

NHG-Wetenschapsdag 2007: Een bezoek aan de presentaties

Zoals altijd passeerden tijdens de Wetenschapsdag in kort tijdsbestek de jongste resultaten op huisartsgeneeskundig onderzoekgebied de revue. Een 'verslag van de dag' vindt u op pagina nhg-106. Onderstaand worden enkele voordrachten kort voor u samengevat en is er aandacht voor drie onderzoeksvragen die tijdens consultatiesessies aan de deelnemers zijn voorgelegd.

Voordrachten

De voordrachten tijdens de Wetenschapsdag zijn altijd kort en bondig: per sessie krijgen vier onderzoekers de gelegenheid om hun onderzoek te presenteren en aansluitend hierover in discussie te gaan met de zaal. Op deze manier kwamen 24 onderzoeken aan de orde.

Patiënt wil dipje

In het onderzoek 'Patiëntenperspectief op screenen voor depressie' werden zeventien patiënten geïncludeerd met (ernstige) depressieve klachten, deels recidiverend. Het onderzoek wees uit dat patiënten focussen op een specifieke oorzaak van de depressie, zoals problemen op het werk of in de relatie, rouwverwerking en eenzaamheid. Patiënten weten weliswaar heel goed wat een depressie en de bijbehorende klachten zijn, maar zien het als een ernstige psychiatrische ziekte (Heb ik dat wel? 'Echte' depressieve mensen gaan zich anders gedragen, en dat heb ik niet). Depressie is een beladen diagnose, want deze wordt geassocieerd met falen, geen weg meer terug, angst en stigmatisering. Daarom accepteren patiënten de diagnose niet gemakkelijk en geven ze de voorkeur aan een andere terminologie, zoals burn-out of dip.

Hoewel de patiënten een hulpbehoefte hebben, twijfelen ze aan het nut van behandeling, zeker als het gaat om medicatie. Ze willen vooral hulp die is gericht op de specifieke problematiek die in hun ogen ten grondslag ligt aan de depressie. De reacties op het screeningsprogramma waren echter positief, want de betrokken patiënten wilden wel degelijk wat doen aan hun klachten.

Vanuit de zaal wordt aangegeven dat ook de huisarts zelf niet gemakkelijk 'strooit' met de diagnose depressie. 'Dat is me soms net een stap te ver!' Bovendien gaat het bij depressieve klachten vaak om een momentopname. 'Als huisarts ken je je patiënten en volg je hen langer.'

Ondanks de afwijzende houding jegens therapie, blijkt toch een derde deel van de onderzoeksgroep in behandeling te zijn genomen. Mensen met lichtere klachten wezen eerder behandeling af.

Loon naar werken...

De trend is om beloningen te koppelen aan kwaliteit(verbetering) in de huisartsenpraktijk, met de verwachting dat praktijken daar dan

ook aan gaan werken. In het onderzoek 'Pay-for-performance in de huisartsenpraktijk' wordt met 26 praktijken in Zuidoost-Nederland een kwaliteitsmodel ontwikkeld, gebruikmakend van onderwerpen uit de NHG-Praktijkaccreditering. De vraag of je minimumeisen kunt stellen aan praktijken is daarbij bevestigend beantwoord, mits die eisen zo laag mogelijk zijn. Vervolgens kunnen dan variabele bonussen worden vastgesteld voor praktijken die deze eisen ruim of zeer ruim overstijgen. Het medisch handelen werd in het project tweemaal zo zwaar gewogen als de overige categorieën (praktijkvoering en patiënttevredenheid), maar dat bleek de uitslag heel zwaar te beïnvloeden. Ook bleken de 26 geïncludeerde praktijken te weinig spreiding te vertonen, zodat nu wordt verdergegaan met 67 praktijken. Het kwaliteitsmodel moet dus nog verder worden aangepast. Vanuit de zaal komt de vraag of rekening wordt gehouden met de plaats van de praktijk. 'Wie bijvoorbeeld in een achterstandswijk praktiseert, heeft veel meer moeite om aan de geformuleerde minimumeisen te voldoen. Dat zegt bepaald niets over de kwaliteit van de inspanningen.' Deze vertaalslag blijkt (nog) niet te zijn gemaakt, maar wel wordt benadrukt dat het streven is naar het zichtbaar maken van kwaliteitsverbetering in plaats van absolute scores. Dit kan de weerstand van enkele aanwezige huisartsen echter niet geheel wegnemen...

Hoe goed is de triagist?

Alleen in Engeland was tot dusver onderzoek gedaan naar de triage door assistentes in huisartsenposten, op grond waarvan werd besloten dat deze veilig en goed was. Het is de vraag of die conclusie ook in Nederland geldt, mede omdat in Engeland de assistentes worden getraind in de triage en hier niet. Daarom is nu in het onderzoek 'Telefonische triage: determinanten van een zelfstandig advies en vervolcontact bij de huisarts' in een huisartsenpost met een bereik van ruim 62.000 patiënten gedurende vier maanden bekeken hoe de afhandeling door de triagist verliep bij een toptien van klachten. Van de 4.900 telefonische klachten behoorden er 2.160 tot deze toptien. Bij 1.421 patiënten ging het om een eerste presentatie die de assistente zelf afhandelde; tweederde kwam niet meer terug bij de huisarts. Vreemd genoeg was het zo dat als de huisarts het eerste contact afhandelde, dit meer vervolconsulten gaf.

Gezocht is naar determinanten voor de wijze waarop de triagist het contact afhandelt. Naarmate de patiënt jonger en het aantal klachten lager is, neigt de assistente meer tot zelfstandig advies. Dit geldt ook voor telefoontjes gedurende de nacht. Uiteraard is het soort klacht sterk bepalend voor het al dan niet zelfstandig afhandelen. Na nachtconsultaties hebben meer patiënten een vervolconsult bij de eigen huisartsen, maar dat gold niet voor de overige determinanten (ook niet bij grotere ervaring van de triagist). De variatie tussen

de diverse betrokken triagisten was overigens erg groot.

Opvallend was dat het aantal directe verwijzingen naar het ziekenhuis door triagisten slechts 0,3 procent was; bijna altijd wordt verwezen na contact met de huisarts. Kennelijk wordt complexe problematiek dus uitstekend ingeschat.

Consultatiesessies

Tijdens de consultatiesessies leggen onderzoekers de problemen waar zij gaandeweg hun onderzoek op stuiten voor aan de zaal, waarin ook enkele deskundigen hebben plaatsgenomen. Dit zorgt altijd voor pittige discussies, maar dit jaar bleek het aantal consultaties per sessie (namelijk vier) te hoog. Hierdoor was er steeds net niet voldoende tijd om echt op het onderzoeksprobleem in te gaan en zijn de betrokken onderzoekers dus minder goed dan voorgaande jaren op weg geholpen.

Cultuurspecifieke bloeddruk

Hypertensie komt vaker voor en is ernstiger bij mensen van Afrikaanse origine. Bovendien wordt bij hen een lagere therapietrouw gevonden. Vaak ligt hieraan ten grondslag dat de patiënt abstracte ideeën heeft over de oorzaken. Zo zou de hoge bloeddruk komen door stress en migratie (hier wordt minder gezweet, waardoor 'het bloed zich ophoopt'). Bovendien menen de patiënten de symptomen van hypertensie te kunnen voelen, zodat ze de doseringen van hun medicijnen aanpassen of zelfs helemaal niet meer innemen als ze zich goed voelen. Ook zijn kruiden en huismiddeltjes populair. Bij zorgverleners is er weerstand om cultuurspecifieke voorlichting te geven en ondersteunende materialen hiervoor ontbreken. De interventie van het project 'Onder hoge druk: aandacht voor cultuurspecifieke hypertensievoorlichting' is drieledig:

- aanpassing van het CVRM-protocol, aangevuld met voorlichting (patiëntenperspectief, voorlichtingsmateriaal, sociale kaart, leefstijlinitiatieven);
- training van de praktijkondersteuner in gebruik van het protocol plus gespreksvoering;
- begeleiding van de implementatie gedurende vijf maanden.

De vraag aan de aanwezigen is met welke evaluatiemethode en -maten kan worden beoordeeld of het project succesvol is. Een eerste struikelblok is dat onvoldoende duidelijk is wat de onderzoekers willen bereiken. Een suggestie om een nulmeting te houden en deze na afloop van het project te herhalen, stuit op het probleem dat het onderzoek zich richt op zorgverleners en niet op de patiënten. Dat laatste zou ook pas kunnen als alle zorgverleners hetzelfde zouden doen.

De belangrijkste suggestie van de aanwezigen is om op ieder facet steeds heel goed te overwegen of het juiste instrument bij de juiste onderzoeksvraag wordt ingezet.

Depressie voorspeld

De schattingen van de prevalentie van depressie liggen tussen de 15 en 25 procent; tussen de 60 tot 70 procent blijft onherkend. Niet gedetecteerd is niet behandeld, dus hoe herken je beter je patiënten

met een hoog risico en bij welke patiënten is nadere diagnostiek inzetbaar? In 'Predict NL' zijn 1.046 patiënten tussen 18 en 65 jaar benaderd in de wachtkamer; dit zonder voorselectie op klachten omdat is gestreefd naar een open screening. De prevalentie was 15 procent en depressieve klachten kwamen vaker voor bij vrouwen, een leeftijd vanaf 43 jaar, een hoge consultfrequentie en meerdere klachten. De beste voorspellers van depressie waren:

- drie of meer verschillende gepresenteerde klachten;
- algemene sociale problematiek;
- meerdere life-events.

Op basis van deze uitkomsten kan dus worden geconcludeerd dat je met een eenvoudig screeningsinstrument de hoogrisicopatiënten kunt detecteren. De vraag aan de aanwezigen is welke stappen moeten worden gezet voor toepassing van dit predictiemodel in de klinische praktijk, ter opsporing van patiënten die nu niet worden herkend en wel behandeling nodig hebben.

Vanuit de zaal komt de vraag of deze patiënten wel willen worden behandeld en of de huisarts dat ook nodig vindt. Dat wordt echter een 'vervolg vraag' gevonden: 'Detectie is de eerste stap. De diagnostiek van depressie is in de praktijk vaak moeilijk, dus dit instrument kan daarbij helpen. Maar wanneer moet je het inzetten? Wanneer heeft het meerwaarde?' Het zijn vragen waar (nog) geen heldere antwoorden op te geven zijn.

Urineweginfecties: wat denkt u er zelf van?

De incidentie van urineweginfecties ligt rond de 550.000 per jaar (kosten € 12,7 miljoen). Volgens de standaard wordt eerst een nitrietest ingezet. Is deze positief dan volgt behandeling, en negatief dan volgt een dipslide. Is de dipslide positief dan volgt behandeling, en negatief dan is er geen urineweginfectie. Echter, deze aanpak is matig wetenschappelijk onderbouwd, duur en tijdrovend. Kan het ook anders?

Het onderzoek 'Acute urineweginfecties: kan de diagnostiek efficiënter?', dat zich richt op vrouwen met strangurie en frequente mictie, heeft enkele voorlopige resultaten. Voor de anamnese resteren slechts vier relevante overwegingen:

- de vrouw denkt zelf een urineweginfectie te hebben;
- strangurie, frequente mictie;
- een duur langer dan twee dagen;
- meer dan twee urineweginfecties per jaar.

Tests geven slechts twee relevante toevoegingen op deze anamnese: aanwezigheid van nitriet of bloed. Onderzoek van sediment voegt niets toe en de dipslide voegt niet veel toe aan de stick.

De vraag is nu dus: zetten we eerst een stick in, of eerst een anamnese? Een van de aanwezigen is daar laconiek over: 'Je moet eerst een anamnese doen om te weten of de patiënte pijn of een frequente mictie heeft. Bovendien ondervang je de ingewikkelder urineweginfecties niet.' Het doel van dit onderzoek is echter om van een diagnostisch tot een prognostisch model te komen. Hoe dat vorm moet krijgen, is nog niet duidelijk.

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk