

De huisarts is kosteneffectief

Veel zelfverwijzers op de spoedeisende eerste hulp (SEH) hebben geen acuut probleem. Zij zorgen voor hogere kosten en langere wachttijden. Een mogelijke oplossing is om een huisarts in de SEH te integreren: het verlaagt de kosten en vergroot de patiënttevredenheid.

De meeste mensen die uit eigen beweging de SEH bezoeken terwijl ze geen levensbedreigend probleem hebben, doen dat omdat ze daar de beste medische zorg verwachten. Hoewel de meeste zelfverwijzingen tijdens kantooruren plaatsvinden blijkt het lastig om deze mensen naar de huisarts te krijgen.

Amsterdamse onderzoekers keken naar het effect van het toevoegen van een huisarts aan de staf van de SEH op de kosten, de doorlooptijd, het aantal correcte diagnoses en de patiënttevredenheid. Zij deden dit door een voor- en nameting op de SEH van het VU Medisch Centrum te Amsterdam. Gedurende 6 maanden werden alle zelfverwijzers die zich overdag presenteerden zonder

spoedeisend probleem uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek en de meerderheid (84%) stemde toe. In de eerste 3 maanden voerde de SEH-arts de zorg als gebruikelijk uit (voormeting) en de 3 maanden daarna werd de patiënt na triage door de SEH-arts of door de huisarts-(in-opleiding) behandeld. In totaal deden 832 zelfverwijzers mee aan de voormeting en 695 aan de nameting van wie er 584 (84%) door de huisarts werden behandeld. Na 4 weken werd bij de eigen huisarts gecontroleerd of de gestelde diagnose op de SEH correct was. In de nameting waren de totale maatschappelijke kosten per patiënt lager (€ 217,- versus € 288,-), de wacht- en behandeltijd was korter (69 versus 93 minuten) en de patiënttevredenheid was hoger (7,7 versus 7,3 op een 10-puntschaal) terwijl het aantal correcte diagnoses niet significant verschillend was. Toevoeging van de huisarts resulteerde in meer kwaliteit voor minder geld en was kosteneffectief.

Deze mooie resultaten zijn niet verbazingwekkend, aangezien huisartsen getraind zijn om doelmatig en met beperkte diagnostische middelen te wer-



Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

ken. Of huisartsen op deze manier het probleem van de zelfverwijzers willen oplossen is echter een vraag die zij zelf moeten beantwoorden. ■

Lidewij Broekhuizen

Bosmans JE, et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. Emerg Med J 2012;29:192-6.

Langwerkende luchtwegverwijders bij COPD

Toevoeging van een langwerkend bèta-2-sympathicomimeticum (LWBM) aan een langwerkend anticholinergicum heeft een bescheiden gunstig effect op de kwaliteit van leven en de longfunctie. Op ziekenhuisopnames en sterfte lijkt het geen invloed te hebben, volgens een recente Cochrane-review.

Luchtwegverwijding is de basis van de medicamenteuze behandeling van COPD. Eerst met de kortwerkende middelen salbutamol, terbutaline of ipratropiumbromide en bij onvoldoende effect kunnen we vervolgens kiezen tussen langwerkende anticholinergica (tiotropium) en LWBM (formoterol of

salmeterol). Hoe zinvol is een combinatie van langwerkende middelen? Deze vraag werd bestudeerd in een Cochrane-review waarin onderzoekers vijf trials analyseerden met in totaal 3263 patiënten met matige of ernstige COPD. De onderzoeken vergeleken het effect van tiotropium met dat van tiotropium plus een LWBM (formoterol, salmeterol, of indacaterol). De NHG-Standaard COPD beveelt indacaterol overigens niet aan omdat de ervaring hiermee beperkt is.

De combinatiebehandeling resulteerde in een hogere levenskwaliteit (gemiddeld verschil -1,61 (95%-BI -2,93 tot -0,29)) op de SGRQ-score van 0 tot 100, waarbij een lagere score beter is. Dit is een klein effect, want op de SGRQ wordt een verschil van 4 pas klinisch relevant geacht. Er was geen verschil in het aantal ziekenhuisopnames, exacerbaties en

sterfte, maar waarschijnlijk speelt de korte follow-up (3 tot 12 maanden) hierbij een rol. Wel was de FEV₁-toename groter bij de combinatiebehandeling (gemiddeld verschil 0,07 liter; 95%-BI 0,05 tot 0,09).

Kortom: er lijkt geen bezwaar tegen toevoeging van LWBM aan tiotropium, maar het verwachte effect is klein. Wel moeten we in acht nemen dat het bijwerkingprofiel van LWBM wat ongunstiger is bij cardiovasculaire comorbiditeit. Proberen en blijven evalueren dus. ■

Lidewij Broekhuizen

Karner C, et al. Long-acting beta(2)-agonist in addition to tiotropium versus either tiotropium or long-acting beta(2)-agonist alone for COPD. Cochrane Database Syst Rev 2012 Apr 18;4:CD008989.