

Helaas zijn enkele voordrachten van de NHG-Wetenschapsdag niet opgenomen in H&W 2002(5). Wij publiceren ze hierbij alsnog.

**DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE IN DE HUISARTSEN-
PRAKTIJK: RESULTATEN VAN EEN QUASI-EXPERIMENTELE
STUDIE**

M. Laurant, R. Hermens, J. Braspenning, R. Grol
*Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde,
UMC St Radboud, Nijmegen*

Inleiding Recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben geleid tot een verschuiving in taken en verantwoordelijkheden van de huisartsen. Hierdoor is ook de werkdruk van de huisartsen toegenomen. Om de kwaliteit van de huisartsenzorg te kunnen blijven garanderen is extra ondersteuning in de huisartsenpraktijk gewenst.

Methode In een quasi-experimenteel onderzoek is het effect van praktijkverpleegkundige ondersteuning op de werkbelasting van de huisartsen én op de kwaliteit van de zorg gemeten (effect- en procesevaluatie). De praktijkverpleegkundigen konden worden ingezet in de zorg voor patiënten met astma, COPD, dementie en kanker.

Resultaat *Effectevaluatie:* ondanks de delegatie van taken aan de praktijkverpleegkundigen veranderde de objectieve werkbelasting van de huisartsen niet. Wel gaven huisartsen in de interventiegroep aan minder werklast te ervaren. In vergelijking met de controlegroep én met de voormeting, werd in de interventiegroep aan het einde van de interventieperiode vaker een categoriaal spreekuur voor COPD en astmapatiënten gehouden. Ook zien we in de interventiegroep een verbetering in de voorlichting aan patiënten met astma, COPD en kanker. In de zorg voor dementerende patiënten was genoeg geen verandering zichtbaar. *Procesevaluatie:* in een periode van achttien maanden werden 1885 patiënten verwezen naar de praktijkverpleegkundigen. De praktijkverpleegkundigen voerden ruim tienduizend consulten met deze patiënten. Een consult duurde gemiddeld 26 minuten.

Beschouwing Praktijkverpleegkundige ondersteuning leidt niet tot een objectieve vermindering van de werkbelasting van huisartsen. De kwaliteit van de zorg voor COPD-, astma- en oncologische patiënten is wel verbeterd door de komst van de praktijkverpleegkundige.

**DE INVLOED VAN PRESENTATIEWIJZE VAN DIAGNOSTISCHE
TESTUITSLAGEN OP ZIEKTEKANSSCHATTINGEN VAN
HUISARTSEN**

G. ter Riet, J. Steurer, J.E. Fischer, L.M. Bachmann,
M. Koller
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Inleiding Dagelijks beoordeelt de huisarts resultaten van diagnostische tests. Weet de arts wat testresultaten in hun klinische context waard zijn? Zo nee, moet deze informatie bij de uitslag beschikbaar zijn en in welke vorm dan?

Methode Aan 263 Zwitserse huisartsen presenteerden we een patiënte met vaginaal bloedverlies en een voorafkans op endometriumkanker bij deze vrouw van 10% (kans 1). Na verstreking van haar leeftijd (65 jaar) vroegen we de artsen haar kans op endometriumkanker opnieuw te schatten (kans 2). Vervolgens verstrekten we het testresultaat van een positieve transvaginale echo op drie verschillende wijzen: 'echo is positief', 'echo is positief (sensitiviteit 80%, specificiteit 60%)', of 'echo is positief, deze testuitslag komt bij oudere vrouwen met endometriumkanker tweemaal zo vaak voor als bij vrouwen zonder deze ziekte.' De laatste twee presentatiewijzen zijn kwantitatief equivalent. De huisartsen werden at random aan één van de presentatiewijzen toegewezen en hun werd gevraagd naar hun posttestkansschatting op endometriumkanker bij deze vrouw (kans 3). Uit de verschillen van kans 2 en 3 berekenden we de impliciet gehanteerde likelihood ratios (iLR).

Resultaat De huisartsen die het testresultaat zonder kwantitatieve informatie ontvingen, kenden hieraan een iLR van (mediaan) 9 toe. Het vermelden van de sensitiviteit en specificiteit verminderde deze overschatting naar (mediaan) 6. Het vermelden van de kwantitatieve informatie in common-sense formulering van de

LR van 2 leverde een iLR op van 3.

Beschouwing Het vermelden van kwantitatieve gegevens die de accuratesse van een test weergeven, kan de interpretatie ervan verbeteren. Het lijkt erop dat een gebruiksvriendelijke weergave van de LR beter werkt dan het gebruik van sensitiviteit en specificiteit.

**KNELPUNTEN IN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN
DEPRESSIE EN ANGSTSTOORNISSEN. EERSTE RESULTATEN VAN
EEN FOCUSGROEPSTUDIE**

E. van Rijswijk^{1,4}, H. van Hout^{2,4}, E. van de Lisdonk¹,
F. Zitman³ en C. van Weel¹

¹Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen, ²Afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO Vrije Universiteit Amsterdam, ³Vakgroep Psychiatrie, LUMC Leiden, ⁴International Health Foundation Utrecht

Inleiding Onderdiagnostiek en onderbehandeling van depressie en angststoornissen door de huisarts is onderwerp van uitgebreid wetenschappelijk debat. Verschillende factoren dragen bij aan het gesignaleerde probleem. Meerdere onderzoeken met als doel de kennis en vaardigheden van huisartsen op gebied van diagnostiek en behandeling te verbeteren laten bescheiden langetermijnresultaten zien. Ook de uitvoerbaarheid in de dagelijkse praktijk wordt betwijfeld. Andere factoren dan kennis en vaardigheden spelen waarschijnlijk een rol. Doel van ons onderzoek was vast te stellen hoe huisartsen depressie en angststoornissen diagnosticeren en behandelen en wat de daarbij ervaren knelpunten zijn.

Methode Als methode werd een focusgroepstudie bij drie groepen praktiserende huisartsen gebruikt. Deze methode geeft de mogelijkheid de dagelijkse praktijk te exploreren en mogelijke knelpunten en oplossingen te inventariseren en bediscussiëren. De transcripties van de groepsdiscussies werden geanalyseerd door twee onderzoekers.

Resultaten Huisartsen twifelen aan de validiteit van de diagnoses binnen de huisartsgeneeskundige populatie en aan snelle behandeling met antidepressiva. Onderscheid tussen 'normale' en 'pathologische' depressieve of angstige sympto-

matologie werd als lastig ervaren, met name bij patiënten die de huisarts goed kent en/of die hem veelvuldig bezoeken. Er werd een grote variatie aan knelpunten in zowel diagnostiek als herkenning gevonden. Op verschillende deelterrinen blijken er knelpunten te bestaan:

patiëntfactoren, artsfactoren, kennis en vaardigheden, organisatorische factoren. Naast knelpunten bestaan er ook veel (mogelijke) oplossingen en suggesties voor verbetering.

Conclusie Het is mogelijk gebleken een goed beeld te krijgen van diagnostiek en

behandeling van depressie en angststoornissen in de dagelijkse praktijk en de knelpunten die hierbij bestaan. Dit materiaal biedt mogelijkheden voor het ontwerpen van nieuwe, adequate interventies.

Intermezzo

Behoeften

Martin Winckler beschrijft in *De ziekte van Sachs* het leven van de huisarts Bruno Sachs en zijn patiënten. De prachtige verhalen worden telkens uit het perspectief van de patiënt, assistente, overbuurvrouw, geliefde, moeder of – zoals hier – door de specialist verteld. Een mooi voorbeeld van transmurale verwarring over de behoeften van patiënten. Sachs luistert met grote mildheid naar zijn patiënten; techniek, die heeft hij weinig nodig.

‘Ik hoor de klink van de binnendeur. De tussendeur gaat open. Je (Sachs) komt naar buiten en werpt een verbaasde blik op mij, ik sta op, ik loop voor je langs. Je wijst naar twee met zwarte stof beklede stoelen en zegt me plaats te nemen. Ik ga zitten, ik sla mijn benen over elkaar. Jij gaat op jouw beurt zitten.

“Wat kan ik voor u doen?”

“Ik heb u vanmorgen opgebeld, ik ben dokter Geneviève Nourissier, ik ga met dokter Bazin in Tourmens samenwerken in zijn flebo-angiologische praktijk.”

“Zo? Heeft hij het zo druk?”

“Eh, ja, er is geen gebrek aan werk, zijn praktijk heeft het laatste anderhalf jaar een heel hoge vlucht genomen. Ik heb hem verscheidene malen vervangen en nu heeft hij mij voorgesteld zijn associé te worden.”

Ik kijk je aan. Met je elleboog steunend op de rand van het

geschilderd houten blad dat als bureau dienstdoet en voorovergebogen, bijna met een kromme rug en lichtelijk verveeld, luister je naar me.

“Ja?”

“Nu... Binnenkort krijgen we een heel nieuw colorimetrisch dopplerflowmeetapparaat...”

Je glimlacht.

Je buigt je hoofd naar één kant. Je wrijft over je kin, door je ogen, zet je bril af, leunt achterover in je stoel en vraagt: “En waarover wilde u mij spreken?” “Nu, om te beginnen wilde ik kennismaken. Verder wilde ik weten welke uw behoeften zijn op het gebied van hart- en vaatziekten.”

“Mijn behoeften?”

Je trekt je wenkbrauwen op, legt je bril op het geschilderd houten bureaublad. Je buigt je naar de vloer, trekt een broekspijp op, beklopt je kuit, gaat weer rechtop zitten en haalt met een weifelende uitdrukking op je gezicht je schouders op.

“Ha, ha,” zeg ik, alsof ik de grap weet te waarderen, “ik bedoelde de behoeften van uw patiënten.”

“Mijn patiënten? Die doen hun behoefte thuis, weet u... Pas daarna komen ze naar mijn spreekuur...”

Ik sta versteld. Je vouwt je handen en kijkt me zwijgend aan. Ik vraag me af of je me in de maling neemt.’