375 personen (28,4%) in de standaardgroep (SBD < 140). Hoewel er meer uitvallers waren onder de als kwetsbaar en minder fit geclassificeerde personen, was er geen verschil tussen beide behandelgroepen.

De gemiddelde SBD bij de start was in beide groepen 141,6 mmHg en daalde tot 123,4 mmHg in de interventiegroep en tot 134,8 mmHg in de standaardgroep. De *event rate* in de intensief behandelde groep was na gemiddeld 3,14 jaar interventie significant lager dan in de standaardgroep (102 versus 148). Hetzelfde gold voor het aantal overlijdensgevallen, ongeacht de oorzaak (73 versus 107). Voor de events bedroeg het NNT 27 (95%-BI 19 tot 61), voor sterfte 41 (95%-BI 27 tot 145). In beide behandelgroepen was het aantal events hoger bij toenemende

kwetsbaarheid, maar in de intensief behandelde groep traden in alle klassen (fit, minder fit, kwetsbaar) minder events op. Over het geheel genomen was er tussen beide behandelgroepen geen verschil in het aantal ernstige complicaties. Hypotensie, syncope, elektrolytstoornissen, acute nierschade en eGFR-daling > 30% werden iets vaker gezien in de intensieve groep. De verschillen waren echter klein en bovendien, behalve voor eGFR-daling (1,70 versus 0,58% per jaar; HR 3,14 (95%-BI 1,66 tot 6,37)), statistisch niet significant. In de intensieve groep was het absolute aantal valincidenten met verwonding zelfs iets lager (4,9 versus 5,5% in de standaardgroep; HR 0,91 (95%-BI 0,65 tot 1,29)). Het percentage ernstige bijwerkingen bleek hoger in de kwetsbare groep (onder andere twee keer zoveel valincidenten en drie keer zoveel ziekenhuisopnames), maar er was geen verschil tussen beide behandelgroepen.

Conclusie van de auteurs Bij thuiswonende personen van ≥ 75 jaar leidde een intensieve bloeddrukbehandeling (SBD < 120) vergeleken met een standaardbehandeling (< 140) tot significant minder cardiovasculaire events en sterfte.

INTERPRETATIE

Onafhankelijk van de mate van fitheid was er een klinisch relevante daling van het aantal cardiovasculaire events bij de deelnemers in de intensief behandelde groep. Bij deze gunstige resultaten moeten wel een aantal kanttekeningen geplaatst worden. De frailty-index is in de onderzoeksopzet niet meegenomen in de powerberekening, waardoor de onderzochte groep mogelijk te klein is voor harde conclusies. Ook zijn er beperkingen ten aanzien van de generaliseerbaarheid. Zo ontbreekt een aantal potentieel kwetsbare groepen: personen verblijvend in verzorgings- en verpleegtehuizen, patiënten met DM2, hartfalen of beroerte in de voorgeschiedenis. Toch blijkt uit onderzoeken onder de algemene bevolking dat het fitheidsprofiel van de thuiswonende 75-plusser sterk overeenkomt met dat van de oudere SPRINT-deelnemer. Een groot deel van deze populatie heeft ook lichte tot matige hypertensie en zou voldoen aan de insluitcriteria van het SPRINT-onderzoek. De vraag of de bloeddrukstreefwaarde van deze thuiswonende, maar niet per se fitte, senioren naar beneden moet worden bijgesteld, lijkt daarmee bevestigend te moeten worden beantwoord. ■

LITERATUUR

- 1 Huijbers E. Streefwaarde onder de 120 mmHg? Huisarts Wet 2016;59:274.
- 2 The SPRINT Research Group. Intensive vs. standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years. A randomized clinical trial. JAMA 2016;315:2673-82.

Dr. H. Koopman, waarnemend huisarts. • Correspondentie: henkkoopman159@hotmail.com.



KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CPM. Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingstehuis. Huisarts Wet 2016;59(10):430-3. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 468.

- In het onderzoek van Van Buul werden 143 urine-kweekuitslagen van 66 verzorgingshuisbewoners onderzocht. De *E. coli* bacterie laat in het verzorgingshuis andere prevalentiepercentages en resistentiepercentages zien dan in de huisartsenpraktijk. Hoe wijkt de *E. coli* uit de verzorgingshuiskweek af van de *E. coli* uit de huisartskweek?

 - E. coli* komt minder vaak voor in het verpleeghuis en is minder vaak resistent.
 - E. coli* komt minder vaak voor in het verpleeghuis, maar is vaker resistent.
 - E. coli* komt vaker voor in het verpleeghuis, maar is minder vaak resistent.
 - E. coli* komt vaker voor in het verpleeghuis en is vaker resistent.
- Op grond van de bevindingen uit haar onderzoek doet Van Buul aanbevelingen over het te kiezen antibioticum in het verzorgingshuis, als een urinekweekuitslag bij een bewoner niet kan worden afgewacht. Van Buul relateert haar aanbevelingen door te wijzen op het geringe aantal verzorgingshuizen (en kweken) waarop haar onderzoek is gebaseerd. Wat is nog meer een reden waarom een uniform antibioticabeleid voor verpleeg- en verzorgingshuizen geen panacee is?

 - Een uniform antibioticabeleid druist in tegen het regionaal georganiseerde verpleeghuiswezen.
 - Resistentiepercentages tussen verpleeghuizen blijken sterk te kunnen verschillen.
 - Verpleeg- en verzorgingshuizen rapporteren sterk verschillend over bijwerkingen van antibiotica.
- Bij een meerderheid van de urinekweken uit dit onderzoek werd bacteriegroei aangetoond. Een positieve kweek betekent echter niet altijd een urineweginfectie. Met name bij geïnstitutionaliseerde bewoners (en bij ouderen) komt asymptomatische bacteriurie vaak voor. Behandeling van asymptomatische bacteriurie wordt niet geadviseerd. Welk advies geeft Van Buul bij bewoners met bacteriurie ($> 105/\text{ml}$) en klachten die niet specifiek zijn voor een urineweginfectie (bijvoorbeeld onrust)?

 - Antibiotische behandeling.
 - CRP-bepaling, beleid afhankelijk van de uitslag.
 - Terughoudend zijn met behandeling.
- De NHG-Standaard Urineweginfecties spreekt over urineweginfecties met 'tekenen van weefselinvasie'. Welke symptomen vallen onder dit begrip?

 - Alleen koorts.
 - Alleen koorts en flank- of perineumpijn.
 - Koorts, flank- of perineumpijn en acute verwardheid/delir.
- Dysurie, strangurie en pollakisurie zijn klachten die specifiek zijn voor een urineweginfectie. Ouderen presenteren vaker aspecifieke klachten bij urineweginfecties. Welk symptoom kan bij hen op een urineweginfectie wijzen?

 - Onbegrepen koorts.
 - Urine-incontinentie.
 - Verwardheid.
 - Alle voorafgaande symptomen.
- Van Buul adviseert bij verzorgingshuisbewoners met een urineweginfectie (zonder tekenen van weefselinvasie), waarbij niet op de kweekuitslag gewacht kan worden, blind te starten met een antibioticum. Welk antibioticum adviseert zij bij deze groep?

 - Fosfomycine.
 - Ciprofloxacine.
 - Nitrofurantoïne.
 - Trimethoprim.
- De heer Van Wijk, 84 jaar en verpleeghuisbewoner, schaamt zich over het niet kunnen ophouden van zijn urine. Hij heeft geen klachten die passen bij een blaas-infectie. De huisarts neemt een urinekweek af. Uit de kweek komt een *E. coli* ($> 105/\text{ml}$). De huisarts behandelt op basis van het antibiogram. Welk effect mag de huisarts van deze behandeling op de urine-incontinentie verwachten?

 - Geen effect.
 - Verbetering.
 - Verslechtering.
- De heer Vliegen, 82 jaar en thuiswonend, heeft pijn bij het plassen en is sinds een uur rillerig en onrustig. Zijn lichaamstemperatuur is $38,4^\circ\text{C}$; de nitrietest is positief. De huisarts stelt de diagnose urineweginfectie met weefselinvasie en stuurt een kweek in. Vanwege het klinisch beeld wil hij de kweekuitslag niet afwachten. Welk medicament is volgens de NHG-Standaard Urineweginfecties in dit geval eerst aangewezen?

 - Amoxicilline/clavulaanzuur.
 - Ciprofloxacine.
 - Cotrimoxazol.
 - Nitrofurantoïne.

Veiligheid steröïdinjectie voor plaatsing prothese

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 Steröïdinfusies met lokaal anestheticum worden vaak toegediend voor pijnvermindering in degeneratieve knie- en heupgewrichten met zowel een therapeutisch als diagnostisch doel. Van het intra-articulair gebruik van corticosteroïden in heup en knie zijn bijwerkingen bekend, zoals septische artritis, en mogelijk een verhoogde kans op gewrichtsinfectie bij eropvolgende prothesiologie. In afwachting van een operatie zou de huisarts met een intra-articulaire injectie kunnen helpen om de pijn te verlichten. Sommige orthopeden hebben als beleid om niet binnen drie maanden na een injectie te opereren om het risico van een postoperatieve infectie te reduceren. Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over de vraag of een corticosteroïdinjectie in het heup- of kniegewricht veilig is voor een patiënt die binnen drie maanden een heup- of knieprothese zal krijgen?

Zoekstructuur In PubMed werd gezocht (9 juni 2016) met de zoekopdracht: (infection or safety) AND (hip or knee or THA or TKA) AND (injection or infiltration) AND (steroid or corticosteroid). Wij vonden met deze zoekopdracht 204 artikelen, waarin wij handmatig verder zochten naar case-control onderzoeken op basis van titel en abstract. Van de relevante artikelen werden ook de referenties op bruikbaarheid beoordeeld.

Resultaten Er werden vijftien case-control onderzoeken gevonden die het verband bekeken tussen preoperatieve corticosteroïdinjecties en postoperatieve prothese-infecties. In acht ervan was onvoldoende informatie beschikbaar over injecties die drie maanden voor de operatie waren gegeven. Er bleven zeven onderzoeken over waarin wel een subgroepanalyse kon worden gedaan op basis van de intervaltijd tussen de injectie en de operatie. Hiervan hadden drie onderzoeken te weinig deelnemende patiënten met als gevolg dat het aantal patiënten met een complicatie te beperkt was om een klinisch relevant verschil te kunnen vinden.

De vier overgebleven grote, recente onderzoeken (282,326 patiënten) vergeleken subgroepen met verschillende intervalltijden.¹⁻⁴ Het eerste onderzoek bekeek het postoperatieve infectiepercentage van patiënten met een injectie een jaar voor de operatie.² Dat was 3,3% en significant meer dan de 2,4% in de controlegroep zonder voorafgaande injectie ($p = 0,03$).¹ In de subgroep die een injectie één tot vijf jaar voor de operatie kreeg, was er geen significant verhoogd risico ($p = 0,27$).

In het tweede onderzoek was het prothese-infectiepercentage van een knieprothese 3,4% indien binnen drie maanden voor de operatie een injectie was gegeven; significant hoger dan in de controlegroep met 2,3% infecties ($p < 0,0001$).¹ Bij een injectie drie tot zes maanden en zes tot twaalf maanden voor het plaatsen van een knieprothese was het infectiepercentage niet significant verhoogd (respectievelijk 2,5% en 2,2%). Twee onderzoeksgroepen vonden voor heupprothesen min of meer hetzelfde.^{3,4}

Bespreking De gepubliceerde onderzoeken hebben alle methodologische zwaktes. Allereerst zijn ze retrospectief. Daarnaast hebben ze zeer wisselende kenmerken wat betreft infiltratietechniek, dosis en type corticosteroïd en lokale verdoving die gebruikt worden, eventueel toegevoegd contrast en het aantal injecties dat gegeven wordt.

De data werden deels verzameld door middel van vragenlijsten, soms uit de dossiers van ziekenhuizen of uit de registers van ziektekostenverzekeraars en soms werden cases en controles uit verschillende ziekenhuizen geselecteerd.

Er zijn drie onderzoeken van voldoende omvang die een groep patiënten beschrijven met intra-articulaire injecties in de drie maanden voor een gewrichts vervangende operatie.^{1,3,4} Deze onderzoeken geven steun aan het beleid om een periode van drie maanden preoperatief aan te houden waarin geen injecties gegeven mogen worden. Het vierde onderzoek laat dezelfde trend zien.²

Conclusie Op basis van de beschikbare onderzoeken concluderen wij dat het waarschijnlijk inderdaad niet veilig is om binnen drie maanden voor een geplande gewrichtsoperatie een intra-articulaire corticosteroïdinjectie te geven.

Betekenis De veiligheid van intra-articulaire steröïdinjecties is niet aangetoond en een geïnfecteerde prothese heeft grote gevolgen. Om deze twee redenen wordt het geven van intra-articulaire injecties in een periode van drie maanden voor een gewrichts vervangende operatie afgeraden. ■

LITERATUUR

- 1 Cancienne JM, Werner BC, Luetkemeyer LM, Brown JA. Does timing of previous intra-articular steroid injection affect the post-operative rate of infection in total knee arthroplasty? *J Arthroplasty* 2015;30:1879-82.
- 2 Ravi B, Escott BG, Wasserstein D, et al. Intra-articular hip injection and early revision surgery following total hip arthroplasty: a retrospective cohort study. *Arthritis Rheumatol* 2015;57:162-8.
- 3 Schairer WW, Nwachukwu BU, Mayman DK, Lyman S, Jerabek SA. Preoperative hip injections increase the rate of periprosthetic infection after total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2016;31(9):S166-9.
- 4 Werner BC, Cancienne JM, Brown JA. The timing of total hip arthroplasty after intra-articular hip injection affects postoperative infection risk. *J Arthroplasty* 2016;31:820-3.

Internetprogramma werkt bij angstklachten

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 • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Context Het behandelen van psychische klachten is sinds 2014 een taak van de huisarts en de poh-ggz. Angstklachten komen veel voor in de huisartsenpraktijk en hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van de patiënt. In de module POH-GGZ krijgt de huisarts ruimte om e-health in te zetten bij de behandeling van psychische klachten. Er zijn internetbehandelprogramma's met of zonder begeleiding van een behandelaar. De begeleiding kan face to face of online plaatsvinden. Deze programma's zijn grotendeels gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), een effectieve behandeling van angstklachten.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit van internetprogramma's gebaseerd op CGT met e-mailbegeleiding voor het verminderen van angstklachten bij patiënten met een angststoornis?

Conclusie auteurs De auteurs selecteerden 38 RCT-onderzoeken (3214 proefpersonen), waarin internet-CGT programma's (ICGT) met e-mailbegeleiding vergeleken worden met respectievelijk een wachtlijst (geen behandeling), ICGT zonder begeleiding of CGT met face-to-facebegeleiding. De geïncludeerde onderzoeken bekeken het effect bij sociale fobie (11), paniekstoornis zonder en met agorafobie (8), gegeneraliseerde angststoornis (5) en PTSS (2). ICGT met e-mailbegeleiding lijkt een effectieve behandelmethode. Bij meer patiënten werd een klinisch relevante verbetering van de angstklachten gezien na behandeling vergeleken met patiënten die op een wachtlijst stonden. (RR 3,75, 95%-BI 2,51 tot 5,60), SMD (*standardized mean difference*) -0,75 (95%-BI -0,98 tot -0,52). Vergelijking van ICGT met en zonder e-mailbegeleiding (SMD 0,28, 95%-BI -2,21 tot 2,78) en van ICGT en CGT met face-to-facebegeleiding (SMD 0,17, 95%-BI -0,35 tot 0,69) toonde geen verschil.

Beperkingen De onderzoeken waarbij een wachtlijst wordt vergeleken met ICGT met e-mailbegeleiding waren van lage tot gemiddelde kwaliteit, de onderzoeken over ICGT met en zonder e-mailbegeleiding en CGT met face-to-facebegeleiding waren van zeer lage kwaliteit. Dit komt vooral omdat bij onderzoek naar het effect van psychologische interventies het niet goed mogelijk is om proefpersonen en behandelaars te blinderen. Voor het overige was de opzet van de onderzoeken goed. De heterogeniteit tussen de onderzoeken wat betreft behandelprotocollen en het type angststoornis beperkt de bewijskracht van de effectiviteit van ICGT.

COMMENTAAR

De NHG-Standaard Angst adviseert zelfhulp met begeleiding op afstand door de huisarts of poh-ggz voor patiënten met angstklachten met relatief gering lijden. ICGT met e-mailbegeleiding is een intensievere vorm dan de zelfhulp die in de standaard beschreven staat. Deze vorm van ICGT wordt momenteel met name in de Generalistische Basis GGZ aangeboden. Het vraagt expertise en tijd van de hulpverlener om deze intensieve begeleiding te kunnen bieden. In deze review wordt de meerwaarde van e-mailbegeleiding overigens niet aangetoond en daarom zou het positieve effect van ICGT verklaard kunnen worden door de inhoud van het internetprogramma. De resultaten van de review onderschrijven het advies van de NHG-Standaard Angst dat ICGT een effectieve behandeloptie is bij angstklachten.

Ondanks de sterke aanwijzingen voor de effectiviteit van ICGT en de financiële ruimte via de module POH-GGZ, wordt ICGT nog niet op grote schaal ingezet voor de behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk. In Nederland verwachten patiënten face-to-facebegeleiding en ze moeten vaak gemotiveerd worden om aan ICGT deel te nemen. Ook blijkt dat in de praktijk de meerderheid van de patiënten die start met ICGT het programma niet afrondt. Dit kan komen omdat de patiënt voldoende is opgeknapt, maar ook omdat het onvoldoende aansluit bij de verwachting van de patiënt. Het is belangrijk dat de huisarts en de poh-ggz goed bekend zijn met het programma en vertrouwen hebben in de werking van ICGT. Als het programma gecombineerd met face-to-facebegeleiding wordt aangeboden, lijkt de therapietrouw groter en beter te voorzien in de behoefte van de patiënt.

De minimale inzet van ICGT in de huisartsenpraktijk komt misschien ook omdat Nederland in vergelijking met veel andere landen over toegankelijke ggz-voorzieningen beschikt. ICGT is een aantrekkelijker alternatief als wacht- of reistijden voor hulpverlening langer zijn. E-mental health is breder dan ICGT. Er zijn korte modules en apps beschikbaar voor psychische klachten, zoals piekeren en slaapproblemen. Deze sluiten mogelijk beter aan bij de hulpverlening in de eerste lijn, waar met name klachtgericht en kort wordt behandeld. Dat neemt niet weg dat de resultaten van deze review motiveren om de haalbaarheid van verdere implementatie van ICGT in de huisartsenpraktijk te onderzoeken. ■

LITERATUUR

- 1 Olthuis J, Watt M, Bailey K, Hayden J, Stewart, S. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;3:CD011565.

Ivo Smeele nieuwe hoofdredacteur H&W

Per 1 oktober 2016 is Ivo Smeele de nieuwe hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap. Een kleine stap binnen het NHG, van implementatie naar bureauredactie H&W. Maar voor Ivo een nieuwe uitdaging waar hij met veel enthousiasme aan is begonnen. Ivo volgt Just Eekhof op, die dit voorjaar afscheid nam.

Ivo Smeele is huisarts in Eindhoven en al ruim 25 jaar bij het NHG betrokken in diverse functies, van medevormgever van het standaardenbeleid en auteur van NHG-Standaarden, tot hoofd van de afdeling Implementatie. 'Ik wil deze betrokkenheid graag voortzetten in de functie van hoofdredacteur H&W. Samen met de redactiecommissie en bureauredactie wil ik de uitdaging aangaan om een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van het wetenschappelijke tijdschrift van het NHG. Zowel inhoudelijk als wat betreft verschijningsvorm', aldus Ivo. 'H&W heeft de laatste jaren grote stappen gezet en wordt door de lezers hoog gewaardeerd. Vorig jaar scoorde H&W in de ledenraadpleging een 7,9. De lezers benoemden in die raadpleging

echter ook aandachtspunten zoals omvang, mogelijkheden om snel informatie te verzamelen, eenrichtingsverkeer en taaiheid. In mijn visie is daarom verdere aanscherping aan de eisen van deze tijd en de wensen van de toenemend digitaal georiënteerde en gesegmenteerde doelgroep noodzakelijk.'

Inhoud en verschijningsvorm

'Wat betreft inhoud dient H&W het platform te zijn en te blijven voor onafhankelijke wetenschap', vindt Ivo. 'Een andere belangrijke functie is het ondersteunen van het werken in de dagelijkse klinische praktijk. Daarnaast fungeert het blad als bindmiddel voor de vereniging NHG.' Hij vindt de visie van de *British Medical Journal* een voorbeeld van hoe een aan een professie en kennisinstituut zoals het NHG gelieerd tijdschrift kennis kan verspreiden: "to publish rigorous, accessible and entertaining material..."

Het verder ontwikkelen van de verschijningsvorm is volgens Ivo de grootste uitdaging. Wenkend perspectief is een digitaal wetenschappelijk en op de praktijk gericht multimediaal nieuwsmedium. Het vertrouwde papieren



maandblad is dan de condensatie, het naslagwerk en het tastbare product van het communiceren met de leden over wetenschap en praktijk door de maand heen.

De komende tijd wil Ivo veel luisteren naar lezers, auteurs, de makers van H&W en leren van andere succesvolle tijdschriften. 'Op basis van een gezamenlijk gedragen plan kunnen we dan stappen zetten. Volgend jaar bestaat H&W 60 jaar, hopelijk hebben we dan een voor de lezers eerste zichtbare stap gezet!'

Susan Umans

Vacature H&W Redactielid gevraagd

Huisarts en Wetenschap is het meestgelezen tijdschrift voor huisartsen over wetenschap en praktijk met een oplage van 13.000 exemplaren. Het komt elke maand tot stand dankzij een enthousiaste club huisartsen en onderzoekers die samen de redactie vormen. Zij lezen en beoordelen manuscripten, zijn voortdurend op zoek naar nieuwe onderzoeksartikelen, azen op bijdragen voor rubrieken, schrijven journaalstukjes en commentaren, en bedenken plannen om H&W verder te verbeteren. De redactie wordt in haar werkzaamheden ondersteund door een bureauredactie. Per 1 december 2016 treedt volgens rooster een van de redactieleden af en is er plaats voor een nieuw lid.

Taken

- Beoordelen en bespreken van binnengekomen manuscripten in de maandelijkse redactievergadering (elke derde donderdag van de maand van 16.00 tot 19.00 uur).
- Begeleiden van auteurs bij het herschrijven van manuscripten.
- Schrijven van journaalstukjes en commentaren.
- Werven van auteurs voor rubrieken.
- Leveren van nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling van H&W en bijdragen aan de verdere ontwikkeling van ons wetenschappelijke en op de praktijk gerichte tijdschrift.

Eisen

- Vlot kunnen schrijven, beschikken over een creatieve en kritische geest en een voor H&W relevant netwerk.

- Bij voorkeur praktiserende huisarts zijn.
- Bij voorkeur ervaring hebben met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs.
- Enthousiasme en bereidheid hebben om ongeveer vier uur per week te besteden aan het lezen en schrijven voor H&W.
- Bij voorkeur affiniteit hebben met implementatie en nascholing.
- Gepromoveerd zijn en/of een aanstelling hebben bij een wetenschappelijke instelling is een pré.

Redactieleden krijgen een vergoeding.

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een redactielid, een lid van de verenigingsraad en een lid van de Raad van Advies. Redactieleden hebben een zittingstermijn van vijf jaar, die ingaat na officiële benoeming door de algemene ledenvergadering. Verdere informatie kunt u krijgen bij Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W (tel. 030-2823561 dinsdag, donderdag en vrijdag of per e-mail: i.smeele@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae en belangrijkste publicaties kunt u vóór 24 oktober 2016 sturen aan Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail: redactie@nhg.org.



ZELFHULPBOEK VOOR SOMBERE OF ANGSTIGE OUDEREN

Van 't Veer-Tazelaar, Nelleke. Goed gestemd ouder worden. Een handleiding voor oudere doe-het-zelvers. Arnhem: CCD uitgevers, 2015. Werkboek: 167 pagina's, € 16,50, begeleidersboek: 82 pagina's, € 22,50. ISBN 978-94-92096-06-7 en ISBN 978-94-92096-050.

Doelgroep Ouderen met somberheids- en angstklachten.

Inhoud Het werkboek bestaat uit twee delen, waarmee de oudere zelf – liefst samen met een ander (al dan niet professioneel) – aan de slag gaat. Het eerste deel bevat informatie over somberheid en angst, het risico van een negatieve spiraal richting depressie en angststoornis, lijsten om oorzaken en verbanden te achterhalen en tips en oefeningen. Bij lichte klachten kan het doornemen van dit deel al voldoende zijn om zich weer beter te voelen. Aan de hand van een 'stemmingsthermometer', een zelf in te vullen visueel analoge scoringslijst met vier vragen naar het ervaren gevoel op vier domeinen in de laatste week, kan verschil gemeten worden. In het tweede deel worden drie



methoden uitgelegd en aangeboden die wat dieper gaan: 'constructief denken en voelen', 'problemen oplossen' en 'mooie herinneringen terugvinden'. Dit zijn praktisch vormgegeven uitwerkingen van cognitieve gedragstherapie, *problem solving treatment* en de reminiscentiemethode. De oudere kan zelf een methode kiezen die hem het meest aanspreekt. Alle drie de methoden worden helder beschreven en praktisch uitgewerkt in opdrachten en oefeningen.

In het begeleidersboek worden de verschillende onderdelen toegelicht en onderbouwd. Tevens staan er diverse, handige tips in om de oudere te motiveren en te stimuleren.

Oordeel Beide boeken zijn in heldere taal geschreven en hebben een duidelijke structuur. De oefeningen zijn praktisch en hanteerbaar vormgegeven. De rol en mogelijkheden van huisarts en huisartsvoorziening worden meerdere keren benoemd. De problematiek wordt in een breder kader geplaatst en de lezer wordt op een respectvolle manier bejegend en uitgenodigd het lot in eigen hand te nemen. De beschreven methoden zijn wetenschappelijk onderzocht en effectief gebleken bij ouderen die zelf klachten ervaren. Een minpunt is de wat saaie en schoolse vormgeving: illustraties die het geheel wat kleur zouden geven en de problemen enigszins zouden kunnen relativeren, ontbreken. Het boek zal bij ouderen met somberheids- en angstklachten bijdragen aan het verminderen van deze veelvoorkomende problematiek.

Annet Wind

Waardering: ●●●●

FARMACOTHERAPIE BIJ OUDEREN

Van Ingen Schenau, Jan. Farmacotherapie bij ouderen. Anders dan anders? Uitgeverij Silhouet, 2016. 230 pagina's, € 29. ISBN 978-90-80145-058-4.

Doelgroep Jan van Ingen Schenau is, zoals hij zelf omschrijft, 'senior en werkzaam geweest als specialist ouderengeneeskunde'. In 2015 is van zijn hand het boek *Medicijnen voor Senioren* verschenen, geschreven voor ouderen. Dit boek is bedoeld voor artsen, verpleegkundigen en *physician assistants* die zich bezighouden met het voorschrijven van medicatie aan ouderen.

Inhoud Het boek begint met een begrijpelijke uitleg waarom farmacotherapie bij ouderen anders werkt en leidt de lezer in een beperkt aantal pagina's langs een samenvatting van de veranderende farmacokinetiek, -dynamiek, bijwerkingen en interacties bij het ouder worden. Vervolgens worden polyfarmacie, therapietrouw en de STOPP- en START-criteria kort omschreven, steeds in korte, bondige hoofdstukken van enkele bladzijden. Dit alles vormt een opmaat naar het tweede deel van het boek: een naslagwerk waarin de verschillende medicijn groepen beschreven worden. Als lezer hoop ik dus na het lezen van een hoofdstuk over een dergelijke groep, bijvoorbeeld statines, precies te weten welke keuzes ik bij ouderen moet maken. De auteur belooft in de inleidende

hoofdstukken hierbij zelfs nog aanbevelingen te doen ten aanzien van kwetsbare ouderen, omdat deze een aparte groep vormen. Ik hoopte dan ook dat het boek een extra nuance zou aanbrengen op de STOPP- en START-criteria, en een duidelijk baken zou zijn ten aanzien van farmacotherapie.

Oordeel Het boek heeft zijn verwachtingen bij mij helaas niet waar kunnen maken: waar het weliswaar een fraai

overzicht geeft van de huidige stand van zaken ten aanzien van farmacotherapie bij ouderen, en dat ook nog eens in begrijpelijke taal, zou je toch hopen dat er per medicijn groep door de auteur een soort finale weging gegeven wordt van de aangehaalde bronnen over een bepaalde medicijn groep. Structureel bekijkt de auteur van ieder middel wat respectievelijk de richtlijnen, recente onderzoeken, het farmacotherapeutisch kompas, en de STOPP- en START-



criteria erover zeggen, maar samenvattingen of conclusies worden vervolgens niet getrokken. Een frappant voorbeeld daarvan is het hoofdstuk over antistolling. Hierin wordt een onderzoek aangehaald dat suggereert geen acetylsalicylzuur

meer voor te schrijven bij patiënten met atriumfibrilleren die geen vitamine-K-antagonisten kunnen gebruiken, omdat dit het risico op CVA juist zou kunnen verhogen. Vervolgens eindigt de auteur hetzelfde hoofdstuk met het benoemen van de STOPP- en START-criteria over antistolling, en wordt de acetylsalicylzuur wél weer van stal gehaald. Dit maakt dat ik als lezer in verwarring raak: binnen een en hetzelfde hoofdstuk worden tegenstrijdige adviezen gegeven ten aanzien van een bepaalde medicatiegroep, en natuurlijk is het zo

dat je per patiënt een individuele weging moet maken, maar van een naslagwerk als dit verwacht ik toch vooral dat het antwoorden en houvast geeft bij het maken van een farmacotherapeutische beslissing bij een oudere. Ik heb dan voor mijn gevoel toch meer aan de STOPP- en START-criteria bij het voorbereiden van een polyfarmaciecheck.

Karen van Eijk

Waardering: ●●

MEER COMPASSIE IN EEN NIEUWE GGZ

Van Staveren, Remke. HART voor de GGZ. Werken met compassie in een nieuwe ggz. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2016. 144 pagina's, € 24. ISBN 978-90-5898-288-9.

Doelgroep Werkers in de geestelijke gezondheidszorg.

Inhoud Door de huidige budgettering binnen ggz-instellingen zijn productiecijfers, DBC's en benchmarks centraal komen te staan. Dit zet het werkplezier van de werknemers onder druk. In dit gemakkelijk leesbare boek houdt Remke van Staveren een vurig pleidooi voor meer compassie in de zorg voor mensen met een psychische ziekte. Zij citeert hierbij een mix van interessante tekstfragmenten uit diverse bronnen en eigen werk. Het boek is opgebouwd uit drie hoofdstukken: HART voor de zorgverlener, werken met passie; HART voor de patiënt/cliënt, werken met compassie; en HART voor de zorg, samenwerken aan een menswaardige ggz.

Om niet door de verzakelijking gedemoraliseerd te raken, adviseert de auteur in het hoofdstuk 'HART voor de zorgverlener' dat de hulpverlener zich vooral moet richten op



zaken die binnen de eigen invloedssfeer liggen. En dat is de kwaliteit van de patiëntenzorg. Nadat bij de intake de symptomen zijn uitgevraagd in verband met de noodzakelijke DSM-classificatie, is het zinvoller het focus te richten op de persoonlijke diagnostiek en een gezamenlijk behandelplan. De zorgverlener is daarbij zelf het belangrijkste instrument. Behandelrelaties worden betekenisvoller en effectiever door kernwaarden als echtheid, respect en acceptatie, empathie, en flexibiliteit. Om goede zorg te kunnen leveren en 'de zaag scherp te houden' zal de zorgverlener ook goed naar zichzelf moeten luisteren. Het hoofdstuk 'HART voor de patiënt' behandelt vooral de gespreksvoering. Goede luistervaardigheden, erkenning geven, vertrouwen en hoop bieden, de regie zo veel mogelijk bij de patiënt leggen, en bij blijvende beperkingen samenwerken aan acceptatie en herstel. In 'HART voor de zorg' worden adviezen gegeven over goed samenwerken binnen een ggz-team.

Oordeel Het is duidelijk dat de auteur een warm hart heeft voor haar vak en dit graag wil overdragen door te laten zien hoe leuk en zinvol werken in de ggz is. Voor huisartsen en ervaren praktijkondersteuners-ggz bevat het boek echter weinig nieuwe informatie. Immers, gespreksvoering komt uitgebreid aan bod in de basisopleiding en de huisartsopleiding. Voor hen is haar eerdere boek, *Patiëntgericht communiceren. Gids voor de medische praktijk*, een interessanter naslagwerk.

Marian Oud

Waardering: ●●●

Uw diagnose

Fotoquiz van de maand oktober

Een moeder komt op het spreekuur met haar tien dagen oude zoon, die sinds een paar dagen een blaar in zijn rechterlies heeft. Twee kleinere blaartjes op het been zijn reeds verdwenen. Hij is verder goed gezond en ontwikkelt zich normaal. Wat is uw diagnose?

- a) Brandwond
- b) Impetigo bullosa
- c) Pemphigus vulgaris
- d) Fototoxische reactie op berenklauw

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



Foto: John Stevens

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1b

Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CMPM. *Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis. Huisarts Wet* 2016;59(10):430-3.

2b

Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CMPM. *Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis. Huisarts Wet* 2016;59(10):430-3.

3c

Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CMPM. *Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis. Huisarts Wet* 2016;59(10):430-3.

4c

Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard *Urineweginfecties (derde herziening)*. Huisarts Wet 2013;56(6):270-80.

5d

Wolffhagen MJHM, Hoepelman IM en Verhoef J. *Urineweginfectie bij ouderen; wat is de betekenis?* Ned Tijdschr Geneesk 1990;134:470-3.

6a

Van Buul LW, Veenhuizen RB, Stobberingh EE, Hertogh CMPM. *Urineweginfecties bij ouderen in het verzorgingshuis. Huisarts Wet* 2016;59(10):430-3.

7a

Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard *Urineweginfecties (derde herziening)*. Huisarts Wet 2013;56(6):270-80.

8b

Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard *Urineweginfecties (derde herziening)*. Huisarts Wet 2013;56(6):270-80.

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

Huisarts en Wetenschap

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

Redactie

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

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

Redactiesecretariaat

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

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Advertenties

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

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. Studenten ontvangen 50% korting.

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

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

Voorwaarden

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

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

© 2016
ISSN 0018-7070

mvw
redactie voor uak
in samenwerking

HO
KEUNER

Zelfredzaamheid

Het feit dat er vaak nog geen actueel overzicht is over de in gebruik zijnde medicatie bij patiënt zelf en alle betrokken zorgverleners, vind ik onacceptabel. En hoelang zijn we hier al niet over aan het praten?

Terwijl huisartsinformatiesystemen de zaak goed op orde hebben en er met de eigen apotheek en de huisartsenpost meestal een goede verbinding aanwezig is, zijn de connecties met andere apotheken en zorgverleners vaak dramatisch slecht. Bij nabellen wordt dan vergoelijkend gezegd dat de recepten wel doorgefakt zullen worden, waarmee een elektro-

nisch recept op papier komt. Die wordt vervolgens opnieuw ingetypet om weer elektro-nisch te worden. Is het niet vreemd dat

wij ons in dit digitale tijdperk nog altijd op deze manier behelpen?

Ook de rol van de patiënt zelf is hierbij van belang. Ons streven is dat de patiënt waar mogelijk zelf de regie neemt. Daarbij helpt het als je als patiënt inzicht in je eigen gegevens hebt. Dit vraagt om een grondige aanpak op een vernieuwende manier, want echte innovatie komt niet voort uit het doorontwikkelen van al tientallen jaren bestaande systemen. Met de Thuisarts.nl app zie ik goede kansen om een veilige toegang tot het medisch dossier voor de patiënt mogelijk te maken. Het actueel medicatieoverzicht zou hiervoor een goede, eerste stap zijn. Het Persoonlijk GezondheidsDossier is hiermee te realiseren. De bouwstenen hiervoor zijn in de maak; nu komt het aan op de uitwerking. Als je die aan de marktpartijen overlaat, zal dit een uitermate langdurig traject worden. Een gezamenlijke aanpak is daarom een absolute must!

Rob Dijkstra



Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk

Als vervolg op de twee veelgelezen 'verrichtingenboeken' verschijnt begin november het derde deel in de reeks handboeken van NHG en Prelum: het *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk*. Een toegankelijk geschreven en praktijkgerichte uitgave vol fraaie illustraties.

Verkoopprijs: € 89,50

Ledenprijs/aios: € 76,08



NHG-TriageWijzer

De herziene NHG-TriageWijzer is volledig geactualiseerd volgens de Nederlandse Triage Standaard, richtlijnen en inzichten rondom triage en spoedbehandeling bij de huisarts.

Verkoopprijs: € 50

Ledenprijs/aios: € 35



GGZ in de huisartsenpraktijk

Deze uitgave biedt de huisarts en de poh-ggz handige tips voor hun samenwerking bij en organisatie van de huisartsgeneeskundige ggz.

Verkoopprijs: € 45,70

Ledenprijs/aios: € 32



Wondzorg in de huisartsenpraktijk

Dit boek biedt optimale ondersteuning bij het uitvoeren en organiseren van wondbehandeling. U ontvangt tevens een gratis e-book, zodat u snel kunt zien wat de juiste wondbehandeling is bij de patiënt thuis of in de behandelkamer.

Verkoopprijs: € 40

Ledenprijs/aios: € 28



Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren

Laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbare mensen hebben een slechtere gezondheid. Vanuit het perspectief van de patiënt, de huisarts en praktijkondersteuner krijgt u praktische handvatten en inspirerende voorbeelden aangereikt.

Verkoopprijs: € 64,29

Ledenprijs/aios: € 45

Geïnteresseerd? U kunt bovenstaande boeken bestellen via de webwinkel op nhg.org.

Heeft u vragen? Neem dan contact op met het Klant- en relatiecontact via telefoon 030-282 35 00 of stuur een e-mail naar info@nhg.org.

NHG-Congres 2016 A-Z: over alledaags & zeldzaam

Huisartsen komen dagelijks in aanraking met alledaagse problemen. Als vanzelfsprekend zetten zij hun actuele kennis en vaardigheden in bij de diagnostiek en behandeling van deze kleine kwalen. Maar wat te doen bij zeldzame aandoeningen? Hoe signaleert u afwijkende patronen bij ernstige of zeldzame ziekten? Ook zonder de exacte diagnose te kunnen stellen kunt u veel betekenen als u aan een zeldzame aandoening denkt. Tijdens het NHG-Congres 2016, dat op 18 november plaatsvindt in Leeuwarden, gaat het over zowel de alledaagse als de zeldzame ziekten en kunt u de huisartsge-neeskunde van A tot Z beleven.

Diagnostiek en behandeling

Welke factoren een rol spelen bij de diagnostiek en behandeling van alledaagse en zeldzame ziekten hoort u in een drietal plenaire sessies.

De Antwerpse huisarts en universitair hoofddocent Ann Van den Bruel gaat in op het (sturen van het) diagnostisch proces. Hoe vind je als huisarts een evenwicht tussen het identificeren van die ene patiënt met een ernstige aandoening zonder bij de overige patiënten overdiagnostiek te bedrijven? Van den Bruel bespreekt in haar lezing hulpmiddelen die kunnen worden ingezet bij het voorspellen van ernstige aandoeningen.

Han Brunner, hoogleraar klinische genetica, bespreekt de rol van genetica in het diagnostisch traject. Hoe brengt kennis uit de genetica de diagnostiek van zeldzame ziekten in een stroomversnelling en wat is de rol van de huisarts hierin? Hoe kan een huisarts patiënten met een zeldzame ziekte herkennen?

Op die laatste vraag probeert ook Nicky Hekster, als wiskun-

dige werkzaam bij IBM Nederland, een antwoord te geven. Hij bekijkt hoe big data de huisarts kunnen ondersteunen bij de diagnostiek van zeldzame aandoeningen. Hoe kunnen data helpen bij het opstellen van leefstijladviezen, het herkennen van symptomen en het diagnosticeren van een zeldzame aandoening?

Zelf aan de slag

Vanzelfsprekend kunt u deze dag ook uitgebreid zelf aan de slag. Leer effectief te injecteren in knie, schouder, hand en pols. Spijker uw kennis bij het verrichten van kleine chirurgische handelingen bij en leer wat u voor uw patiënt met oogklachten kunt betekenen.

Wolf in schaapskleren

Naast de plenaire sessies en vaardighedenbijeenkomsten biedt het programma nog andere boeiende onderdelen. Leer van lastige diagnoses, vraag door bij de erfelijke aanleg van bepaalde ziektes en leer de wolf in schaapskleren te herkennen bij een potentieel ernstige ziekte. Breng een bezoek aan onze bioscoop of doe mee aan de kleinekwalenquiz. Zoals elk jaar is er ook nu weer een gezellige pre- en afterparty. Kijk voor een uitgebreide toelichting op het programma www.nhgcongres.nl.

Schrijf u nu in!

Als u zich nu inschrijft voor het NHG-Congres 2016 geldt de gereduceerde prijs van € 316 (tot en met 24 oktober 2016).



Dr. Ann Van den Bruel



Prof. dr. Han Brunner



Dr. Nicky Hekster

Programma vrijdag 18 november 2016

08.30 uur	Ontvangst en registratie	
09.15 uur	Plenaire opening NHG <i>Dr. Rob Dijkstra, bestuursvoorzitter NHG</i>	
09.45 uur	Opening inhoudelijk programma <i>Dr. Janny Dekker, congresvoorzitter</i>	
09.50 uur	Is dit alledaags? <i>Dr. Ann Van den Bruel, huisarts</i>	
10.10 uur	Wordt zeldzaam alledaags in de huisartsenpraktijk? <i>Prof. dr. Han Brunner, klinisch geneticus</i>	
10.30 uur	Pauze in de expositieruimte	
11.05 uur	Grote sessie AA	Kleine sessies A-Z en Vaardigheden
12.00 uur	Wisselen van zaal	
12.15 uur	Kleine sessies A-Z en Vaardigheden	Grote sessie AA
13.10 uur	Lunch in de expositieruimte	
14.20 uur	Grote sessie ZZ	Kleine sessies A-Z en Vaardigheden
15.15 uur	Pauze in de expositieruimte	
15.55 uur	Kleine sessies A-Z en Vaardigheden	Grote sessie ZZ
16.50 uur	Verzamelen voor de plenaire slotbijeenkomst	
17.00 uur	Big Data: de diagnostische hulp van A tot Z! <i>Dr. Nicky Hekster, IBM Health Care & Lifesciences Nederland</i>	
17.15 uur	Blik op het NHG-Congres 2017	
17.20 uur	Verrassende afsluiting	
17.40 uur	Borrel	
18.30 uur	NHG-diner en feest in het WTC	

Stem nu op Thuisarts.nl!



Thuisarts.nl is genomineerd voor de Website van het Jaar verkiezing 2016, categorie Gezondheid. Het is de ultieme publieksprijs die zich richt op de kwaliteit en inhoud van websites. De verkiezing wordt voor de zestiende keer georganiseerd.



Zorgt u er samen met ons voor dat we worden uitgeroepen tot Website van het jaar 2016? Tot en met 4 november a.s. kunt u via www.websitevanhetjaar.nl uw stem uitbrengen. Mogen wij op uw stem en steun rekenen?

'Als je zesmaal zoveel antibiotica voorschrijft als je collega, moet je je toch achter de oren krabben'



Steeds vaker wordt de noodklok geluid als het om antibioticaresistentie gaat. Wereldwijd wordt dit een steeds groter probleem; meer en meer bacteriën zijn ongevoelig voor de geneesmiddelen die artsen op dit moment tot hun beschikking hebben. Hoewel er in Nederland relatief weinig antibiotica worden voorgeschreven, vindt hoogleraar Huisarts-geneeskunde Theo Verheij dat er ook hier wel degelijk ruimte voor verbetering is.

Waarom is er in Nederland aandacht nodig voor het antibioticagebruik?

'Nederland is wereldwijd het laagst voorschrijvende land als het om antibiotica gaat. Allereerst vind ik dat er voor ons daarom een voorlopersrol is weggelegd en we andere landen moeten ondersteunen bij het terugdringen van hun antibioticagebruik. Maar ook in Nederland hebben we wel degelijk nog de nodige stappen te zetten. In de eerste plaats omdat er op dit moment nog te veel variatie zit in het voorschrijfgedrag tussen huisartsen. Uit onderzoek blijkt dat er een factor vijf tot zes tussen de laagst en hoogst voorschrijvende huisartsen zit. Deze variatie valt niet te verklaren door verschillen in populaties. Ten tweede wordt in een laag voorschrijvend land als Nederland nog altijd ruim een derde van de antibiotica niet volgens de richtlijnen voorgeschreven. Ook bij ons valt dus nog de nodige winst te behalen.'

Ligt de oplossing in het strikter volgen van de richtlijnen?

'Nee, dat is niet de kernboodschap. Het is juist goed om indien nodig bewust van de richtlijnen af te wijken. Maar 30% niet volgens de richtlijnen voorschrijven is wel veel en als je zesmaal zoveel antibiotica voorschrijft als je collega-huisarts, moet je je toch eens achter de oren krabben. Zonder te tornen aan professionele autonomie of privacy moeten huisartsen bereid zijn om kritisch naar hun eigen handelen te kijken en dit tegen een bepaalde kwaliteitslat willen leggen.'

Hoe zou dit moeten gebeuren?

'De tijd is er rijp voor om op een struc-

turelere wijze naar de kwaliteit van ons voorschrijfgedrag te kijken. We hebben een onderzoek gedaan waarbij we huisartsen spiegelinformatie over hun voorschrijfgedrag gaven en deze groep ook hulp aanboden om hun voorschrijfgedrag te verbeteren. We zagen dat hier grote stappen in te maken zijn. En een minstens zo belangrijke conclusie: de Nederlandse huisarts is erg bereid om aan kwaliteitsverbetering te werken. Ik ben hierover dan ook totaal niet pessimistisch.'

Zijn spiegelinformatie en monitoring de toverwoorden om het probleem op te lossen?

'Laat ik voorstellen dat we het probleem niet groter moeten maken dan het is. Op dit moment is de resistentie in de eerste lijn geen groot probleem. Maar het is wel belangrijk om permanent aan kwaliteit te blijven werken en onze patiënten en financiers op een transparante manier te laten zien hoe we dat doen. Juist ook om een eventuele uitbraak voor te zijn, moeten we hier nu stappen in maken. Er zijn hiervoor al allerlei instrumenten, zoals de accreditatie, en goede initiatieven, zoals Het Roer Moet Om, beschikbaar. Ik denk echter dat we toe moeten naar een structureel systeem waarin we informatie over ons voorschrijfgedrag kunnen vastleggen. Aan de hand hiervan kunnen we vervolgens een plan maken om verbeteringen door te voeren om hier ten slotte ook een kwaliteitslabel aan te hangen. Op deze manier krijgen de monitoring van antibioticagebruik en het daarmee gepaard gaande probleem van resistentie de juiste aandacht. Zo kunnen we werken aan de preventie van infectieziekten en kunnen we bij een mogelijke uitbraak snel schakelen.'

Liggen er op dit moment dan uitbraken van (resistente) micro-organismen op de loer?

'Daar is moeilijk iets over te zeggen, maar het is belangrijk om hier voortdurend alert op te blijven. De afgelopen tien jaar zijn we natuurlijk een aantal keren verrast door infectieziekten, zoals de Q-koorts, die worden overgedragen door dieren en grote gevolgen kunnen hebben voor de volks- en diergezondheid. Daarom krijgen zoönosen steeds meer aandacht, bijvoorbeeld binnen het concept 'one health', waarin de wereld als één geheel gezien wordt. Professionals uit het humane en veterinaire domein trekken samen op om tijdig maatregelen te kunnen nemen. De gemiddelde Nederlandse huisarts zal hier op dit moment in zijn dagelijkse praktijk overigens nog weinig van merken.'

Kortom: er is in ons land geen sprake van een acuut probleem, maar we moeten alert blijven.

'Inderdaad. Als we niets doen, breekt er niet direct chaos uit. Maar we hebben de instrumenten en informatie voorhanden om het nog beter te doen, dus die mogelijkheden moeten we met beide handen aangrijpen. Niet alleen om andere landen verder op weg te helpen, maar ook om ons eigen voorschrijfgedrag kritisch te blijven bekijken. Waarbij ik wil blijven benadrukken: laten we tegelijkertijd voorkomen dat een antibioticum voorschrijven per definitie wordt gezien als niet goed. Het is en blijft bij bepaalde bacteriële infecties natuurlijk een prachtig en uiterst nuttig middel.'

Redactie NHG-nieuws

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

Contact

Judith Mulder
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: j.mulder@nhg.org

Colofon

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

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