

behandeling van deze categorie patiënten. Blijkbaar spelen er ook andere factoren dan evidence een belangrijke rol. Willen we in de toekomst de juiste patiënten juist behandelen, dan moet met deze factoren rekening worden gehouden. Richtlijnen horen niet alleen *evidence based* maar ook *practice based* te zijn, dus aan te sluiten bij de verwachtingen en mogelijkheden van zowel de patiënt als de huisarts.

Beloop van meralgia paraesthetica in de huisartsenpraktijk

A.M. van Slobbe, A.M. Bohnen, B.W. Koes, S.M.A. Bierma-Zeinstra. *Afdeling Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam*

Inleiding Hoewel de diagnose meralgia paraesthetica (MP) in de huisartsenpraktijk regelmatig voorkomt (4% van de patiënten met pijn in de heupregio), zijn er geen onderzoeken gepubliceerd over beloop en behandeling ervan in de huisartsenpraktijk.

Doel Rapporteren van beloop van MP, ernst van de klachten en beleid bij MP in de huisartsenpraktijk.

Methode In de elektronische medische registraties van 10 huisartsenpraktijken gedurende 1989 tot 2002 in de regio van Rotterdam werden patiënten met MP geïdentificeerd, resulterend in een retrospectieve patiëntserie van 99 patiënten. Deze patiënten werd schriftelijk gevraagd een vragenlijst in te vullen met vragen over de duur van de klachten, gekregen behandelingen, ervaren ernst van de klachten, en huidige klachten.

Resultaten Negenenvijftig personen (59%) retourneerden de vragenlijst. Na een gemiddelde follow-upduur van 5,6 jaar hadden 40 patiënten (67,8%) nog steeds dezelfde klachten. Deze 40 patiënten rapporteerden een gemiddelde pijnscore van 5,2 (sd 2,4) op een 10-puntsschaal. Bij een *best-case* scenario (alle non-responders zijn klachtenvrij) zou 40,4 % van de patiënten na een gemiddelde follow-upduur van 5,6 jaar nog klachten hebben. Zestien van de 59 patiënten (27%) waren behandeld met medicatie, 9 (15%) met een lokale injectie, 19 (32%) met fysiotherapie, 5 (8,4%) hadden een neurochirurgische ingreep ondergaan en 28 (47%) hadden geen behandeling ontvangen. Bij neurochirurgie en injectietherapie had een kleine meerderheid minder klachten. Bij geen behandeling, behandeling met fysiotherapie of medicatie was dit bij een minderheid van de patiënten het geval.

Conclusie MP leidt tot langdurige klachten waarbij eerstelijnsinterventies weinig succesvol lijken.

Het stimuleren van lichamelijke activiteit in de huisartsenpraktijk: is dit haalbaar en uitvoerbaar?

Een evaluatie van het PACE-project

E.M.F. van Sluijs, *onderzoeker (aio)*, M.N.M. van Poppel, W. van Mechelen. *Sociale Geneeskunde/EMGO-Instituut, VUMC, Amsterdam*

Inleiding Het stimuleren van een lichamelijk actieve leefstijl is bevorderlijk voor zowel de individuele gezondheid als voor de volksgezondheid. PACE (*physician-based assessment and counseling for exercise*) is een methode om individueel passend advies over lichamelijke activiteit te geven en is mogelijk geschikt voor toepassing in de huisartsenpraktijk. Om een antwoord te geven op de vraag of de implementatie van PACE in de huisartsenpraktijk haalbaar en uitvoerbaar is, is een procesevaluatie uitgevoerd.

Methode Het PACE-project is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) met 15 deelnemende huisartsenpraktijken in de interventiegroep en 14 in de controlegroep. De telefonische procesevaluatie vond plaats in de interventiepraktijken met zowel de adviesgever (huisarts en/of praktijkverpleegkundige) als de praktijkassistente.

Resultaten De algemene indruk over PACE was positief (82%: (erg) goed); de adviesgevers vonden het PACE-materiaal nuttig en de meerderheid was van mening dat het patiënten stimuleerde lichamelijk actiever te worden (59%). De tijdsbesteding aan het eerste consult was bij 71% van huisartsen 10 minuten of langer, bij het tweede consult was dit slechts bij 24% het geval. Als de belangrijkste belemmering bij het adviseren werd genoemd dat veel patiënten zich niet bewust zijn van de eigen inactiviteit. De meerderheid van de adviesgevers (82%) vindt PACE geschikt voor implementatie in de huisartsenpraktijk en 60% is van plan PACE in de toekomst te blijven gebruiken.

Conclusie Het PACE-programma wordt door medewerkers van de deelnemende huisartsenpraktijken als uitvoerbaar beschouwd. Als na het uitvoeren van de effectevaluatie ook een positief effect aangetoond wordt op het lichamelijke activiteitsgedrag van patiënten, kan gestart worden met een implementatietraject.

Begeleiding en advisering

Een plaspakket bij de pil: actieve opsporing van urogenitale infecties met Chlamydia trachomatis in samenwerking met de apotheek in een risicowijk in Amsterdam

J. van Bergen, *huisarts. St. soabestrijding, Afdeling Huisartsgeneeskunde AMC, Amsterdam*

Inleiding Onder de sterk multiculturele bevolking van een gezondheidscentrum in

Amsterdam-Zuidoost werd een prevalentie van *Chlamydia trachomatis* (Ct) van 6,1% gevonden. Er zijn aanwijzingen voor een toename van soa. Screening kan bijdragen aan het voorkomen van complicaties bij het individu (PID, infertiliteit, EUG), en kan verdere verspreiding tegengaan.

In het kader van een proefproject kregen alle vrouwen van 15-30 jaar die bij de apotheek hun anticonceptie(pil) ophaalden van de apothekersassistenten een Ct-screeningspakket. Zij konden hiermee thuis eerstegraads-urine opvangen en dit in de geplastificeerde retourenvelop via de gewone post naar het Streeklaboratorium van de GGD versturen. De huisartsen van het centrum ontvingen na 1 week de resultaten.

Onderzoeksvraag Wat is de opbrengst van dit opsporingsprogramma in een risicowijk waarbij vrouwen bij pilverstreking via de apotheek een Ct-screeningspakket ontvangen? Wat vinden vrouwen van deze manier van screenen?

Methode Searches in het EMD van het gezondheidscentrum. Enquête onder participanten. Interviews met huisartsen en apothekers(assistenten).

Resultaten In een periode van 2 jaar ontvingen 446 vrouwen in de leeftijdscategorie van 15-30 jaar een screeningspakket. Honderdeenentwintig vrouwen (27%) stuurden daadwerkelijk urine in naar het lab (*respondenten*) van wie 9% Ct-positief bleek (n=11). Bijna alle infecties werden gevonden onder personen van Surinaams-Antilliaanse afkomst (15% Ct-positief; n=10). Alle personen met infecties zijn behandeld en partnerbehandeling was gedocumenteerd in het EMD in 73%. Uit het vragenlijstonderzoek (respons 50%; n=188) bleek 70% van de vrouwen het een goede manier van screenen te vinden. Als reden om niet mee te doen werd meestal genoemd 'vergeten' of 'geen zin'. In 25% van de gevallen was de reden: 'niet seksueel actief' / 'pas getest' / 'nog steeds zelfde partner'.

Conclusie Het programma bleek goed uitvoerbaar. Randvoorwaarden zoals vergoedingen dienen geregeld te worden. Onder respondenten was de opbrengst hoog (Ct-prevalentie 9%). Het programma heeft een beperkt bereik: er bleek een hoge non-respons (72%), weliswaar met geïnformeerde keuzen om niet mee te doen in 25%. Mannen worden niet bereikt evenals (jonge) vrouwen die niet aan de pil zijn, maar wel seksueel actief. Brede aandacht voor seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk – en zeker in risicowijken – is gewenst.

Naar de dokter of zelf? Over verwachtingen van huisartsenzorg bij niet-ernstige, alledaagse aandoeningen

M. Cardol, F.G. Schellevis, E.H. van de Lisdonk.
NIVEL, Utrecht

Inleiding Vraaggestuurde zorgverlening is gebaat bij kennis van verwachtingen van patiënten. Patiënten reageren verschillend op gezondheidsproblemen en dit wordt vooral duidelijk in geval van alledaagse, niet-ernstige klachten. Patiëntenverwachtingen van huisartsenzorg blijken een belangrijke voorspeller voor het al dan niet consulteren van de huisarts voor alledaagse aandoeningen. Daarbij geven verwachtingen van patiënten informatie over benodigde voorlichtingsstrategieën. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in verwachtingen van huisartsenzorg bij alledaagse aandoeningen en deze verwachtingen te vergelijken met die van 1987/1988 en met actuele incidentiecijfers over morbiditeit waar de huisarts mee te maken krijgt. Ook deden we onderzoek naar determinanten van verwachtingen ten behoeve van voorlichting.

Methode Patiëntenverwachtingen werden gemeten met de Nijmeegse Verwachtingen Lijst (NVL). De NVL werd afgenomen in het kader van zowel de eerste (1987) als tweede (2001) Nationale Studie naar verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Voor het identificeren van determinanten op het niveau van patiënt, huisarts en huisartsenpraktijk werd gebruikgemaakt van multilevelanalyse.

Resultaten Vergeleken met de eerste Nationale Studie zijn de verwachtingen die patiënten van huisartsenzorg hebben gedaald. Verwachtingen en verschillen in verwachtingen tussen 1987/1988 en 2000/2001 variëren per gezondheidsklacht. Actuele incidentiecijfers onderbouwen de gerapporteerde verwachtingen echter niet. Verder laat een eerste analyse naar determinanten zien dat verwachtingen variëren naar sociaaldemografische patiëntkarakteristieken en naar praktijkkenmerken.

Conclusie Verwachtingen van huisartsenzorg verschillen per gezondheidsklacht, zijn door de tijd heen veranderd en zijn afhankelijk van patiënt- en praktijkgebonden determinanten. Incidentiecijfers onderbouwen de gerapporteerde verwachtingen niet. Intentie en praktijk verschillen; een klachtgericht model geeft mogelijk onvoldoende inzicht in redenen van patiënten om naar de huisarts te gaan.

Aandacht voor etnische verschillen tussen patiënten in standaarden: een nadere analyse van de NHG-Standaard

D.R. Manna. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam

Inleiding Standaarden zijn systematisch ontwikkelde richtlijnen om beslissingen van artsen en patiënten over optimale zorg te ondersteunen, rekening houdend met specifieke klinische omstandigheden. Omdat sommige aandoeningen anders voorkomen bij bepaalde etnische groepen lijkt het dat etniciteit ook onder deze specifieke klinische omstandigheden zou kunnen vallen. Uit een internationale vergelijking van standaarden blijkt dat NHG-Standaarden relatief weinig melding maken van etnische verschillen. In deze studie is onderzocht of etnische verschillen tussen patiënten genoemd worden in het wetenschappelijk bewijs van de NHG-Standaarden én of deze informatie terug te vinden is in de standaard.

Methode Inhoudsanalyse van manuscripten, gebruikt als wetenschappelijke onderbouwing van de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2, Hypertensie en Astma bij volwassenen. Relevante opmerkingen over etnische verschillen werden overgeschreven en vergeleken met de inhoud van de standaard.

Resultaten In het wetenschappelijk bewijs gebruikt voor de NHG-Standaarden staat voor diabetes mellitus type 2 dat er verschillen in prevalentie en in het klinische beloop zijn. Bij astma zijn dat longinhoudverschillen en bij hypertensie verschillen in prevalentie, klinisch beloop, respons op medicatie en gevoeligheid voor zoutbeperking. De diabetesstandaard noemt een hogere prevalentie van diabetes bij Hindoestanen en adviseert eerdere screening bij hen. De astmastandaard meldt dat de longinhoud etnisch bepaald is en de hypertensiestandaard noemt geen etnische verschillen.

Conclusie Niet alle etnische verschillen uit de wetenschappelijke onderbouwing vinden hun weerslag in de NHG-Standaarden. Een mogelijke consequentie is een ineffectieve of suboptimale zorg aan etnische minderheden. Vooral huisartsen in multiculturele wijken hebben veel baat bij standaarden die ingaan op de multiculturaliteit van de patiëntenpopulatie en de gevolgen daarvan.

Kwaliteit van opvang en begeleiding bij borstkankerpatiënten

Lieve Passchyn¹, Gabie Thijs². ¹Trefpunt Zelfhulp, ²LIKAS, Hasselt, België

Inleiding Eén op dertien vrouwen wordt tijdens haar leven geconfronteerd met borstkanker. De uiteindelijke diagnose en behandelingen gebeuren in het ziekenhuismilieu. Mensen van de zelfhulpgroep Boratie ervaren dat vele borstkankerpatiënten ontevreden zijn over de opvang en begeleiding. Het gaat dan onder meer over doorverwijzing, slecht-nieuwsmededeling en de informatiedoorstroming.

Doelstelling Met dit onderzoek willen we kennis verwerven over de kwaliteit van de opvang en begeleiding van borstkankerpatiënten, vanaf de periode van diagnosestelling tot na de behandelingen. De onderzoeksvragen zijn:

1. Wat vinden borstkankerpatiënten belangrijk bij opvang en begeleiding?
2. Wat zijn hun ervaringen met professionele hulpverleners?
3. Wat kan gedaan worden om de kwaliteit van opvang en begeleiding te verbeteren?

Methoden Het onderzoek bestaat uit een kwalitatief en een kwantitatief deel.

Het kwalitatieve deel bestond uit focusgroepen met leden van de zelfhulpgroep Boratie. De resultaten dienden als materiaal om een schriftelijke vragenlijst te ontwerpen. Er vonden twee focusgroepen plaats, met telkens 10 deelnemers. Zowel de positieve als negatieve ervaringen in de periode van diagnosestelling, de operatie en de behandeling kwamen aan bod. De schriftelijke vragenlijst is gebaseerd op het QUOTE-instrument van het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) en peilt zowel de verwachtingen als de ervaringen van patiënten in elk van de drie periodes. De lijst werd eind februari 2001 verstuurd naar 132 leden van Boratie.

Resultaten Van de 132 vragenlijsten die verstuurd werden, kwamen er 90 ingevuld terug. Dat is een respons van 68%. Van alle items die bevraagd werden vond men de items 'hulpverleners moeten eerlijk zijn en mij steeds de waarheid vertellen' en 'hulpverleners moeten mij de informatie geven die ik wens in begrijpbare taal' het belangrijkste.

Voor alle beroepsgroepen die in het onderzoek aan bod kwamen (huisarts, gynaecoloog, oncoloog en verpleegkundigen) geldt dat zij meer informatie moeten kunnen geven over de mogelijkheden en behandelingswijzen van de dikke arm en over het bestaan van patiëntenorganisaties.

Conclusie Uit de resultaten van het onderzoek vloeit voort dat professionele hulpverleners met spoed moeten worden ingelicht dat patiënten vooral eerlijkheid op prijs stellen en bovenal de waarheid willen kennen. Patiënten willen van alle beroepsgroepen ook meer informatie over de dikke arm en de behandelingswijzen ervan.