JAARGANG 59 / JUNI 2016

H&W

6

Huisarts en Wetenschap

2016

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

ONDERZOEK

De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg

ONDERZOEK

Technologie om de fysieke activiteit te verhogen

BESCHOUWING

Het ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg tussen structuur en inhoud

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

6

WETENSCHAP

242 ONDERZOEK De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg
Erik Bischoff, Jan Vercoulen, Laura Elbers, et al.

248 Technologie om de fysieke activiteit te verhogen
Sanne van der Weegen, Renée Verwey, Marieke Spreeuwenberg, et al.

253 COMMENTAAR COPD-zorg: wat zou u het liefst willen?
Lidewij Broekhuizen

257 Op koers naar een nieuw tijdperk
Jako Burgers

254 BESCHOUWING Het ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg tussen structuur en inhoud
Chris van Weel

KLINISCHE PRAKTIJK

258 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Antibiotica: 'Kuur volledig afmaken'
Liset van Dijk, Anne Brabers, Judith de Jong, et al.

259 (VER)STAND VAN ZAKEN Verwijzing naar podotherapeut bij fasciitis plantaris
Nadine Rasenberg

260 NASCHOLING Het cochleair implantaat
Véronique Kraaijenga, Roderick Venekamp, Wilko Grolman

265 Centrum Seksueel Geweld voor acute slachtoffers
Iva Bicanic, Ad de Jongh, Toine Lagro-Janssen, et al.

272 CASUÏSTIEK Brachioradiale pruritis
Anneloes Helder, Jan Mekkes

274 IMPORT Streefwaarde onder de 120 mmHg?
Ellen Huijbers

275 Sterven: thuis of in het ziekenhuis?
Sjoerd Hobma

276 CATS Misoprostol bij de behandeling van miskramen
Marit Paulides, Sjoerd Bruggink

277 PEARLS Telegeneeskunde lijkt effectief
Henk Schers

239 JOURNAAL
268 GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE
273 KENNISTOETS
278 INGEZONDEN
279 BOEKEN
280 COLOFON H&W

21 HET NHG

‘De ziekte van de wetenschap’

Hij was nog jong, maar moe, zo moe dat hij hele dagen in bed doorbracht. In niets leek hij meer op de energieke man die kort tevoren nog door heel Europa was gereisd en overal waar hij kwam mensen had aangestoken met zijn ideeën en energie. Zijn toestand verslechterde en er werd een arts geconsulteerd. Deze stelde een opvallende diagnose: David Hume, want om hem ging het, leed aan ‘de ziekte van de wetenschap’. De behandeling: dagelijks een aantal uren in de frisse lucht en een halve fles bourgogne. Daarvan knapte Hume snel op.

Het voorval is enkele eeuwen oud, en lijkt zowel modern als achterhaald. Het idee dat werk van invloed is op gezondheid en kan leiden tot klachten (Hume leed aan wat wij nu burn-out zouden noemen) is vrij recent, dacht ik. Ook de behandeling lijkt op wat wij nu adviseren, al zouden we de wijn wat zuiniger doseren. Maar het idee dat wetenschap de gezondheid schaadt, dat is ons vreemd.

Intrigerend dat een verre collega handelt op een manier die lijkt op de onze, maar in zijn overwegingen de wetenschap afwijst als iets dat wezensvreemd en ziekmakend is. Terwijl wij de wetenschap juist als de kern van ons vak beschouwen. De geneeskunde heeft een lange geschiedenis, maar wij zijn geneigd ons vak te zien als iets van de moderne tijd. De arts van Hume had de beschikking over ervaring en gezond verstand. Ook zonder onze wetenschap hebben artsen handelingen uitgevoerd die sterk lijken op wat wij nu doen. Het belang van een goede balans tussen rust en lichaamsbeweging was al in de oudheid bekend. In de middeleeuwen werden er al pillen gedraaid, en geslikt. En ook al bevatten die pillen niet onze werkzame stoffen, was de mate van rust en lichaamsbeweging minder goed onderbouwd en waren de opvattingen over gezonde voeding en werkomgeving anders, de patiënt wist de dokter toch te vinden.

Ik vind het fascinerend dat ons handelen, dat we zelf het liefst wetenschappelijk noemen, niet alleen wordt gedreven door onderzoek en gezond verstand (het woord zegt het al) maar ook door tradities, patronen en verwachtingen die veel ouder zijn dan wijzelf. De serie over de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde begint in de periode rond de Tweede Wereldoorlog. Wat wij in de spreekkamer doen, heeft een veel langere geschiedenis en wat de patiënten van ons willen ook.

Zo heb ik de indruk dat mensen sneller voor een hoestje dan voor een milde diarree op het spreekuur komen. Zou dat iets te maken hebben met onze laatste grote volksziekte tbc? En als cholera de laatste grote epidemie was geweest, zouden wij dan nu een *point-of-care test* voor diarree in de praktijk hebben? Het zijn speculaties, maar het zoeken naar evenwicht in de spreekkamer tussen tradities en verwachtingen, gezond verstand en wetenschappelijke inzichten is helemaal geen slecht idee. Ga dus, als u deze H&W uit heeft, de frisse lucht in, neem vanavond een glas rode wijn, en hoed u voor de overdrijving die ‘de ziekte van de wetenschap’ heet. ■

Sjoerd Hobma

Nazorg van patiënten in de eerste lijn na behandeling van kanker

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de nazorg voor patiënten die door de (ziekenhuis)specialist zijn behandeld vanwege kanker. De meerderheid van de huisartsen voelt zich bekwaam om deze behandeling te bieden. Minder dan 10% van de ondervraagde huisartsen gaf aan terughoudend te zijn om een grotere verantwoordelijkheid in de nazorg op zich te nemen. Als voornaamste reden werd een verhoging van de werkdruk aangedragen.

Dit concludeerden Noorse onderzoekers uit de antwoorden op hun (gesloten) vragenlijsten, die afgenomen werden onder 317 huisartsen uit zowel verstedelijkt gebied als het platteland. Het onderzoek was erop gericht de ervaringen van huisartsen met het aanbieden van nazorg aan patiënten met kanker in kaart te brengen, evenals hun mening over een mogelijk grotere verantwoordelijkheid van huisartsen bij de nazorg van patiënten met kanker in de toekomst.

De huisartsen beschreven 'controle op recidieven' en 'psychosociale ondersteuning' als belangrijkste onderdelen van de nazorg. Meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen was tevreden over de samenwerking met de tweede lijn. Wel zagen zij nog uitdagingen binnen deze samenwerking en als belangrijkste uitdagingen gaven zij 'onduidelijke richtlijnen' en 'onduidelijke verantwoordelijkheden' aan.

Ook in Nederland is dit een relevant onderwerp. De Gezondheidsraad pleit in een recent rapport voor een herschikking van de nazorg voor patiënten met kanker die in opzet curatief worden behandeld. In H&W van september 2015 stond in de rubriek '(ver)stand van zaken' het GRIP-onderzoek, waarin wordt gekeken naar de effecten van gestructureerde zorg vanuit de eerste lijn voor patiënten met kanker, die in opzet curatief worden behandeld. ■

Marloes Minnaard

Fidjeland HL, et al. General practitioners' attitudes toward follow-up after cancer treatment: a cross-sectional questionnaire study. Scand J Prim Health Care 2015;33:223-32.

Colonoscopie bij vermoeden colorectaal carcinoom

Een combinatie van drie factoren kan voor de huisarts waardevol zijn bij het adequaat herkennen van patiënten met een hoog risico op colorectaal carcinoom en het verwijzen voor diagnostische colonoscopie. Die factoren zijn: leeftijd boven de 50, aanwezigheid van hypertensie en de afwezigheid van eerdere consulten voor buikpijn. Verder onderzoek naar strategieën voor effectiever verwijzen zijn hard nodig, omdat daarmee vertraging in diagnosestelling kan worden voorkomen en overbodige verwijzingen kunnen worden verminderd.

De gemiddelde huisarts in Nederland ziet maar één of twee nieuwe gevallen van colorectaal carcinoom per jaar. Het vlot herkennen van patiënten die een verwijzing moeten krijgen voor een colonscopie omdat ze een hoog risico lopen, is een uitdaging voor de huisarts. Dit komt omdat de bekende alarmsymptomen, zoals een veranderd ontlastingspatroon en rectaal bloedverlies, ook veel voorkomen bij onschuldige aandoeningen.

Koning et al. van het LUMC Leiden/Julius Centrum Utrecht onderzochten in een grote anonieme database met HIS-gegevens hoe vaak huisartsen een colonoscopie aanvroegen en wat de uitkomst daarvan was. Zij relateerden dit aan symptomen die bij deze patiënten geregistreerd waren in het HIS in de periode voorafgaand aan de colonoscopie.

In de periode 2007-2011 kreeg 2% (2787/140.000) van de patiënten tussen de 30 en 85 jaar een colonoscopie. Bij 57 patiënten (2%) werd vervolgens een colorectaal carcinoom gevonden. Analyse van de consulten in het jaar voorafgaand aan de colonoscopie liet zien dat de combinatie van drie factoren (leeftijd > 50, hypertensie en geen consult voor buikpijn in het afgelopen jaar) geassocieerd was met een hoger risico op colorectaal carcinoom (*area under the curve* 0,65).

Ondanks de beperkingen van onderzoek met HIS-gegevens, zoals persoonlijke keuzes van de huisarts in het registreren van het 'belangrijkste' symptoom waarmee een patiënt komt, is dit een voorbeeld van innovatief onderzoek waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van bestaande gegevens. ■

Foto: Shutterstock/Junlapatchara

Annet Sollie

Koning NR, et al. Identification of patients at risk for colorectal cancer in primary care: an explorative study with routine healthcare data. Eur J Gastroenterol Hepatol 2015;27:1443-8.

Azitromycine verhoogt risico op acute hartdood niet

Huisartsen schrijven regelmatig het macrolide azitromycine voor. Sinds 2013 wordt er gewaarschuwd dat het middel het risico op fatale hartritmestoornissen verhoogt door verlenging van de QT-tijd. Nieuw onderzoek bij > 500.000 patiënten laat echter zien dat het risico op ritmestoornissen of mortaliteit bij azitromycine niet hoger is dan bij andere antibiotica.

Canadese onderzoekers gebruikten een observationeel cohortonderzoek bij ouderen > 65 jaar (n = 503.612) die in de jaren 2002 tot 2013 een nieuw voorschrift kregen voor een macrolide antibiotica (azitromycine, claritromycine of erytromycine). Deze patiënten werden gematcht en vergeleken met eenzelfde aantal patiënten aan wie niet-macrolide antibiotica werd voorgeschreven in dezelfde periode. Als uitkomsten werden ziekenhuisopnames voor ventriculaire ritmestoornissen en mortaliteit binnen 30 dagen na het antibioticumvoorschrift bekeken.

In totaal kregen 260 patiënten een ventriculaire ritmestoornis tijdens de follow-up, van wie 134 (0,03%) in de macrolidegroep en 126 (0,03%) in de niet-macrolidegroep (RR 1,06; 95%-BI 0,83 tot 1,36). Ook in de subgroepen van patiënten met chronische nierinsufficiëntie, hartfalen of gebruik van QT-tijd verlengende medicatie was er geen verhoogd risico. Daarnaast was het risico op mortaliteit niet hoger in de macrolidegroep (RR 0,82; 95%-BI 0,78 tot 0,86).

Dit grote onderzoek volgt op een eerder onderzoek uit 2012, waarin een verband was gevonden tussen azitromycine en acute hartdood. Op basis daarvan werd een waarschuwing door de FDA uitgevaardigd. Huisartsen hebben te maken met deze waarschuwing wanneer zij azitromycine voorschrijven. Na 2012 zijn er verschillende onderzoeken gepubliceerd waarin geen verhoogd risico werd gevonden, en dit onderzoek is het grootst tot nu toe. Belangrijkste conclusie is dat het absolute risico op hartritmestoornissen na een macrolidevoorschrift zeer laag is (0,03%) en dat dit risico even hoog is als bij niet-macrolide antibiotica. Het voorschrijven van azitromycine lijkt dus veilig met betrekking tot cardiale bijwerkingen. ■

Tobias Bonten

Trac MH, et. al. Macrolide antibiotics and the risk of ventricular arrhythmia in older adults. CMAJ 2016;188:E120-9.

De kwaliteit van onze kwaliteitsindicatoren

Iedere huisarts zal het gevoel herkennen afgerekend te worden op kwaliteitsindicatoren. Vaak zijn er ook redenen te bedenken waarom een bepaalde kwaliteitsindicator niet passend is, zoals 'mijn patiënten zijn zieker of ouder.' Het lijkt vanzelfsprekend dat bij onderzoek naar kwaliteitsindicatoren rekening wordt gehouden met de 'case-mix' die een dokter ziet op zijn spreekuur. Calsbeek et al. onderzochten verschillende case-mixfactoren die de kwaliteitsindicatoren van diabetes kunnen beïnvloeden. Alleen voor BMI en burgerlijke staat werd een significant verband gevonden met de HbA1c-waarde.

De auteurs includeerden 13 onderzoeken in een systematisch literatuuronderzoek en keken naar de invloed van verschillende case-mixfactoren op 3 uitkomstmaten (HbA1c-waarden, LDL-C-waarden en bloeddruk) bij patiënten met diabetes. Zij excludeerden onderzoeken die alleen een bepaalde subgroep van diabetespatiënten betroffen, en onderzoeken die de factoren alleen gebruikten om andere uitkomsten te corrigeren.

In totaal werden 23 case-mixfactoren geïdentificeerd. Deze factoren bestonden uit demografische factoren (onder andere leeftijd en geslacht), duur van de ziekte en comorbiditeit. De meeste onderzoeken keken naar de HbA1c-waarde als uitkomst.

Met de beschikbare data werd alleen een verband gevonden tussen de factoren BMI, burgerlijke staat en de HbA1c-waarde als uitkomstmaat. Ondanks de bekende relatie tussen BMI en bloeddruk en cholesterolspiegels, werden deze relaties bijna niet onderzocht. Ook andere mogelijke relaties werden bijna niet onderzocht of werden op verschillende manieren gemeten, waardoor geen consistente resultaten werden gevonden. Op basis van de beschikbare gegevens is het dus niet mogelijk om iets te zeggen over mogelijke andere verbanden.

Ondanks de trend om zorgverleners te vergelijken met behulp van kwaliteitsindicatoren is er nog weinig onderzoek gedaan naar case-mixfactoren. Meer onderzoek naar deze factoren is nodig om kwaliteitsindicatoren te kunnen gebruiken voor een eerlijke vergelijking. Factoren worden vaak intuïtief gekozen, maar er lijkt vooralsnog weinig bewijs te zijn voor deze veronderstelde verbanden. Dit komt de kwaliteit van de kwaliteitsindicatoren niet ten goede. Meer kennis over case-mixfactoren is nodig om te zorgen dat we geen appels met peren vergelijken. ■

Nadine Rasenberg

Calsbeek H, et al. Case-mix adjustment for diabetes indicators: a systematic review. Am J Manag Care 2016;22:45-52.

Wat hindert Vlaamse huisarts bij zorg voor reumatoïde artritis?

Vlaamse huisartsen ervaren belemmeringen bij vroegtijdige behandeling van reumatoïde artritis. Zij ervaren diagnostische onzekerheid bij het herkennen van reumatoïde artritis en moeilijkheden bij verwijzen naar en samenwerken met reumatologen.

Vroege behandeling van reumatoïde artritis (RA) remt de ontwikkeling van de ziekte. Toch is er vaak een lang delay tussen het vermoeden van de aandoening en de daadwerkelijke start van de behandeling. Om het perspectief van de huisarts te onderzoeken, voerden Vlaamse onderzoekers een kwalitatief onderzoek uit. Zij exploreerden in diepte-interviews met 13 huisartsen de opvattingen, ervaringen en overtuigingen aangaande detectie, verwijzing en intensieve behandeling van RA.

Foto: Shutterstock/Catalin Petolea

De huisartsen startten vaak NSAID's bij een vermoeden van RA. Ze hadden beperkt vertrouwen in hun eigen diagnose, omdat vroege symptomen vaak onduidelijk zijn en diagnostische tests, waaronder bloedonderzoek, een beperkte waarde hebben. Bovendien heeft RA een lage incidentie. Huisartsen gebruikten verschillende strategieën om de diagnose RA te stellen. Intensieve behandeling van RA werd ervaren als een taak voor de specialist. De belangrijkste barrières voor intensieve behandeling van RA waren volgens de huisartsen: tegenzin van de patiënt en non-compliance, moeilijkheden bij verwijzing (lange wachttijden) en onbevredigende samenwerking en communicatie met de reumatoloog.

De auteurs concluderen dat de vaardigheden voor detectie van RA door de huisarts verbeterd moeten worden en dat zij actief betrokken moeten worden bij de zorg voor RA. ■

Lidewij Broekhuizen

Meyfroidt S, et al. A general practice perspective on early rheumatoid arthritis management: a qualitative study from Flanders. Eur J Gen Pract 2015;21:231-7.

Visie patiënt op fouten in de zorg

Ontevreden patiënten ervaren meer fouten in de zorg en patiënten zien met name fouten in service en kwaliteit van zorg. Dat blijkt uit onderzoek in de eerste lijn naar de visie van patiënten op mogelijke fouten in de zorg. In de tweede lijn wordt hiernaar al veel onderzoek gedaan.

Lang et al. gebruikten in een review 19 originele artikelen waarin het perspectief van de patiënt op medische fouten in de eerstelijnszorg centraal stond. In deze artikelen werd de vraagstelling onderzocht door focusgroepdiscussies, interviews, enquêtes en klachten. De klachten die de patiënten naar voren brachten, werden geclassificeerd in twee groepen. De eerste groep betrof medisch-inhoudelijke klachten met onder andere foutieve diagnoses en een verkeerde of verkeerd gelopen behandeling. De tweede groep betrof kwaliteitsaspecten, waarbij de bejegening en communicatie centraal stonden.

Medisch-inhoudelijk signaleerden patiënten de meeste mogelijkheden voor verbetering in het medicatieproces. Maar wat het meest opvalt, is dat patiënten veel fouten ervoeren in de communicatie. Deze communicatiefouten kunnen de basis vormen voor medisch-inhoudelijk fouten later in het proces. Duidelijk is dat bij fouten in de communicatie de geleverde zorg als slechter werd ervaren en dat er meer fouten werden gesignaleerd door patiënten die ontevredener zijn over de zorg.

Het actief betrekken van patiënten bij het signaleren van fouten levert een bredere focus dan alleen medisch-inhoudelijke items. Als we meer aandacht besteden aan het voorkomen van communicatiefouten levert dat twee mogelijke voordelen op: een toegenomen tevredenheid over de zorg en minder medisch-inhoudelijke fouten. ■

Jurgen Damen

Lang S, et al. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. BMC Fam Pract 2016;17:6.

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).

Erik Bischoff, Jan Vercoulen, Laura Elbers, Robbert Behr, Tjard Schermer

ONDERZOEK

De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg

Samenvatting

Bischoff EWMA, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TRJ. De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg. Huisarts Wet 2016;59(6):242-7.

Achtergrond De integrale gezondheidstoestand ('ziektelast') vervangt de FEV_1 als voornaamste criterium voor de ernst van COPD en bepaalt de zorg die de patiënt zou moeten ontvangen. In ziekenhuizen wordt al enige jaren de NCSI-methode (Nijmegen Clinical Screening Instrument) gebruikt om de integrale gezondheidstoestand uitgebreid in kaart te brengen, maar in de huisartsenpraktijk is deze methode nog niet bekend. Wij onderzochten of de NCSI-methode ook bruikbaar is in de eerstelijns COPD-ketenzorg.

Methode In vijf huisartsenpraktijken trainden wij praktijkondersteuners en implementeerden wij de NCSI-methode. Wij bepaalden de integrale gezondheidstoestand van de deelnemende COPD-patiënten met behulp van het NCSI, een internetvragenlijst. Ook gingen we na, op basis van logboeken en digitale registratie, of de methode uitvoerbaar was binnen de kaders van de COPD-ketenzorg. Tot slot onderzochten we in focusgroepinterviews hoe de deelnemen de patiënten en praktijkondersteuners de NCSI-methode waardeerden.

Resultaten In de vijf praktijken namen bij elkaar 180 patiënten deel aan het COPD-ketenzorgprogramma. Van hen vulden er 134 (74%) het NCSI in, overwegend thuis op de computer. Naar het oordeel van de praktijkondersteuners had 81% van de deelnemers een lichte ziektelast. Gemeten met het NCSI ondervond echter ruim de helft ernstige problemen in drie of meer domeinen van de integrale gezondheid. Onze interventie bleek goed inpasbaar in de COPD-ketenzorg en zowel patiënten als praktijkondersteuners vonden de methode waardevol voor het bieden van zorg op maat. Alle geïnterviewden wilden de methode na afloop van het onderzoek blijven gebruiken.

Conclusie COPD-patiënten in de eerste lijn hebben vaker ernstige gezondheidsproblemen dan men zou verwachten op grond van louter FEV1-metingen. Er is behoefte aan gedetailleerdere inkaarting van de gezondheidstoestand van deze patiënten; het NCSI biedt een goed toepasbare mogelijkheid.

ACHTERGROND

De zorg voor mensen met chronisch obstructief longlijden (COPD) was van oudsher primair gericht op de ernst van de luchtwegobstructie, maar die blijkt slechts in beperkte mate gerelateerd aan de kwaliteit van leven.[1] De Zorgstandaard COPD van Long Alliantie Nederland en de NHG-Standaard COPD nemen daarom tegenwoordig de 'integrale gezondheidstoestand' of 'ziektelast' als maat voor de ernst van de aandoening en voor de zorg die de patiënt ontvangt.[2,3] Door rekening te houden met de integrale gezondheidstoestand, die naast longfunctie ook de ervaren klachten, beperkingen en kwaliteit van leven omvat, kunnen zorgverleners COPD-zorg op maat aanbieden. Dat maakt de inhoud en de organisatie van de COPD-zorg intensiever en complexer, en daarmee tijdrovender. Daarmee is ook de behoefte aan praktische instrumenten ter ondersteuning van de zorgverlener gegroeid.

Veelgebruikte vragenlijsten zoals de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) meten slechts enkele aspecten van de gezondheidstoestand.[4,5] Sinds 2005 wordt in diverse Nederlandse ziekenhuizen het Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI) gebruikt, dat dit nadeel niet heeft. De NCSI-methode voorziet in een eenvoudig meetinstrument, gekoppeld aan een geïntegreerde semi-gestructureerde interventie. Samen helpen zij de ziektelast uitgebreid in beeld te brengen, onderliggende problemen te verhelderen, een individueel behandelplan op te stellen en de patiënt te motiveren tot gedragsverandering.[6-10] De NCSI-methode wordt nog niet gebruikt in huisartsenpraktijken, waar juist een grote behoefte bestaat aan praktische hulpmiddelen voor de COPD-zorg.

Doel van ons onderzoek was na te gaan of de NCSI-methode bruikbaar is in de huisartsenpraktijk. Daartoe bepaalden wij (1) in welke mate patiënten in de huisartsenpraktijk die COPD hebben problemen ervaren met hun integrale gezond-

Wat is bekend?

- Zowel de Zorgstandaard COPD als de NHG-Standaard COPD stellen de integrale gezondheidstoestand ('ziektelast') van de patiënt centraal in de behandeling.
- Veel Nederlandse ziekenhuizen gebruiken de NCSI-methode (Nijmegen Clinical Screening Instrument) om de integrale gezondheidstoestand van COPD-patiënten in te beeld brengen, een individueel zorgplan op te stellen en de patiënt te motiveren tot gedragsverandering.
- In huisartsenpraktijken wordt de NCSI-methode niet gebruikt.

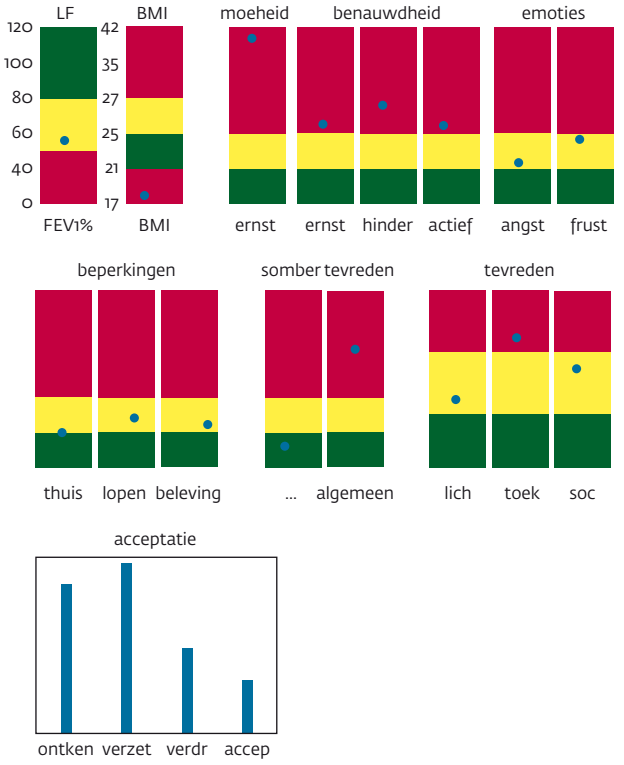
Wat is nieuw?

- De NCSI-methode is goed inpasbaar binnen het ketenzorgprogramma COPD.
- Bij een aanzienlijk deel van de COPD-patiënten signaleert de NCSI-methode meer ernstige problemen dan vooraf door de praktijkondersteuners werd ingeschat.
- Patiënten en praktijkondersteuners vonden dat de NCSI-methode inzicht biedt in de ervaren problemen en de patiënt extra motiveert tot gedragsverandering.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. E.W.M.A. Bischoff, senior onderzoeker (tevens kaderhuisarts Universitair Gezondheidscentrum Heyendael); dr. T.R.J. Schermer, senior onderzoeker. Afdeling Medische Psychologie en afdeling Longziekten: J. Vercoulen, klinisch psycholoog; L. Elbers, basispsycholoog. Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg, Nijmegen: R.A. Behr, kaderhuisarts • Correspondentie: erik.bischoff@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door de Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg (OCE) te Nijmegen.

Figuur 1 Patiëntenprofielkaart(PPK)



De kaart geeft een beeld van de integrale gezondheidstoestand aan de hand van 21 items. De 16 kolommen vertegenwoordigen elk een subdomein van de integrale gezondheidstoestand; de bolletjes geven de score van de patiënt weer. Een score in het groene segment betekent dat de patiënt in het betreffende subdomein normaal functioneert; in het gele segment heeft de patiënt een mild probleem, in het rode segment een ernstig probleem. Voor een uitgebreide beschrijving zie het [online supplement op www.henw.org, rubriek Onderzoek].

heidstoestand, (2) of de methode past binnen de kaders van COPD-ketenzorg en (3) hoeveel waarde COPD-patiënten en praktijkondersteuners aan de methode hechten.

METHODEN

Opzet

Onze onderzoeksopzet was niet-experimenteel met *mixed methods*. Van januari 2013 tot juli 2014 implementeerden we bij vijf huisartsengroepspraktijken in de regio Nijmegen de NCSI-methode door middel van een training voor praktijkondersteuners. Daarbij gebruikten we: (1) het NCSI om de ervaren problemen in de integrale gezondheidstoestand te meten; (2) een procesevaluatie om te bepalen of de methode past binnen de kaders van de COPD-ketenzorg; (3) focusgroepinterviews om vast te stellen welke waarde COPD-patiënten en praktijkondersteuners hechten aan de NCSI-methode.

Populatie

Wij includeerden patiënten die deelnamen aan de COPD-ketenzorg, bij wie de diagnose COPD gesteld was door middel van spirometrie (post-bronchodilatoire $FEV_1/FVC < 0{,}70$) en van wie de huisarts de hoofdbehandelaar was. We hanteerden geen exclusiecriteria. Patiënten kregen de NCSI-interventie aangeboden tijdens hun reguliere ketenzorgconsult.

Interventie

De NCSI-methode bestaat uit een gevalideerd meetinstrument, een bijbehorende interventie en een monitoringinstrument. Het meetinstrument is een digitale vragenlijst van circa 20 minuten die 21 aspecten van de integrale gezondheidstoestand meet, inclusief het verwerkingsproces, en de uitslagen grafisch weergeeft op een zogeheten patiëntenprofielkaart (PPK). Zie [**figuur 1**] en het [**online supplement**] op www.henw.org, rubriek Onderzoek.[6-10]

De patiënt ontvangt per e-mail een link naar de vragenlijst, die via een beveiligde server wordt aangeboden met het vragenlijstprogramma RadQuest. De zorgverlener ontvangt de PPK digitaal en bespreekt deze op semigestructureerde wijze met de patiënt en diens partner, waarna zij gezamenlijk een individueel zorgplan opstellen.

Na de interventie kan de praktijkondersteuner met het monitoringinstrument de gezondheid van de patiënt volgen; de monitoring viel echter buiten het bestek van dit onderzoek.

Het Nijmeegse COPD-ketenzorgprogramma bestaat uit een intensieve fase, gevolgd door een stabiele fase. De intensieve fase start met twee consulten van 30 minuten bij de praktijkondersteuner, waarin een individueel zorgplan wordt opgesteld. Extra consulten zijn mogelijk als dat nodig is. Voor ons onderzoek nodigde de praktijkondersteuner na het eerste

Abstract

Bischoff EWMA, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TRJ. The NCSI-method: COPD management made to measure. Huisarts Wet 2016;59(6):242-7.

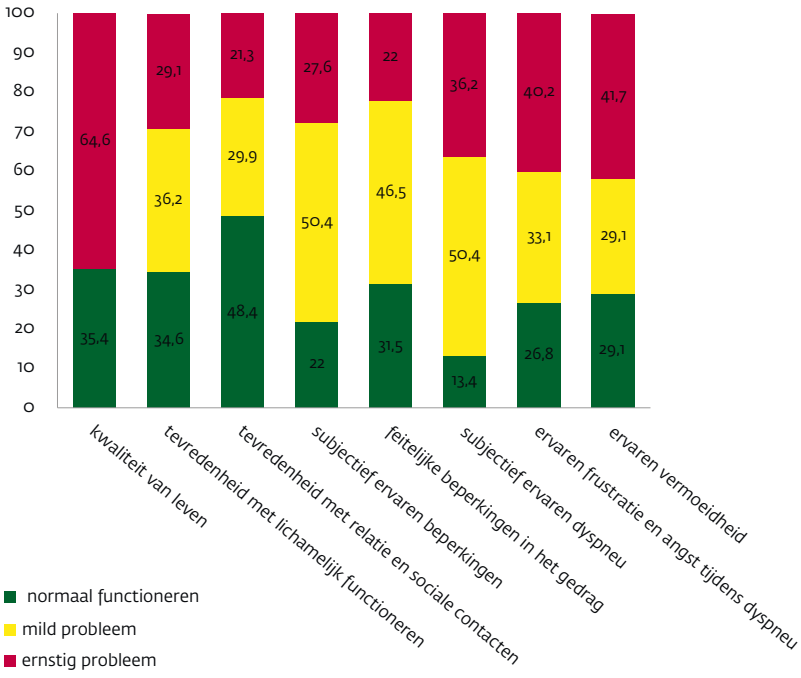
Background Integral health status is replacing forced expiratory volume in 1 second (FEV_1) as main indicator of the severity of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A method using the Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI), an Internet questionnaire, has long been used in hospitals to obtain detailed information about the integral health status of patients, but it has not yet been used in primary care. The aim of this study was to assess whether the NCSI method can also be used in general practice.

Method The practice nurses of five general practices were trained in the use of the NCSI method, which was then implemented to evaluate the integral health status of patients with COPD. Instrument feasibility was evaluated by means of logbooks and digital registration; focus group meetings were held to assess the experiences of patients and practice nurses.

Results Of the 180 patients who received COPD care, 134 (74%) completed the NCSI, mostly by computer at home. According to the practice nurses, 81% of the patients had only mild impairment, whereas the NCSI scores indicated that more than half of the patients had severe problems in three or more of the eight NCSI subdomains. Use of the NCSI was feasible within the structure of the COPD care programme, and both patients and practice nurses found the instrument valuable. All participants would like to continue using the NCSI.

Conclusions Patients seen in primary care often have more serious health problems than can be expected on the basis of FEV_1 measurements. There is a need for detailed information about the health status of these patients, and the NCSI would seem to be an appropriate instrument for obtaining this information.

Figuur 2 **Integrale gezondheidstoestand van 134 COPD-patiënten op acht subdomeinen, zoals gemeten met de NCSI**



De getallen in de segmenten zijn percentages.

consult de patiënt per e-mail uit het NCSI-meetinstrument in te vullen en stond in het tweede consult het bespreken van de PPK centraal. In drie bijeenkomsten van drie uur schoolden we de praktijkondersteuners in de achtergronden van de NCSI-methode en de interpretatie van de PPK, oefenden we met rollenspellen de uitvoering van de interventie en bespraken wij meegebrachte casuïstiek.

Metingen en uitkomstmaten

Voorafgaand aan de meting stelden wij vast hoe ernstig de praktijkondersteuner de ziektelast van de betreffende patiënt inschatte (licht, matig of ernstig) op basis van de indicator 'ziektelast COPD' uit de Tabel Diagnostische Bepalingen van het NHG.[11]

De praktijkondersteuners noteerden in een logboek eventuele redenen om de NCSI-methode niet te gebruiken, aantal en duur van de consulten, overleggen met de huisarts en vervolgacties. Met behulp van deze logboeken en gegevens uit RadQuest evalueerden wij of de methode paste binnen de kaders van de ketenzorg. Twaalf maanden na het begin van de implementatie organiseerden wij een focusgroepinterview met de praktijkondersteuners en aparte focusgroepinterviews met hun patiënten om de ervaren waarde van de NCSI-methode in kaart te brengen. Alle patiënten die de methode gebruikten, ontvingen daarvoor een uitnodiging. In totaal vonden er vier interviewsessies plaats, één met praktijkondersteuners en drie met patiënten, die werden geleid door een ervaren moderator (JV) in aanwezigheid van een observator (LE).

We gebruikten een script met de volgende thema's: ervaringen met het versturen van het NCSI-meetinstrument (alleen praktijkondersteuners), het invullen van het NCSI-meetinstrument (alleen patiënten) en het bespreken van de PPK, de invloed van de PPK op het vervolgbeleid en de ervaren knelpunten. Wij maakten geluidsopnamen van alle interviews.

Analyses

We analyseerden alle NCSI-data van alle deelnemende patiënten en alle logboeken met behulp van beschrijvende statistiek. In een eerder onderzoek toonde factoranalyse aan dat de 21 aspecten van de integrale gezondheidstoestand van de individuele patiënt kunnen worden samengevat in totaalscores op acht subdomeinen.[9] Voor elke patiënt bepaalden we de totaalscore per subdomein en categoriseerden deze als 'normaal functioneren', 'mild probleem' of 'ernstig probleem' op basis van eerder vastgestelde normen bij controlepersonen met en zonder COPD.[6] Voor elk van de acht subdomeinen berekenden we op groepsniveau het percentage patiënten in iedere categorie.

De geluidsopnames van de interviews werden door een van de onderzoekers (EB) getranscribeerd en in een exploratieve analyse gecodeerd en geordend.[12]

RESULTATEN

Populatie

Gedurende ons onderzoek zagen de praktijkondersteuners 180 patiënten met COPD van wie er 134 (74%) het NCSI-meetinstrument invulden. Deze groep bestond vooral uit mannen (57%), had een gemiddelde leeftijd van 65,0 jaar (SD 10,7) en een postbronchodilatoire FEV_1 van 66,0% van de voorspelde waarde (SD 15,4).

Volgens de praktijkondersteuners had 81,3% van de patiënten bij aanvang van het onderzoek een lichte ziektelast, 17,6% een matige en 1,1% een ernstige.

Integrale gezondheidstoestand

[**Figuur 2**] geeft per subdomein het percentage deelnemers dat normaal functioneerde of een mild dan wel ernstig probleem ervoer. Het percentage patiënten met ernstige problemen varieerde van 21% ('tevredenheid met relatie en sociale contacten') tot 65% ('algemene kwaliteit van leven'). [**Figuur 3**] beschrijft het percentage patiënten met ernstige problemen in meerdere domeinen. Meer dan de helft van de patiënten ervoer ernstige problemen in drie of meer van de acht subdomeinen.

Gebruik van de NCSI-methode

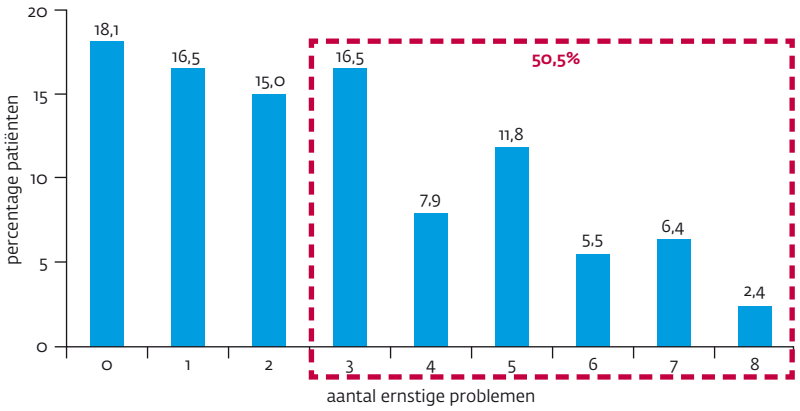
Van de 46 patiënten (26%) die de vragenlijst niet invulden, gaven er 25 (14%) als reden gebrek aan motivatie. Bij negen patiënten (5%) kwam het door ernstige comorbiditeit die een vervolgafspraak buiten de praktijk nodig maakte, drie patiënten (2%) ondervonden technische problemen, drie patiënten beheersten de Nederlandse taal onvoldoende, drie patiënten waren er nog niet aan toegekomen en bij drie patiënten was de reden onbekend.

Van de 134 deelnemers die de vragenlijst wel invulden, deden 106 (79%) dat thuis op de computer; de overige 28 (21%) gebruikten een pc op de huisartsenpraktijk.

De praktijkondersteuners bespraken de PPK met 122 patiënten (91%). Bij de twaalf patiënten van wie de PKK niet besproken werd, kwam dat in drie gevallen door technische problemen, in zes gevallen doordat de patiënt afzag van verdere deelname en in drie gevallen was de reden onbekend.

Het consult waarin de PPK besproken werd, duurde gemiddeld 35,8 minuten (SD 9,9). Bij vijf patiënten (4%) was een tweede consult nodig, dat gemiddeld 23,0 minuten duurde (SD 6,7). Bij 84 patiënten (63%) besprak de praktijkondersteuner de PPK met de huisarts. Uiteindelijk werden 21 patiënten (16%) verwezen: acht naar een fysiotherapeut, zeven naar een longarts, drie naar een POH-ggz, een naar een diëtist, een naar een ergotherapeut en een naar een maatschappelijk werker.

Figuur 3 **Aantal ernstige problemen in de integrale gezondheidstoestand per patiënt voor de 134 COPD-patiënten**



Ervaringen van patiënten

Aan de focusgroepinterviews namen negen patiënten deel uit drie praktijken, zeven mannen en twee vrouwen. De [**tabel**] bevat een aantal citaten uit deze interviews. De patiënten meldden dat het NCSI-meetinstrument eenvoudig in te vullen was en hen stimuleerde na te denken over hun aandoening (citaat 1). Het bespreken van de PPK ervoeren zij als erg prettig: het maakte problemen inzichtelijk en het motiveerde hen om deze aan te pakken (citaten 2 en 3).

De meeste patiënten waren voorheen niet gewend geweest hun partner mee te nemen naar de controleafspraken. Degenen die hun partner hadden meegenomen, vonden het een meerwaarde hebben: de partner kon hen aanvullen en er thuis met hen over praten (citaat 4).

Voor de meeste patiënten leverde het bespreken van de PPK iets op, bijvoorbeeld het besef dat ze de ernst van hun ziekte ontkenden, meer moesten bewegen of meer aandacht aan hun psychische klachten moesten besteden. Om deze redenen vonden de patiënten de NCSI-methode waardevol en hoopten ze dat hun huisartsenpraktijk de methode zou blijven gebruiken.

Ervaringen van praktijkondersteuners

Zes praktijkondersteuners namen deel aan het focusgroepinterview. Zij vonden de NCSI-methode waardevol voor het opsporen van problemen en het formuleren van doelen (citaat 5). Doordat de PKK de problemen visualiseerde, begreep de patiënt de problemen beter en was hij sterker bij de behandeling betrokken (citaat 6).

De meeste praktijkondersteuners vonden het waardevol dat patiënten hun partner meenamen, hoewel veel patiënten dit niet gewend waren.

De praktijkondersteuners gaven aan dat sommige patiënten de vragen 'raar' vonden en het onpersoonlijk vonden dat ze het instrument thuis moesten invullen. Het bespreken van de PPK maakte echter veel duidelijk (citaat 7). Alle praktijkondersteuners vonden het waardevol de PPK mee te geven om thuis na te bespreken.

Doordat niet alle patiënten thuis een computer hadden, vulde een aantal de vragenlijst in op de praktijk. Dit kostte extra tijd, en sommige patiënten vonden het bezwaarlijk dat ze moesten terugkomen voor het bespreken van de PPK (citaat 8).

Tabel **Citaten uit de focusgroepinterviews met patiënten (n = 9) en praktijkondersteuners (n = 6)**

Citaat	Persoon	Tekst
1	patiënt 5	'Prima lijst om in te vullen. Duurde ongeveer twintig minuten. De vragen zetten je aan om na te denken.'
2	patiënt 1	'Ik heb een hele tijd in een ontkenningsfase gezeten. Ik heb pufjes gebruikt, daar was ik mee gestopt. Het was niets voor mij. Nu gaat het beter. Ik sta meer open.'
3	patiënt 3	'Het geeft inzicht in wat ik beter kan doen en wat ik beter kan laten, motiveert.'
4	patiënt 2	'Confronterend. Mijn vrouw moest er om huilen. Heftig. Je voelt je zo waardeloos op een gegeven moment. Ik vond het fijn dat er zo naar gevraagd werd.'
5	praktijkondersteuner 2	'Zonder [NCSI-methode] is het moeilijk om een doel te verzinnen, met [NCSI-methode] kom je makkelijker tot een formulering van een doel.'
6	praktijkondersteuner 3	'Je komt nieuwe dingen op het spoor. Als je direct vraagt, hoor je vaak: "Het gaat goed". Het visualiseert voor de patiënt wat belangrijk is.'
7	praktijkondersteuner 4	'Eerst vonden ze het maar gekke vragen. Als ze de PPK zien, is het opeens heel duidelijk. Dan worden ze heel echt, zonder omhulsel van "Het gaat goed met me".'
8	praktijkondersteuner 6	'Mensen vinden het soms een bezwaar om er extra voor terug te komen. Eerst spirometrie en dan nog een consult voor de PPK.'

Foto: Jose Antonio Sanchez/Flickr

De meeste praktijkondersteuners stonden weinig stil bij de mogelijkheden tot doorverwijzing. Alle praktijkondersteuners wilden de NCSI-methode ook na het onderzoek blijven gebruiken.

DISCUSSIE

Ons onderzoek laat zien dat de NCSI-methode bruikbaar is in de huisartsenpraktijk. Het instrument signaleerde bij ruim de helft van de COPD-patiënten drie of meer ernstige problemen in de integrale gezondheidstoestand, terwijl de praktijkondersteuners bij ruim viervijfde de ziektelast vooraf als licht hadden ingeschat. De NCSI-methode blijkt goed toepasbaar binnen de kaders van het bestaande COPD-ketenzorgprogramma; zowel patiënten als praktijkondersteuners vonden de methode waardevol voor het opsporen en inzichtelijk maken van problemen, het formuleren van doelen en het motiveren van patiënten om deze aan te pakken.

Dat praktijkondersteuners de ziektelast onderschatten, kan komen doordat zij nog uitgaan van de vroegere GOLD-classificatie, waarin de FEV_1 gold als belangrijkste criterium voor de ziektelast. Volgens dat criterium had inderdaad ruim 80% lichte tot matig ernstige COPD.[13] Er zijn momenteel geen duidelijke en uniforme handvatten voor het in kaart brengen van de ziektelast bij COPD. Het meestgebruikte instrument in de COPD-ketenzorg voor het bepalen van de gezondheidstoestand is de CCQ, waarvan momenteel een aangepaste versie wordt ontwikkeld als ziektelastmeter.[3,14] Dit instrument geeft echter slechts een beperkt inzicht in de werkelijke, integrale gezondheidstoestand.

Met het NCSI vonden wij een grote heterogeniteit in de aard en ernst van ervaren problemen in de onderzochte patiëntengroep. Dit illustreert dat voor het in kaart brengen van de integrale gezondheidstoestand gedetailleerde meting op vele subdomeinen noodzakelijk is, óók in de huisartsenpraktijk. De NCSI-methode is goed uitvoerbaar binnen het ketenzorgprogramma, zowel wat betreft het aantal beschikbare sessies als wat betreft de tijd per sessie. Voor de patiënt heeft de methode het voordeel dat het bespreken van de PPK inzicht geeft in de ervaren problemen en de motivatie vergroot om deze ook aan te pakken.

Gezien de ernst van de ervaren problemen hadden we verwacht dat praktijkondersteuners meer gebruik zouden maken van aanvullende behandelingen of doorverwijzingen. Mogelijk waren ze onvoldoende op de hoogte van de verschillende mogelijkheden tot doorverwijzen en schatten ze de tijd die beschikbaar was voor extra consulten binnen het zorgprogramma te krap in. Verder (vergelijkend) onderzoek is nodig om te beoordelen of de NCSI-methode daadwerkelijk leidt tot betere kwaliteit van de COPD-zorg voor de individuele patiënt.

Door de bespreking van de PPK te verdelen over meerdere consulten kan de duur van het eerste consult, die nu gemiddeld 35 minuten is, worden verkort. We verwachten dat de bespreking ook korter zal duren naarmate de praktijkondersteuner meer ervaring krijgt met de methode. Ongeveer een

op de zeven patiënten bleek niet gemotiveerd om de vragenlijst in te vullen. Over de precieze redenen hebben we geen informatie, maar wellicht komt het doordat de methode nieuw voor ze was. In de ziekenhuizen waar de NCSI-methode al langere tijd gebruikt wordt, zijn nauwelijks weigeraars. Bijna 80% van de patiënten vulde de vragenlijst thuis in zodat dit geen belasting voor de huisartsenpraktijk opleverde. De 20% die de vragenlijst op de praktijk invulde, leverde natuurlijk wel een extra tijdbelasting op, maar we verwachten dat dit aantal in de komende jaren sterk zal kunnen afnemen doordat steeds meer ouderen overweg kunnen met het internet.[15]

De deelnemende patiënten en praktijkondersteuners vonden de NCSI-methode waardevol en wilden haar ook na ons onderzoek blijven gebruiken. Inmiddels wordt de methode ook in andere Nijmeegse huisartsenpraktijken geïmplementeerd in de ketenzorg. Een mogelijke belemmering voor verdere implementatie is de scholingsduur voor praktijkondersteuners, die vooral kennis tekort blijken te komen over motiverende gespreksvoering en basale psychologische mechanismen. Deze kennis is ook bruikbaar bij andere chronische aandoeningen en kan ook worden opgedaan via andere cursussen. Ons scholingsprogramma is inmiddels ingekort tot drie uur en meer op maat gemaakt. De praktijkondersteuners waren niet gewend de partner of familie van de patiënt uit te nodigen voor het consult, terwijl zowel patiënten als praktijkondersteuners dit wel belangrijk vonden. We gaan dit in de scholingen meer benadrukken.

Een beperking van ons onderzoek is de generaliseerbaarheid van de resultaten. Ten eerste benaderden wij slechts vijf huisartsenpraktijken, die alle al ruime ervaring hadden met COPD-ketenzorg en met wetenschappelijke onderzoeksprojecten. Bij alle deelnemende praktijken was de NCSI-methode echter onbekend en er was geen selectie met betrekking tot de patiënten die de interventie ontvingen. Ten tweede was het aantal deelnemers aan de focusgroepinterviews beperkt, met slechts negen patiënten. Naar onze indruk was datasaturatie bereikt. Bovendien vroegen we ook de praktijkondersteuners hoe hun patiënten tijdens de consulten reageerden op de NCSI-methode. Deze informatie kwam overeen met de resultaten van de focusgroepgesprekken met de patiënten.

CONCLUSIE

De NCSI-methode is een bruikbaar instrument om de integrale gezondheidstoestand van patiënten in kaart te brengen in het kader van de COPD-ketenzorg door de huisartsenpraktijk. Ernstige problemen in de integrale gezondheidstoestand komen bij eerstelijns patiënten met COPD vaker voor dan men zou verwachten op grond van de huidige inschatting door praktijkondersteuners. Dit pleit voor een gedetailleerde inkaarting van de integrale gezondheidstoestand van deze patiënten.

DANKBETUIGING

De auteurs danken de patiënten en de praktijkondersteuners van de deelnemende huisartsenpraktijken voor hun medewerking aan dit onderzoek. ■

LITERATUUR

1 Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar MC, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life: The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. Ann Intern Med 1997;127:1072-9.
2 Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2013.
3 Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, et al. NHG-Standaard COPD. www.nhg.org.
4 Pommer AM, Pouwer F, Denollet J, Meijer JW, Pop VJ. Patient-reported outcomes in primary care patiënts with COPD: psychometric properties and usefulness of the Clinical COPD Questionnaire (CCQ): A cross-sectional study. NPJ Prim Care Respir Med 2014:24:14027.
5 Vercoulen JH, Donders AR, Peters JB. Measurable aspects of health status in clinical practice. ERJ Monograph 2015;69:256-68.
6 Peters JB, Daudey L, Heijdra YF, Molema J, Dekhuijzen PN, Vercoulen JH. Development of a battery of instruments for detailed measurement of health status in patiënts with COPD in routine care: the Nijmegen Clinical Screening Instrument. Qual Life Res 2009;18:901-12.
7 Vercoulen JH, Bischoff EW, Heijdra YF. Werken met de Zorgstandaard COPD: Het 'Nijmegen Clinical Screening Instrument' als hulpmiddel. Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A4919.
8 Vercoulen JH. A simple method to enable patient-tailored treatment and to motivate the patient to change behaviour. Chron Respir Dis 2012;9:259-68.
9 Vercoulen JH, Daudey L, Molema J, Vos PJ, Peters JB, Top M, et al. An integral assessment framework of health status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Int J Behav Med 2008;15:263-79.
10 Boer LM, Daudey L, Peters JB, Molema J, Prins JB, Vercoulen JH. Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). Int J Behav Med 2014;21:561-70.
11 Tabel diagnostische bepalingen versie 24 [internet]. Utrecht: NHG, 2015. https://aut.nhg.org/labcodeviewer, geraadpleegd december 2015.
12 Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Huisarts Wet 2004;12:565-70.
13 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Schermer TR, Hesselink AE, Rutten-van Mölken MP. Severity distribution of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Dutch general practice. Respir Med 2006;100:83-6.
14 Slok AH, In 't Veen JC, Chavannes NH, Van der Molen T, Rutten-van Mölken MP, Kerstjens HA, et al. Development of the Assessment of Burden of COPD tool: An integrated tool to measure the burden of COPD. NPJ Prim Care Respir Med. 2014;24:14021.
15 Akkermans M. Internetgebruik ouderen fors toegenomen [internet]. Voorburg: CBS.

Meer informatie over het Nijmegen Clinical Screening Instrument is te verkrijgen bij Radboudumc, afdeling Medische Psychologie.
E-mail: psychology&medicine@mps.umcn.nl.
Website: http://psychologymedicine.nl.

Sanne van der Weegen, Renée Verwey, Marieke Spreeuwenberg, Huibert Tange, Trudy van der Weijden, Luc de Witte

Technologie om de fysieke activiteit te verhogen

Samenvatting

Van der Weegen S, Verwey R, Spreeuwenberg M, Tange H, Van der Weijden T, De Witte L. Technologie om de fysieke activiteit te verhogen. Huisarts Wet 2016;59(6):248-52.

ACHTERGROND Gebrek aan beweging is een gezondheidsprobleem dat vooral veel voorkomt bij patiënten met een chronische ziekte. It's LiFe! is een methode, bestaande uit een elektronisch monitoring- en feedbackinstrument ingebed in een zelfmanagementondersteuningsprogramma, waarmee de POH patiënten met COPD of diabetes type 2 kan stimuleren meer te gaan bewegen. Wij onderzochten of de methode leidt tot meer fysieke activiteit in vergelijking met gebruikelijke zorg, en wat de toegevoegde waarde is van de elektronische tool bovenop het zelfmanagementondersteuningsprogramma.

METHODE In dit clustergerandomiseerde onderzoek deelden wij 24 huisartsenpraktijken willekeurig in in drie (interventie)groepen. Deelnemers waren patiënten van 40-70 jaar met COPD of diabetes type 2 (n = 199). Patiënten van de praktijken in groep 1 (n = 65) kregen de complete interventie inclusief tool; deelnemers in groep 2 kregen alleen het zelfmanagementondersteuningsprogramma; deelnemers in groep 3, de controlearm, kregen de gebruikelijke zorg. Onze primaire uitkomstmaat was het dagelijks aantal minuten matig intensieve fysieke activiteit (≥ 3 MET) bij aanvang, 4-6 maanden na de start en 3 maanden na afloop van de interventie.

RESULTATEN Zes maanden na de start bewogen de deelnemers in groep 1 12 minuten meer dan die in groep 3, en 8 minuten meer dan die in groep 2. Drie maanden na afloop van de interventie waren deze verschillen nog respectievelijk 11 en 9 minuten. Alle verschillen waren significant (p < 0,01).

CONCLUSIE De combinatie van elektronische monitoring en feedback, ingebed in een programma waarbij de POH het zelfmanagement van de patiënt ondersteunt, is effectief voor het bevorderen van fysieke activiteit bij mensen met COPD of diabetes type 2 tussen de 40 en 70 jaar oud. Extra begeleiding door de POH zonder de monitoring- en feedbacktool is niet effectiever dan de gebruikelijke zorg.

Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Vakgroep Health Services Research, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. S. van der Weegen, gezondheidswetenschapper (thans onderzoeker eHealth bij Vilans, Utrecht). Zuyd Hogeschool, lectoraat Technologie in de Zorg, Heerlen: dr. R. Verwey, verpleegkundige, onderzoeker en senior docent; dr. M.D. Spreeuwenberg, lector Zorg op Afstand; prof.dr. L.P. de Witte, hoogleraar Technologie in de Zorg. CAPHRI, Vakgroep Huisartsgeneeskunde: dr. H. Tange, arts-onderzoeker; prof.dr. T. van der Weijden, hoogleraar Implementatie van richtlijnen in de geneeskunde • Correspondentie: s.vanderweegen@vilans.nl; renee.verwey@zuyd.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd gefinancierd door ZonMw in het programma Nieuwe Instrumenten voor de Gezondheidszorg. Aanvullende financiering werd ontvangen van Zorgverzekeraar CZ. De bedrijven IDEE Maastricht, Maastricht Instruments en Sananet Care waren betrokken bij de ontwikkeling van de tool. Sananet Care bemande de helpdesk en Maastricht Instruments zorgde ervoor dat deelnemers een nieuwe tool kregen wanneer zich technische problemen voordeden.

Sanne van der Weegen en Renée Verwey zijn beiden eerste auteur. Zij voerden dit onderzoek uit onder auspiciën van CAPHRI School for Public Health and Primary Care en promoveerden op 16 september 2015. Het onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Van der Weegen S, Verwey R, Spreeuwenberg M, Tange H, Van der Weijden T, De Witte L. It's LiFe! Mobile and web-based monitoring and feedback tool embedded in primary care increases physical activity: A cluster randomised controlled trial. J Med Internet Res 2015;17:e184. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

INLEIDING

Volgens internationale richtlijnen zouden mensen minimaal vijf dagen per week minstens dertig minuten matig intensief moeten bewegen, maar één op de drie mensen lukt dat niet en dat is wereldwijd een groot gezondheidsprobleem.[1] De WHO geeft een hoge prioriteit aan de bevordering van fysieke activiteit,[2] want gebrek aan beweging verhoogt het risico op verschillende ziekten en verkort de levensverwachting.[3,4] Bij chronisch zieken verhoogt fysieke inactiviteit bovendien de kans op complicaties en comorbiditeit.[5]

Eén van de strategieën om chronisch zieken tot meer activiteit te bewegen, is begeleiding door de praktijkondersteuner (POH).[6-8] De resultaten van onderzoek naar de invloed van beweeginterventies op het gedrag van de patiënt zijn wisselend, maar sommige gedragsveranderingsstrategieën die professioneel advies combineren met continue ondersteuning, lijken kansrijk.[9-11] Effectief gebleken zijn zelfmonitoring, feedback op gedrag, doelen stellen, actieplanning, sociale ondersteuning, hindernissen benoemen en informatie geven over de consequenties van te weinig bewegen.[9,10,12] Sommige van deze strategieën worden ondersteund door technologieën zoals smartphone-apps, bewegingsmeters en stappentellers. Er is een groeiend aantal van deze producten op de markt, maar er is weinig goed experimenteel onderzoek naar gedaan.[13]

It's LiFe!, *interactive tool for self-management through lifestyle feedback*, is een interventie die een zelfmanagementondersteuningsprogramma (ZOP) door de POH combineert met een elektronisch instrument dat zorgt voor rechtstreekse monitoring en feedback. Wij hebben de effectiviteit van deze interventie onderzocht bij patiënten van 40-70 jaar met COPD of diabetes type 2. Onze hypothese was dat It's LiFe! de duur van matig intensieve fysieke activiteit, dat wil zeggen op een

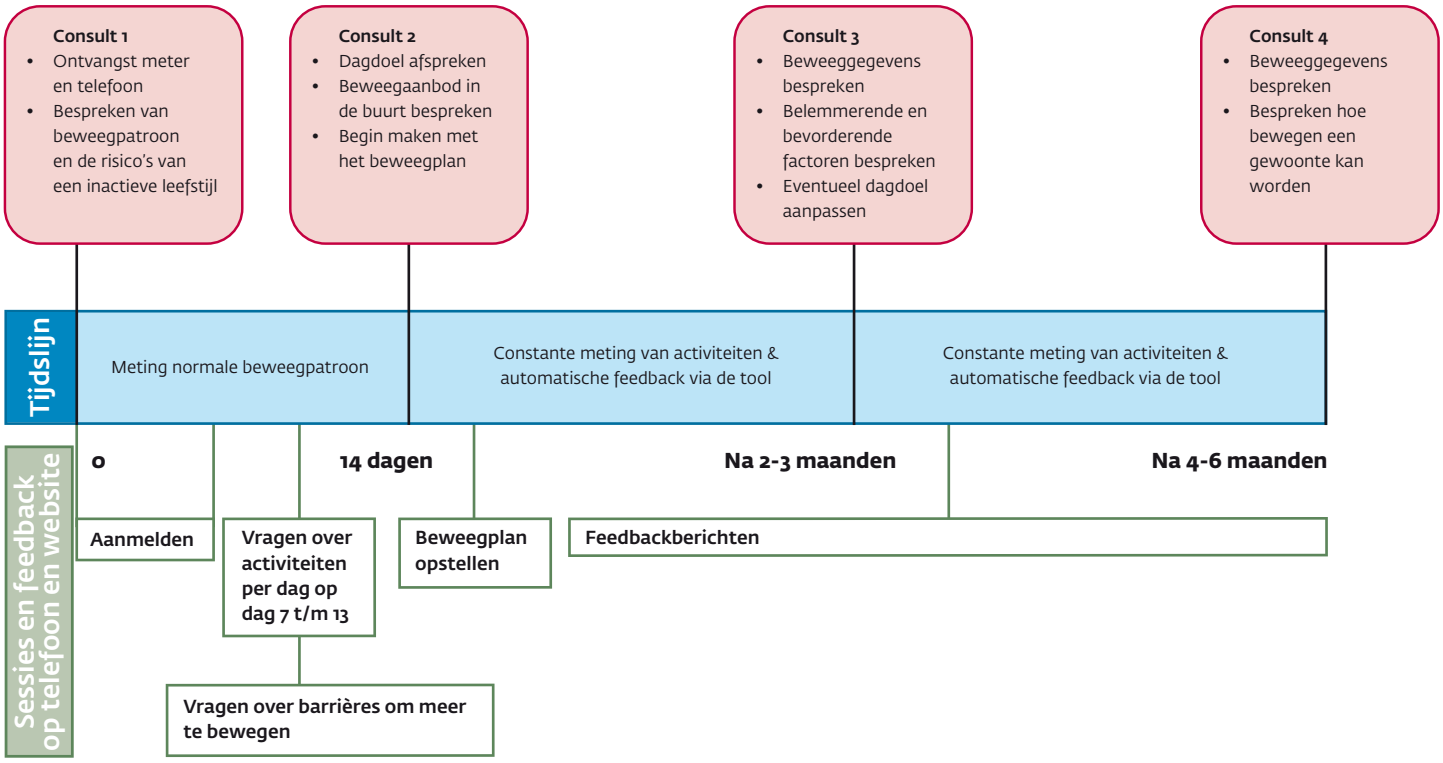
Wat is bekend?

- Mensen zouden minimaal vijf dagen per week minstens 30 minuten matig intensief moeten bewegen, maar 30% lukt dat niet.
- Meer bewegen kan voorkomen dat chronische ziekten zoals COPD of diabetes type 2 verslechteren.
- De invloed van beweeginterventies op het gedrag van patiënten die te weinig bewegen, is wisselend.

Wat is nieuw?

- Een gedragsinterventie van de POH in combinatie met een tool voor elektronische monitoring en feedback verbetert de fysieke activiteit van chronische patiënten significant.
- Zowel de patiënten als de POH zijn tevreden over deze interventie.
- Extra ondersteuning door de POH zonder elektronische feedback heeft geen effect vergeleken met de gebruikelijke zorg.

Figuur 1 Schematisch overzicht van de interventie



inspanningsniveau van drie of meer metabole equivalenten (MET), zou verhogen met minstens tien minuten per dag ten opzichte van de gebruikelijke zorg.

METHODE

Opzet en deelnemers

Wij voerden een clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit in huisartsenpraktijken in Zuid-Nederland. We wezen de deelnemende praktijken willekeurig toe aan één van drie onderzoeksgroepen:[14] de complete interventie, met *tool* en ZOP (groep 1), alleen ZOP (groep 2) of gebruikelijke zorg (groep 3). Elke groep bleef van de POH de gebruikelijke zorg ontvangen, bestaande uit één of twee consulten per jaar voor deelnemers met COPD en vier consulten per jaar voor deelnemers met diabetes type 2.

We benaderden 250 huisartsenpraktijken in het zuiden van Nederland, waarvan er 24 wilden meedoen met het onderzoek. Een poweranalyse vooraf had uitgewezen dat dit aantal voldoende was significantie te bereiken: acht praktijken per onderzoeksgroep. We vroegen de POH's van de deelnemende praktijken om elk 20-30 patiënten uit te nodigen op basis van de volgende criteria: leeftijd 40-70 jaar; bekend met diabetes type 2 (BMI > 25) of met COPD (Gold-stadium I-III, respiratoire functie en medicijngebruik stabiel); naar de inschatting van de POH niet voldoende fysiek actief (< 150 minuten per week matig intensief bewegen).[15] Andere inclusiecriteria waren dat de deelnemer in staat was een computer te gebruiken, de Nederlandse taal beheerste en voornamelijk in de eerste lijn behandeld werd.

Interventie

It's LiFe! bestaat uit een ZOP en een monitoring- en feedbacktool. Beide onderdelen zijn ontwikkeld in samenwerking met de eindgebruikers en getest op gebruiksvriendelijkheid en haalbaarheid in de praktijk.[16-20] Daarnaast participeerden twee patiëntvertegenwoordigers, één van het Longfonds en één van Diabetes Vereniging Nederland, in de onderzoeksgroep en gaven feedback op elk aspect van het onderzoek.

De POH's in groep 1 en 2 gaven ondersteuning door middel van het ZOP, in groep 1 in combinatie met de tool, in groep 2 als zelfstandig programma. Het ZOP bestond uit vier individuele consulten: in week 1, in week 3, na twee à drie maanden en na vier tot zes maanden [**figuur 1**].[16] Dit kwam neer op één tot drie extra consulten bovenop de gebruikelijke zorg. Allereerst ontvingen de deelnemers een informatieboekje met de inhoud van de interventie inclusief de Short Questionnaire to Assess Health-Enhancing Physical Activity (SQUASH-vragenlijst) en een lijst met beweegactiviteiten in hun buurt.[21]

In het eerste consult besprak de POH het huidige activiteitenniveau (aan de hand van de ingevulde SQUASH-vragenlijst) en de risico's van inactiviteit met de patiënt. Tevens ontvingen de patiënten twee folders over het belang van fysieke activiteit.[22-24] Tussen het eerste en het tweede consult vond een voormeting van het activiteitenniveau plaats en beantwoordden de deelnemers vragen over belemmeringen om te bewegen

Figuur 2 De bewegingsmeter en de smartphone-app

en welke situaties het bewegen makkelijker maken. In groep 1 mat de tool automatisch de beweegactiviteiten van de deelnemers. Deze tool stuurde ook de vraag-en-antwoordsessies (gedragsveranderingssessies) waarin vragen over beweegactiviteiten werden beantwoord. Deelnemers in groep 2 hielden een bewegingsdagboek bij en beantwoordden vergelijkbare vragen in het informatieboekje.

Tijdens het tweede consult spraken de POH en de patiënt een persoonlijk doel af in minuten beweging per dag, gebaseerd op de voormeting. De POH stimuleerde de patiënt om een actieplan te maken hoe hij of zij dit doel wilde gaan behalen en gaf informatie over lokale beweegactiviteiten, verenigingen en initiatieven.

In het derde consult, dat ook per mail of telefoon kon plaatsvinden, bespraken de POH en de deelnemer de beweegresultaten, de belemmerende en bevorderende factoren om meer te bewegen, in hoeverre het bewegen al een gewoonte was geworden en of het gestelde doel nog passend was. In het laatste consult kwamen dezelfde onderwerpen aan de orde en daarbij hoe POH en patiënt verder vervolg wilden geven aan meer bewegen. De consulten waren gebaseerd op de counselingtechniek van de *five A's:* assess-advise-agree-assist-arrange.[25,26]

De tool bestond uit een gevalideerde 3D-bewegingsmeter (MOX®) die aan de broekrand bevestigd kan worden met een clip, een smartphone-app voor de patiënt en een beveiligde website voor patiënt en POH [**figuur 2**].17 Deelnemers werd gevraagd de bewegingsmeter elke dag te dragen; deze zond de beweeggegevens *in real time* door naar de smartphone, waar de deelnemer ze kon bekijken en afzetten tegen de doelwaarde die met de POH was afgesproken. Tevens werden via smartphone en website dialoogsessies aangeboden ter ondersteuning van gedragsverandering en automatisch gegenereerde feedbackberichten over hun activiteitenniveau. Via de website had de POH inzage in de resultaten van de beweegmetingen en de gedragsveranderingssessies.[17,20]

Dataverzameling en uitkomstmaten

Onze onderzoeksgegevens verzamelden we via een Personal Activity Monitor (PAM) AM300.[27-29] Alle deelnemers ontvingen op drie momenten per post een PAM: voor de start van de interventie (t0), vier tot zes maanden na de start (t1), en drie maanden na het einde van de interventie, dat is ongeveer negen maanden na de start (t2). De PAM is een andere bewegingsmeter dan de bewegingsmeter die deel uitmaakt van de tool; het display was uitgeschakeld zodat de deelnemers niet beïnvloed zouden worden door feedback van de PAM.

De primaire uitkomstmaat was het gemiddeld aantal minuten matig intensieve beweging per dag per deelnemer, gemeten met de PAM.[27-29] Wij vroegen de deelnemers de PAM gedurende acht aaneengesloten dagen te dragen en elke dag te noteren hoe lang ze de PAM hadden gedragen.

In de originele publicatie staan ook de secundaire uitkomstmaten beschreven.

Statistische analyse

Om te corrigeren voor de afhankelijkheid van metingen tussen de meetmomenten per deelnemer en tussen de deelnemers per huisartsenpraktijk bepaalden we de intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC) met een multilevelanalyse met random intercepts. Ook corrigeerden we voor de startmeting, voor de draagtijd van de PAM en voor potentiële confounders (verschillen tussen de groepen bij de startmeting). De gebruikte multilevelanalyse hield automatisch rekening met ontbrekende waarden in de follow-up.[30] Om te kijken of het effect van de interventie bij COPD anders was dan bij diabetes type 2, hebben we een subgroepanalyse uitgevoerd met een toegevoegd interactie-effect. Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS 22.0.

RESULTATEN

Alle POH's tezamen hebben aan in totaal 540 patiënten een algemene uitnodigingsbrief gestuurd. Er waren 199 patiënten die toezegden deel te nemen aan de eerste meting: 65 deelnemers in groep 1, 66 deelnemers in groep 2, 68 deelnemers in groep 3. Per praktijk waren er tussen de 3 en 14 deelnemers (mediaan 9). Uiteindelijk zijn 3 mensen niet begonnen met de interventie en hebben 23 deelnemers niet alle metingen afgerond. Volgens het 'intention to treat'-principe hebben we toch de data van alle 199 deelnemers geanalyseerd.

[**Tabel 1**] toont de kenmerken van de deelnemers bij de start. Er waren significante verschillen tussen deelnemers in de onderzoeksgroepen op het gebied van BMI, computergebruik, aantal minuten matig intensief bewegen (≥ 3 MET) en kwaliteit van leven (fysieke component). Deze variabelen zijn meegenomen als mogelijke confounders in de multilevelanalyse.

[**Tabel 2**] toont de verschillen tussen de groepen op de primaire uitkomstmaat, aantal minuten per dag matig intensie-

ve beweging (≥ 3 MET). Deze metingen zijn gecorrigeerd voor de startmeting (to) en de draagtijd van de PAM. Deelnemers uit groep 1 bewogen per dag 8 minuten meer dan deelnemers uit groep 2 en 12 minuten meer dan deelnemers uit groep 3. Drie maanden na de interventie waren deze verschillen nog respectievelijk 9 en 11 minuten. Al deze verschillen waren significant ($p < 0{,}01$). We namen geen verschil waar tussen groep 2 (alleen het ZOP) en groep 3 (gebruikelijke zorg). Uit de subgroepanalyse kwamen geen verschillen naar voren tussen deelnemers met COPD of met diabetes type 2.

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemers bij de start van het onderzoek

Kenmerk	Groep 1 (n = 65)	Groep 2 (n = 66)	Groep 3 (n = 68)
Vrouw	34 (52,3%)	31 (47,0%)	37 (54,4%)
Leeftijd, gemiddeld in jaren (SD)	57,5 (7,0)	56,9 (8,3)	59,2 (7,5)
BMI, gemiddeld (SD)*	30,4 (5,7)	29,5 (5,9)	28,2 (4,3)
Niet-Nederlandse afkomst	5 (7,7%)	4 (6,1%)	3 (4,4%)
Getrouwd of samenwonend	48 (73,9%)	46 (69,7%)	55 (80,9%)
Opleidingsniveau			
■ laag	19 (29,2%)	19 (28,8%)	15 (22,1%)
■ gemiddeld	35 (53,8%)	40 (60,6%)	43 (63,2%)
■ hoog	11 (16,9%)	6 (9,1%)	10 (14,7%)
Werkend	31 (47,7%)	31 (47,0%)	31 (45,6%)
COPD	25 (38,5%)	26 (39,4%)	31 (45,6%)
■ GOLD-stadium I	9 (36,0%)	13 (50,0%)	15 (48,4%)
■ GOLD-stadium II	15 (60,0%)	12 (46,2%)	16 (51,6%)
■ GOLD-stadium III	1 (4,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
Diabetes type 2	40 (61,5%)	40 (60,6%)	37 (54,4%)
■ insuline gebruikend	3 (7,5%)	6 (15,0%)	8 (21,6%)
Comorbiditeit	51 (78,5%)	46 (69,7%)	43 (63,2%)
■ astma	6 (9,2%)	8 (12,1%)	4 (5,9%)
■ hart- of vaatziekte	12 (18,5%)	8 (12,1%)	7 (10,3%)
■ hoge bloeddruk	22 (33,8%)	29 (43,9%)	20 (29,4%)
■ artritis	13 (20,0%)	11 (16,7%)	16 (23,5%)
■ depressie	3 (4,6%)	5 (7,6%)	5 (7,4%)
■ COPD + diabetes	2 (3,1%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
■ diabetes + COPD	2 (3,1%)	6 (9,1%)	2 (2,9%)
■ anders	28 (43,1%)	22 (33,3%)	27 (39,7%)
Computergebruik*			
■ regelmatig	50 (76,9%)	43 (65,2%)	47 (69,1%)
■ zelden	15 (23,1%)	23 (34,8%)	21 (30,9%)
Mobiele telefoon			
■ heeft een smartphone	24 (36,9%)	24 (36,3%)	19 (28,0%)
■ gebruikt mobiele telefoon regelmatig	20 (30,8%)	20 (30,3%)	15 (22,1%)
■ gebruikt mobiele telefoon zelden	19 (29,2%)	19 (28,8%)	33 (48,5%)
■ heeft geen mobiele telefoon	2 (3,1%)	3 (4,5%)	1 (1,5%)

BMI = body mass index; COPD = chronisch obstructief longlijden; SD = standaarddeviatie. Weergegeven zijn aantallen met percentage, tenzij anders vermeld. Groep 1: complete interventie met tool en zelfondersteuningsprogramma; groep 2 alleen zelfondersteuningsprogramma; groep 3 gebruikelijke zorg.
* $p \leq 0{,}10$.

BESCHOUWING

Bevindingen

Een interventie bestaande uit een zelfmanagementondersteuningsprogramma uitgevoerd door de POH, in combinatie met monitoring en feedback door een bewegingsmeter, een smartphone-app en een website, is in staat gebleken het dagelijks aantal minuten matig intensieve beweging bij volwassenen van 40-70 jaar met COPD of diabetes type 2 significant te verhogen. In vergelijking met de gebruikelijke zorg was de verbetering 6 maanden na het begin van de interventie 12 minuten per dag en 3 maanden na afloop van de interventie nog steeds 11 minuten per dag.

Uit ons onderzoek blijkt ook dat elektronische monitoring en feedback de effectiviteit van het ZOP vergrootte met 8 minuten. Zonder dit instrument had het ZOP ten opzichte van de gebruikelijke zorg geen significant effect op het activiteitenniveau van de patiënt.

Sterke en zwakke punten

Sterke punten van ons onderzoek zijn dat de randomisatie heeft plaatsgevonden op praktijkniveau (om contaminatie te voorkomen) en na inclusie van de deelnemers, en dat het contact tussen onderzoekers en deelnemers minimaal was. Een ander sterk punt is dat we tegelijk met de effectevaluatie een procesevaluatie hebben uitgevoerd waaruit bleek dat de gebruikers van de tool veel technische problemen ondervonden, maar dat dit niet ten koste ging van hun tevredenheid.[31] Een volgend sterk punt is dat de belangrijkste uitkomstmaat, fysieke activiteit, gemeten is door een bewegingsmeter en niet met een vragenlijst. Daardoor kunnen overschatting en *recall bias* geen invloed hebben op de meting. Om Hawthorne-effecten te voorkomen, hebben we geen klinische uitkomstmaten gemeten. Hawthorne-effecten doen zich voor als de deelnemer zijn gedrag aanpast omdat hij zich ervan bewust is dat hij geobserveerd wordt. Het gemeten effect is dan veroorzaakt door het onderzoek en niet door de interventie. Omdat de interventie was ingebed in de gebruikelijke zorg verwachten we dat zij ook buiten de onderzoekssetting bruikbaar is.[32]

Minder sterke punten van ons onderzoek waren de geringe respons van praktijken (10%) en patiënten (37%), en het hoge beweegniveau van de deelnemers bij aanvang. De gemiddelde deelnemer voldeed al bij de voormeting aan de Nederlandse beweegnorm. Deze punten doen de representativiteit van het onderzoek geen goed. Veel huisartsenpraktijken die niet wilden meedoen, gaven tijdgebrek als reden. De interventie zal in de reguliere praktijk echter minder tijd in beslag nemen doordat de POH geen onderzoeksgegevens hoeft te noteren. De deelnemende POH's gaven in de procesevaluatie aan dat zij enthousiast waren over de interventie. Daarbij verwachten we dat inactieve patiënten buiten de onderzoekssetting beter te enthousiasmeren zijn, doordat de POH dan de tijd kan nemen om de patiënt bewust te maken van zijn inactiviteit en de interventie langer 'in de week' kan leggen. Onze follow-upduur van drie maanden was relatief kort, in het algemeen wordt een duur van twaalf maanden aangeraden om blijvend effect aan te tonen.[33]

Implicaties voor de praktijk en vervolgonderzoek

Ons onderzoek laat zien dat continue monitoring en feedback door een elektronisch instrument een belangrijke aanvulling

Tabel 2 **Aantal minuten matig intensieve fysieke activiteit (≥ 3 METS) per dag in de drie interventiearmen**

Tijd	Ongecorrigeerd gemiddelde (SD)			Gemiddeld verschil (95%-BI)*			ICC†
	groep 1	groep 2	groep 3	groep 1 versus groep 3	groep 2 versus groep 3	groep 1 versus groep 2	
Start (t0)	39,29 (18,1)	47,47 (26,5)	44,13 (20,3)	−0,34 (−5,65 tot 4,97); p = 1,000	0,15 (−5,13 tot 5,44); p = 1,000	−0,50 (−5,83 tot 4,84); p = 1,000	0,77
Na 4-6 maanden (t1)	48,16 (23,8)	46,28 (30,8)	39,61 (19,5)	**11,73 (6,21 tot 17,25);** p < 0,001	3,87 (−1,60 tot 9,24); p = 0,270	**7,86 (2,18 tot 13,54);** p = 0,003	
Na 9 maanden (t2)	48,82 (23,8)	45,34 (31,3)	42,40 (18,9)	**10,59 (4,94 tot 16,25);** p < 0,001	1,19 (−4,38 tot 6,76); p = 1,000	**9,41 (3,70 tot 15,11);** p < 0,001	

BI = betrouwbaarheidscoëfficiënt; ICC = intraklassecorrelatiecoëfficiënt; SD = standaarddeviatie.
Groep 1: complete interventie met tool en zelfondersteuningsprogramma; groep 2 alleen zelfondersteuningsprogramma; groep 3 gebruikelijke zorg.
* Gecorrigeerd voor fysieke activiteit en draagtijd bij de nulmeting. Significante waarden zijn **vetgedrukt**.
† Bepaald op basis van two-level random intercept met herhaalde meting.

kan zijn op gedragsveranderingsconsulten door de POH. Zonder deze tool had extra ondersteuning van de POH geen toegevoegde waarde in vergelijking met gebruikelijke zorg. Een mogelijke verklaring is dat de POH's in ons onderzoek over de gehele linie al goede ondersteuning gaven. De geringe respons van de praktijken (10%) maakt een zekere selectiebias aannemelijk: de praktijken die zich aanmeldden, waren wellicht al bovengemiddeld gemotiveerd om inactiviteit onder hun patiënten aan te pakken. Inzet van de tool zonder ZOP leidt echter niet tot even goede resultaten. Juist door de integratie van de tool en de ondersteuning versterken ze elkaar.

Op basis van onze resultaten lijkt het de moeite waard om It's LiFe! op grotere schaal te implementeren. Dat steeds meer mensen smartphones en zelfmetingen gebruiken, lijkt veelbelovend voor de adoptie van de interventie.[34] Bovendien kan de interventie in de dagelijkse praktijk gemakkelijk worden aangepast aan de individuele behoeften van de patiënt: de POH kan desgewenst meer tijd nemen voor het creëren van bewustzijn, maar als de patiënt niet goed durft te bewegen kan hij deze ook doorsturen naar een fysiotherapeut.

Een belangrijke voorwaarde om een interventie ingang te doen vinden in de huisartsenpraktijk is kosteneffectiviteit. Dit hebben wij niet onderzocht. Uit ons onderzoek bleek dat It's LiFe! ervoor zorgde dat deelnemers 12 minuten meer gingen bewegen ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Op een gemiddelde van 43 minuten bij aanvang van het onderzoek is dat een verbetering van 28%. Wat de klinische effecten van deze vooruitgang zijn, zal nader moeten worden onderzocht, maar naast klinisch effect is ook patiënttevredenheid een belangrijk criterium voor de adoptie van een interventie, en die tevredenheid was in groep 1 (begeleiding plus tool) significant hoger dan in groep 2 (alleen begeleiding).[31]

Het zou interessant kunnen zijn de effectiviteit van de interventie te onderzoeken bij andere doelgroepen en andere zorgverleners. Bij een fysiotherapeut of tijdens een revalidatietraject is het nu vaak zo dat men vooral focust op begeleide trainingen om de beweegcapaciteit te vergroten. It's LiFe! zou deze trainingsprogramma's kunnen versterken door ook het dagelijks bewegen bij de therapie te betrekken.

CONCLUSIE

It's LiFe!, een elektronische tool voor monitoring en feedback, ingebed in een zelfmanagementondersteuningsprogramma, is effectief voor het bevorderen van fysieke activiteit bij volwassenen van 40-70 jaar met COPD of diabetes type 2. Extra begeleiding door de POH zonder de tool was niet effectief. Het gebruik van mobiele technologie is veelbelovend bij het veranderen van beweeggedrag. Dit is een vruchtbaar uitgangspunt voor vervolgonderzoek in de huisartsenpraktijk naar de kosteneffectiviteit en naar de mogelijkheden voor meer gepersonaliseerde begeleiding, en naar de gebruiksmogelijkheden voor andere groepen patiënten en in andere settings.

DANKWOORD

De auteurs bedanken alle huisartsen, POH's en patiënten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Onze speciale dank gaat uit naar de patiëntvertegenwoordigers Jos Donkers en Ina van Opstal, naar April Boessen voor haar hulp bij het invoeren van de data, naar Claudia Valentijn voor haar werk bij de helpdesk en naar Willem Bekker voor de 100% check van de beweegdata. ■

LITERATUUR

De volledige literatuurlijst is te raadplegen op www.henw.org, rubriek Onderzoek.

COPD-zorg: wat zou u het liefst willen?

Bischoff et al. onderzochten de bruikbaarheid van de Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI)-methode in vijf huisartsenpraktijken.[1] De NCSI is een instrument om de integrale gezondheidstoestand in kaart te brengen bij patiënten met COPD.[2] Dit instrument wordt veel in de tweede lijn gebruikt, maar niet in de huisartsenpraktijk.[3]

De meeste patiënten en praktijkondersteuners vonden het instrument waardevol voor het opsporen van problemen en het formuleren van behandeldoelen. Daarnaast hadden veel patiënten ernstiger klachten dan de praktijkondersteuner had ingeschat. Het instrument beviel deze gebruikers goed. Moeten we de NCSI nu in alle huisartsenpraktijken implementeren? Hierbij zijn twee punten het overdenken waard.

BESTAANDE INSTRUMENTEN

Op dit moment zijn er twee veelgebruikte instrumenten in de gestandaardiseerde COPD-zorg in de huisartsenpraktijk: de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) en – in mindere mate – de 10 item Respiratory Illness Questionnaire monitoring (RIQ-MON 10). Daarnaast wordt soms de Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) gebruikt.[3,4]

Bischoff et al. bepleiten de voordelen van de NCSI: dit instrument omvat meer aspecten van de integrale gezondheid en omvat het bespreken van de resultaten. Het is de vraag of deze voordelen opwegen tegen de nadelen van het invoeren van weer een nieuw instrument in de gestandaardiseerde zorg voor COPD. Praktijkondersteuners zijn beter in het geven van systematische zorg bij chronische aandoeningen dan huisartsen, maar ook zij worstelen met de steeds wisselende logistieke voorwaarden van zorggroepen en zorgverzekeraars. Zij hebben hun handen momenteel vol aan het vaststellen van de ziektelast bij COPD. Natuurlijk moeten we bestaande instrumenten niet uit gemakzucht behouden, maar zolang we nog geen duidelijke behandeltargets hebben, is het te prefereren om de bestaande vragenlijsten correct te gebruiken. Protocollaire COPD-zorg in de eerste lijn is immers al lastig genoeg. Diabetes is eenduidiger qua behandeltargets: een stijgend HbA1C rechtvaardigt in principe ophoging van glucoseregulerende medicatie. Voor hypertensie geldt dit tot op zekere hoogte ook. Een afnemende FEV1, frequentere exacerbaties, toenemende moeheid of ontkenning – allemaal items van de NCSI – geven echter geen een-op-een-behandelindicatie bij COPD. Juist daarom is de voorkeur van de patiënt leidend bij het individueel zorgplan. Dit onderstreept een sterk punt van de NCSI: de nabespreking met de patiënt en de partner. We mogen dit punt beslist niet overslaan, maar nabespreken en opstellen van behandeldoelen horen we ook te doen na afname van een CCQ.

GENERIEK VERSUS SPECIFIEK MEETINSTRUMENT

Generieke instrumenten die ook kwaliteit van leven meten, zoals de NCSI, zijn notoir moeilijker te hanteren voor één persoon dan ziektespecifieke vragenlijsten. De NCSI is niet geschikt om het ziektebeloop bij een individu in de loop van de tijd te monitoren en de uitkomsten van de vragenlijst geven geen directe aanknopingspunten voor het beleid. Wel kunnen de resultaten input geven voor het gesprek met de patiënt en het aanpassen van de persoonlijke behandeldoelen. Laten we daarom ook zeker geen 'beterschap' aan de zorgverzekeraar beloven wat betreft generieke vragenlijsten (als indicatoren), want over de haalbaarheid en betekenis hiervan is weinig bekend.

De cultuurverschuiving in de COPD-zorg die de laatste jaren binnen en buiten Nederland heeft plaatsgevonden is terecht. De integrale gezondheidstoestand, ofwel de ziektelast, staat centraal en niet meer de luchtwegobstructie. Ideeën over integrale gezondheid en persoonlijke behandeldoelen zijn gemeengoed, maar het meetinstrument wisselt internationaal van bijvoorbeeld BODE-index tot MRC of CCQ.[5]

TOT SLOT

Kortom, zolang we de patiënt met COPD maar aandachtig vragen naar zijn of haar eigen prioriteiten, doet het meetinstrument er minder toe – Gronings (CCQ), Nijmeegs (NCSI) of Leids (RIQ-MON 10). ■

LITERATUUR

1 Bischoff EWMA, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TRJ. De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2016;59(6):242-7.
2 Peters JB, Daudey L, Heijdra YF, Molema J, Dekhuijzen PN, Vercoulen JH. Development of a battery of instruments for detailed measurement of health status in patients with COPD in routine care: the Nijmegen Clinical Screening Instrument. Qual Res 2009;18:901-12.
3 Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard voor COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2010.
4 NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58:198-211.
5 Miravitlles M, Vogelmeier C, Roche N, Halpin D, Cardoso J, Chuchalin AG, et al. A review of national guidelines for management of COPD in Europe. Eur Respir J 2016;47:625-37.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: b.d.l.broekhuizen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Chris van Weel

Het ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg tussen structuur en inhoud

Samenvatting

Van Weel C. Het ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg tussen structuur en inhoud. Huisarts Wet 2016;59(6):254-6.

Er is sprake van een mondiale trend om gezondheidszorgsystemen te hervormen en te baseren op een sterke eerste lijn. In dat kader hebben Vlaamse hoogleraren huisartsgeneeskunde onlangs een actieplan gelanceerd voor een fundamentele herziening van de Belgische gezondheidszorg. Het creëren van maatschappelijke waarden staat daarbij centraal: het betreft een integrale, persoons- en populatiegerichte benadering, gebaseerd op zorgbehoeften, door middel van een duurzame vertrouwensrelatie en continuïteit van zorg. In deze beschouwing relateer ik de uitgangspunten van dit plan aan de internationale ervaringen met het implementeren van eerstelijnsbeleid. Ik concludeer dat het Belgische initiatief een betekenis heeft die de Belgische gezondheidszorg overstijgt.

INLEIDING

In *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: meer dan ooit* hebben Vlaamse hoogleraren huisartsgeneeskunde een actieplan gelanceerd voor een fundamentele herziening van de Belgische gezondheidszorg.[1] Volgens dit actieplan wordt professionele zorg uitsluitend via de eerste lijn toegankelijk. Burgers schrijven zich bij een praktijk in en betrekken alle zorg bij die praktijk. Basis van de structuur van deze toekomstbestendige zorg vormen zogenaamde eerstelijnszones, die bestaan uit kleinschalige praktijkteams met een duurzame relatie met een wijk of dorp en die een multidisciplinaire samenstelling hebben voor een integrale biopsychosocio-ecologische benadering. Binnen deze zones is de 24-uurszorg voorzien. Door eenduidige zonebegrenzing ontstaat ook een een-op-een samenwerking met ziekenhuizen, waarbij de eerste lijn de poortwachters- of navigatiefunctie heeft. De kern van de zorg vormen het bevorderen van de gezondheid van de patiënten en hun *empowerment*. De financiering van de praktijken vindt plaats op basis van een abonnementstarief, dat wordt aangevuld met honorering van de kwaliteit van de gerealiseerde zorg.

Het Belgische actieplan past in een vrijwel mondiale trend om gezondheidszorgsystemen te hervormen en te baseren op een sterke eerste lijn.[2,3] Waar veel van deze hervormingen vooral technisch-financieel worden aangestuurd, is het fascinerende dat bij dit Belgische plan het creëren van maatschappelijke waarden centraal staat: een integrale, persoons- en populatiegerichte benadering, gebaseerd op zorgbehoeften ('equity'), door middel van een duurzame vertrouwensrelatie en continuïteit van zorg.

Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. C. van Weel, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Australian National University: prof.dr. C. van Weel, honorair hoogleraar primary health care research • Correspondentie: chris.vanweel@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Het actieplan vormt een breuk met de huidige positie van de huisarts en de eerste lijn in het Belgische stelsel, dat competitie tussen per verrichting gehonoreerde artsen in de hand werkt en waarin patiënten vrij kunnen kiezen welke artsen ze raadplegen, welk specialisme deze ook hebben. Dat heeft de Belgische huisartsgeneeskunde er echter nooit van weerhouden om te investeren in de eigen professioneel-wetenschappelijk inhoudelijke ontwikkeling, wat terug te vinden is in een hoogwaardige specialisatieopleiding,[4] internationaal aansprekend leiderschap in multidisciplinaire wijkgezondheidszorg[5] en een duurzame relatie met patiënten.[6] De Belgische gezondheidszorg heeft hier echter nooit ten volle van kunnen profiteren.

Het actieplan refereert niet aan Nederland, maar de geschetste structuur vertoont wel grote overeenkomsten met die in ons land – onder meer met de huisarts als poortwachter, inschrijving op naam, zorggroepen, consortia voor avond- en weekeinddiensten, het belang van de lokale context en wijkgericht werken. Belangrijker dan de structuur op zich is de onderbouwing ervan: een structuur als middel om de hierboven samengevatte maatschappelijke waarden te kunnen realiseren. Daarmee dringt zich een naar mijn oordeel nog wezenlijker parallel op met Nederland, waar huisartsgeneeskunde zich bij de oprichting van het NHG aandiende met de in de 'Woudschoten-verklaring' verwoorde maatschappelijke waarden als grondslag van de professie.[7] Deze uit 1959 daterende verklaring vormde de basis van waaruit de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn zich in de daarop volgende decennia hebben ontwikkeld tot de kernvoorziening die ze vandaag de dag vormen. Weinig andere landen kennen zo'n inhoudelijke onderbouwing als basis van een gestructureerde eerstelijnsgezondheidszorg. Dat dit Belgische actieplan voor een vergelijkbare onderbouwing kiest bij een fundamentele structuurverandering is dan ook uitermate interessant.

GEZONDHEIDSBELEID EN WELZIJNSBELEID

In de onderbouwing vormt het aangaan van integrale gezondheidszorg voor mensen in hun directe woon- en leefomgeving ('wijkgerichtheid') een wezenlijk aspect van de eerste lijn.[7-9] In

De Kern

- In België is een actieplan gelanceerd voor een fundamentele herziening van de gezondheidszorg, die past in de vrijwel mondiale trend om gezondheidszorgsystemen te hervormen en te baseren op een sterke eerste lijn.
- Het gaat om een integrale, persoons- en populatiegerichte benadering, gebaseerd op zorgbehoeften, door middel van een duurzame vertrouwensrelatie en continuïteit van zorg.
- Volgens het Vlaamse plan is een sterke eerste lijn het leidend principe bij het oplossen van knelpunten in de gezondheidszorg.

en vanuit de plaatselijke context is het mogelijk om de belangrijkste gezondheidsproblemen en -bedreigingen aan te wijzen en de zorg daarbij te richten op wat voor de betreffende individuen en groep hoge prioriteit heeft. Dit maakt het tevens mogelijk om sociale determinanten van gezondheid te betrekken in de zorg.[10]

Doordat lokale omstandigheden verschillen, vraagt 'wijkgerichtheid' om het opbouwen en inrichten van eerstelijnszorg vanuit de lokale situatie – met andere woorden: een bottom-upbenadering. Dit ligt bijvoorbeeld aan de basis van het concept van *patient-centered medical homes*,[11] waarmee in de Verenigde Staten de lokale transformatie van de praktijkvoering plaatsvindt.

Tegelijkertijd vertegenwoordigt de eerste lijn een integrale functie: zonder een goed geoutilleerde eerste lijn geen duurzame zorg,[2] een situatie die alleen dan is gerealiseerd wanneer *iedere* gemeenschap, iedere 'wijk' toegang heeft tot een huisarts.[12] Daarmee is het ontwikkelen van de eerstelijnszorg een generiek proces, dat de lokale context overstijgt en een eerstelijnsbeleid vereist – met andere woorden: een topdownbenadering.

Voor een succesvolle implementatie van het eerstelijnsbeleid is het dan ook nodig om beide bewegingen met elkaar te verbinden, top-down vanuit een algemeen geldend concept en bottom-up reagerend op specifieke omstandigheden. Dat is de grote betekenis van dit initiatief van de Vlaamse hoogleraren voor het actieplan voor een breed gezondheids- en welzijnsbeleid.[1] Het maakt gebruik van het momentum van een politieke beleidsambitie om deze top-down te verbinden met de in de afgelopen decennia bottom-up ontwikkelde professionele expertise voor een toekomstbestendige gezondheidszorg, volgens de uitgangsprincipes (kernwaarden) van een sterke huisartsgeneeskunde en eerste lijn.

Kennis over de praktijkpopulatie en de woon- en leefomgeving wordt daarbij meegewogen in de tariefstelling van het abonnement, om patiënten en gebieden met de hoogste gezondheidsbehoeften ook de meeste zorg te kunnen bieden. Op deze manier wordt gezondheidsbeleid verbonden met welzijnsbeleid.

Voor de financiering is het voorziene terugdringen van verspilling en doublures in de zorg een belangrijk mechanisme. Zoals ook bij de introductie van *Obama care* in de Verenigde Staten verdienen investeringen in de eerste lijn zich in de deze benadering terug. Daarmee gaat investering voor de baat uit, maar het is realistisch om die baat ook te verwachten. Dit behoedt de gezondheidszorg er voor om eerst te bezuinigen en daaruit vervolgens herstructurering te bekostigen – een werkwijze die eerdere zorgherzieningen in de Verenigde Staten in de weg hebben gestaan.

BELANGRIJKE LEERERVARING

Uit dit Belgische actieplan spreekt een groot elan en zelfvertrouwen. Het gaat nog amper over de problemen, maar vooral over de realiseerbaarheid van vernieuwingen en innovatie. Het actieplan vertoont grote samenhang in bepleite structuur en inhoud van de zorg, en is helder verwoord. Daarmee demonstreert het hoe wenselijk en waardevol het is om vanuit de grote eerstelijnservaring naar de totale organisatie van de zorg voor gezondheid en welzijn te kijken. Daarmee krijgt het een betekenis die de Belgische context verre overstijgt: in de kern gaat het om het tot stand brengen van een structuur waarin burger en professional waarden kunnen delen en rea-

Foto: Berry Stokvis/Hollandse Hoogte

Abstract

Van Weel C. The development of primary care services: between structure and content. Huisarts Wet 2016;59(6):254-6.

There seems to be a global trend towards the restructuring of health systems, with emphasis on strong primary care services. In this respect, Flemish professors of general practice medicine have recently proposed a plan of action for a fundamental revision of Belgian health care. Central in this is the creation of social values – to develop an integral, person- and population-based approach, based on care needs, by means of sustainable confidentiality and continuity of care. In this article, the tenets of the plan are presented relative to international experience in the provision of primary care services. The Belgian initiative would appear to be relevant to more than just Belgian health care.

liseren, die ten grondslag liggen aan de huisartsgeneeskunde en eerste lijn. *Samenwerken* is daarbij een sleutelbegrip dat vervolgens ook in de professionele vorming via multidisciplinair onderwijs en opleiding ontwikkeld moet worden.

Het benoemen van samenwerken als sleutel tot toekomstbestendige zorg roept automatisch de vraag op naar de betekenis van principes als marktwerking en competitie. Het moge dan zo zijn dat hervorming van gezondheidssystemen een globale ontwikkeling is, ook markt en competitie staan prominent op de internationale politieke agenda. Of en hoe het in België zal lukken om het actieplan in te voeren, tegen de lange traditie van competitiegebonden gezondheidszorg in, zal ook voor andere landen een belangrijke leerervaring opleveren. In dit opzicht kan steun worden gevonden in een recent EU-rapport over investeren in gezondheid en competitie tussen professionals.[13] In het vigerende politieke klimaat worden markt en competitie gezien als de oplossing voor de kwaliteit en betaalbaarheid van maatschappelijke producten en dat geldt zeker ook voor de EU. Het is dan ook interessant dat dit rapport slechts een beperkte rol toekent aan competitie in de zorg: alleen als middel wanneer daarmee zorginhoudelijke doelstellingen kunnen worden gerealiseerd. Wat in een bepaalde situatie op een bepaald moment werkt, hoeft niet op te gaan voor andere situaties of een ander moment. Dit lijkt te weerspiegelen wat we Nederland in de afgelopen jaren langs de harde weg van de praktijk hebben ervaren. Wat prevaleert is de waarde die moet worden gerealiseerd. En dat voert terug tot het Belgische actieplan.[1] Samenwerking is binnen de eerste lijn een sleutel om hoogwaardige zorg voor gezondheid en welzijn te realiseren – voor iedereen, voor alle gezondheidsproblemen, overal. Die waarde dient daarmee ook het primaat te zijn van de manier waarop de zorg is ingericht en wordt gefinancierd. Concurrentie en competitie staan deze ontwikkeling eerder in de weg dan dat zij die bevorderen en zijn daarmee niet de instrumenten van keuze om een sterke toekomstbestendige eerste lijn mee te verankeren.

BESLUIT

Het minste dat het Belgische actieplan voor Nederlandse huisartsen en andere professionals kan doen is inspiratie bieden om de meerwaarde van een sterke eerste lijn als leidend principe te blijven uitdragen bij het oplossen van knelpunten in de gezondheidszorg. Waar het bij aandachtig lezen eigenlijk op lijkt aan te dringen is om in plaats van de puur op de kern van de huisartsgeneeskunde gerichte *Toekomstvisies*, de slag te slaan naar een centrale rol van de eerste lijn in het verbinden van gezondheid en welzijn: een 'Woudschoten-2016', als actie in een ontwikkeling naar decentralisatie van sociale zekerheid, met wijkgericht werken als instrument om alle stakeholders daarin samen te brengen. ■

LITERATUUR

1 De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey (red). Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel: Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsen Opleiding, 2015. Zie ook: http://www.hapraktijkvoorbeelden.be/doc/together-we-change-ned.pdf (geraadpleegd 23 februari 2016).
2 World Health Organization. Primary healthcare now, more than ever world health report. Geneva: WHO; 2008. http://www.who.int/whr/2008/en/ (geraadpleegd 7 december 2015).
3 Gauld R, Burgers J, Dobrow MJ, Luxford K, Minhas R, Wendt C, et al. Healthcare system performance improvement: a comparison of key policies in seven high-income countries. J Health Org Manag 2014;28:210-20.
4 VLUHR. De onderwijsvisitatie geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Brussel: VLUHR, 2014. http://www.vluhr.be/default.aspx?PageId=573 (geraadpleegd 7 december 2015).
5 Wijkgezondheidscentrum Botermarkt. http://www.wgcbotermarkt.be/site2/ (geraadpleegd 7 december 2015).
6 Feldman SL, De Maeseneer J, Van Royen P. Wie is mijn huisarts? Verhalen als ontdekking. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 2011.
7 Vroege NH. Het Woudschoten rapport. Huisarts Wet 1966;9:372-85.
8 Anonymus. Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
9 World Organization of Family Doctors, Europe. The European definition of general practice/family medicine. http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf 2011 revision (geraadpleegd 7 december 2015).
10 World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (geraadpleegd 7 december, 2015).
11 American Academy of Family Physicians. The Patient Centered Medical Home (PCMH). http://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html (geraadpleegd 7 december 2015).
12 Van Weel C, Sparks B. Caring for people's health around the world: a family physician for every community. Fam Med 2007;39:616-7.
13 Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Competition among health care providers. Investigating policy options in the European Union. Brussel: European Commission, 2014. http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/005_safety_quality_of_care_en.pdf (geraadpleegd 9 december 2015).

Jako Burgers

Op koers naar een nieuw tijdperk

Het zijn roerige tijden in huisartsenland. In het voorjaar 2015 werd het actiecomité Het Roer Moet Om (HRMO) opgericht als protest tegen de uitbreidende macht van de zorgverzekeraars. Men wenste meer gelijkwaardigheid in de onderhandelingen, minder administratieve lasten en meer vertrouwen in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. HRMO kreeg binnen korte tijd grote steun van de achterban en van de minister. Er werd een actieplan geformuleerd, waarna vertegenwoordigers van de huisartsen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid in diverse werkgroepen aan de slag gingen.

A CRISIS IN GENERAL PRACTICE

De knelpunten die huisartsen in Nederland ervaren, zijn niet uniek. Huisartsen in andere landen kampen met dezelfde problematiek.[1] De bureaucratie en werkdruk nemen toe en professionals moeten steeds meer externe verantwoording afleggen. Vooral in landen waar contracten met zorgverzekeraars worden gesloten, zoals Duitsland, Zwitserland en de Verenigde Staten, ervaren de artsen hoge administratieve lasten. In het Verenigd Koninkrijk spreekt men vanwege de toenemende werkdruk en regelgeving zelfs van een *crisis in general practice*.[2]

DE VISIE VAN BERWICK

Wie anders dan Don Berwick, goeroe van het kwaliteitsdenken, zou zich deze zorgelijke ontwikkelingen moeten aantrekken? In de JAMA beschrijft hij drie tijdperken in de gezondheidszorg waarbij het derde tijdperk een blik vooruit werpt.[3] De overgang van het tweede naar het derde tijdperk vertoont opvallende overeenkomsten met HRMO in Nederland.

Eerste tijdperk: professionele autonomie

Het eerste tijdperk grijpt terug op Hippocrates. De autoriteit van de arts werd bekrachtigd door het privilege om zelf te oordelen over de kwaliteit van het werk. De klassieke eed van Hippocrates met het beroepsgeheim als één van de regels, sluit de deur van de spreekkamer voor pottenkijkers. Met de introductie van landelijke registratiesystemen in de vorige eeuw werd echter grote praktijkvariatie zichtbaar die niet kon worden verklaard door verschillen in patiëntenpopulaties. Dit gold ook voor complicaties na ingrepen en voor medische fouten. De kwaliteit en veiligheid van de zorg kwamen in het geding.

Tweede tijdperk: externe verantwoording

Het marktdenken en registreren van zorgprestaties werden vervolgens ingevoerd om onderscheid te kunnen maken in kwaliteit. De patiëntgegevens werden anoniem en op geaggregeerd niveau verzameld. Artsen en zorginstellingen moesten met de billen bloot. De deur van de spreekkamer ging open. De toenemende druk om verantwoording af te leggen leidde tot onvrede bij de beroepsgroep. Artsen stonden tegenover zorgverzekeraars en overheid in plaats van naast elkaar.

Derde tijdperk: 'the moral era'

Een gemotiveerde beroepsgroep is van levensbelang voor een toekomstbestendige gezondheidszorg. Berwick beschrijft hiertoe negen gewenste veranderingen [**tabel**]. De meeste van deze veranderingen hebben een pendant in de HRMO-beweging, wat aantoont dat de problematiek die HRMO beschrijft ook elders de gemoederen bezighoudt.

HET ROER GAAT OM

Ongeveer een jaar na de oprichting van HRMO werd tijdens de LHV Huisartsbeurs 2016 een tussenrapportage gegeven, met de boodschap dat er 'mooie resultaten zijn geboekt die het werk van huisartsen makkelijker en weer aantrekkelijker maken'.[4] Het vertrouwen in de koers die is ingezet, is vertaald in Het Roer Gaat Om.[5] De betrokken partijen blijven actief en gaan door met het realiseren van de gestelde doelen. De zeilen blijven bol staan. Liggen we op koers naar een nieuw tijdperk? ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.

NHG, Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. J.S. Burgers: huisarts en hoofd afdeling R&W • Correspondentie: j.burgers@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur was van juli tot begin september 2015 voorzitter van de werkgroep Kwaliteit in het kader van HRMO.

Tabel Negen aanbevelingen voor 'the moral era' en HRMO-koers

The moral era	HRMO-koers
Verminder verplichte metingen	Reduceer het aantal indicatoren in de huisartsen- en ketenzorg
Stop met complexe individuele (financiële) prikkels	Stop met prestatiebeloning van individuele huisartsen
Focus op kwaliteit in plaats van opbrengst	Vervang het marktdenken door kwaliteitsdenken
Laat het professionele privilege varen	Streef naar professionele verantwoordelijkheid in plaats van professionele autonomie
Gebruik kennis over kwaliteitsverbetering	Besteed meer aandacht aan intervisie als onderdeel van de kwaliteitscyclus
Streef naar volledige transparantie	Werk mee aan inzicht in kwaliteit van de huisartsenpraktijk
Blijf beleefd en beschuldig niet	Blijf constructief en in dialoog met alle partners in de zorg
Luister naar patiënten en naasten	Geef exclusieve aandacht aan de patiënt en lever persoonsgerichte zorg
Verwerp hebzucht	Streef naar kleinere praktijken en redelijke bekostiging van de huisartsenzorg

Liset van Dijk, Anne Brabers, Judith de Jong, Joke Korevaar

Antibiotica: 'Kuur volledig afmaken'

Patiënten in Nederland krijgen bij een antibioticumkuur standaard het advies de kuur af te maken. Dit advies staat ook op Thuisarts.nl en op Apotheek.nl, de websites van respectievelijk het NHG en de KNMP. Het is bekend dat patiënten adviezen niet altijd opvolgen. Geldt dat ook voor het advies een antibioticumkuur af te maken? We legden deze vraag in juni 2014 voor aan leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Deze leden zijn geworven uit zestien huisartsenpraktijken.

VRIJWEL IEDEREEN MAAKT KUUR AF

Van de 2846 respondenten kreeg 47% de afgelopen vijf jaar ten minste één recept voor een antibioticum voorgeschreven. Van deze laatste groep gaf slechts 7% aan de kuur niet te hebben afgemaakt (n = 96). Er is hierin verschil tussen de zestien huisartsenpraktijken (range op praktijkniveau: 3 tot 14%). Mannen en vrouwen stopten vrijwel even vaak en er zijn evenmin verschillen gevonden naar leeftijd. Wel stopten laagopgeleide patiënten net iets vaker dan patiënten met een gemiddeld of hoog opleidingsniveau. Aan de mensen die vroegtijdig stopten met de kuur, vroegen we voor welke aandoening de kuur was voorgeschreven (86 responses). Bijna een kwart (23%) kreeg het antibioticum voor een urineweginfectie, 11% voor een luchtweginfectie, 11% voor een huid- of wondontsteking en 10% voor een longontsteking. Dit zijn ook aandoeningen waarvoor huisartsen vaak een antibioticum voorschrijven.

BIJWERKINGEN

Bijwerkingen zijn de belangrijkste reden om te stoppen met het antibioticum: vier op de tien mensen gaven dit als reden (n = 76 responses) [**figuur**]. Het feit dat de klachten over waren, was voor één op de vijf stoppers reden de kuur te staken. Slechts een enkeling stopte met het nemen van het antibioticum, omdat niet duidelijk was dat de kuur moest worden afgemaakt. Bijna één op de vijf stoppers kreeg een ander antibioticum, omdat het eerste antibioticum niet aansloeg.

DISCUSSIE

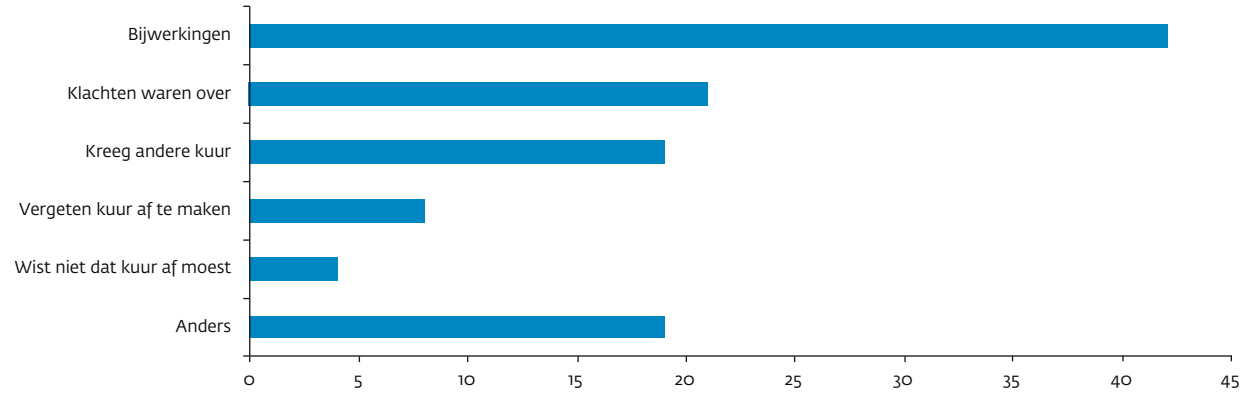
In Nederland is het advies een antibioticumkuur altijd af te maken. Zowel nationaal als internationaal is er echter discussie of het afmaken van een kuur wel altijd nodig is. Zo wordt huisartsen in Australië aangeraden om hun patiënten het advies te geven te stoppen met de kuur als ze zich beter voelen.[1] Alleen bij zeer specifieke aandoeningen zoals tuberculose is het afmaken van een kuur essentieel, aldus de Australische onderzoekers. Een groot deel van de Nederlandse patiënten volgt het advies om een antibioticumkuur af te maken. Als patiënten stoppen, is dat zelden omdat zij niet weten dat ze de kuur moeten afmaken. Het advies 'antibioticakuur volledig afmaken' zit goed tussen de oren van Nederlandse patiënten; alleen lager opgeleiden stoppen iets vaker. Een beleid zoals in Australië zou daarom in Nederland voor veel patiënten een radicale verandering betekenen. ■

LITERATUUR

1 https://www.mja.com.au/insight/2015/5/stop-antibiotics-experts.

Consumentenpanel Gezondheidszorg is een project van het NIVEL en bestaat momenteel uit bijna 12.000 personen van 18 jaar en ouder. In juni 2014 ontving een steekproef van 4946 panelleden een vragenlijst over onder andere het gebruik van antibiotica. De respons was 58% (n = 2846). De panelleden waren geworven uit 16 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties. Voor meer informatie kunt u terecht op www.nivel.nl/consumentenpanel, http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijn of mailen naar consumentenpanel@nivel.nl.

Figuur **Redenen om antibioticakuur niet af te maken (% van stoppers; n = 67)***



* Mensen mochten meer dan één antwoord geven.

Nadine Rasenberg

Verwijzing naar podotherapeut bij fasciitis plantaris

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

PRAKTIJKVRAAG

Is verwijzing naar een podotherapeut (kosten)effectief bij patiënten met fasciitis plantaris?

HUIDIG BELEID

De farmacotherapeutische richtlijn voor hielklachten geeft aan dat de effectiviteit van niet-medicamenteuze behandelingen niet is aangetoond. Als medicamenteuze adviezen worden analgetica (paracetamol en NSAID's) en lokaal toegediende corticosteroïden genoemd. In de praktijk blijken ook andere behandelingen toegepast te worden, het adviseren van (rek)oefeningen, biomechanische aanpassing in de schoen (zoals hielcups of inlegzooltjes), Extracorporale Shock Wave Therapy (ESWT) en verwijzing naar een podotherapeut.[1]

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Uit pilotonderzoek van onze afdeling bij 19 huisartsen in de regio Rotterdam, blijkt een gemiddelde praktijk (2500 patiënten) ongeveer 8 nieuwe patiënten met fasciitis plantaris per jaar te zien, oftewel, een incidentie van 3/1000/jr.[2] Aangezien de podotherapeuten en fysiotherapeuten ook direct toegankelijk zijn voor patiënten met deze klachten, is deze incidentie waarschijnlijk een onderschatting. Het klinische beloop van fasciitis plantaris is gunstig: 80% van de patiënten is na twaalf maanden klachtenvrij.[1] Ondanks dit gunstige beloop zoekt het merendeel van de patiënten medische zorg. Een mogelijke reden hiervoor is dat de klachten de patiënt behoorlijk beperken in het dagelijks leven.[1]

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Er is weinig literatuur over de incidentie, prevalentie, duur van de klachten en de behandeling van fasciitis plantaris in Nederland. In het eerder genoemde pilotonderzoek van onze afdeling bleek dat bij de helft van de patiënten meerdere behandelingen toegepast werden, zoals pijnstilling, lokale corticosteroïdinjecties en verwijzing naar een podotherapeut.[2] Dit kan erop duiden dat huisartsen op zoek zijn naar de beste manier om hun patiënten met fasciitis plantaris te behandelen.

Een verwijzing naar de podotherapeut voor inlegzolen lijkt in dit pilotonderzoek een populaire interventie. Bij eenderde van de patiënten vond verwijzing plaats tijdens het eerste consult. Als patiënten voor een tweede keer met de klachten op consult kwamen, werd nog eens 15% verwezen.[2] Podotherapeuten behandelen als erkende paramedici veel patiënten met fasciitis plantaris met speciaal op maat gemaakte inlegzolen. Biomechanische factoren vormen de belangrijkste onderliggende theorie voor de behandeling met inlegzolen.[1]

Vooralsnog concludeert een Cochrane-review uit 2008 echter dat er niet genoeg bewijs is om de effectiviteit van op maat gemaakte zooltjes te ondersteunen, omdat er slechts één RCT was waarbij een op maat gemaakte zool, een geprefabriceerde zool en een placebozool werden vergeleken. De op maat gemaakte en de geprefabriceerde zool hadden betere (echter, afgezien van enkele functie-uitkomsten, niet-significante) uitkomsten op pijn en functie bij drie maanden ten opzichte van de placebozool. Na twaalf maanden werd er geen verschil meer gevonden tussen de drie zolen.[3] Gezien het gunstige beloop van deze klachten lijken deze resultaten te verklaren te zijn door het natuurlijk beloop van de aandoening. Het is onbekend hoe hoog de kosten zijn van op maat gemaakte zooltjes per patiënt bij fasciitis plantaris. Hiervoor is meer informatie nodig over de kosten die voor de verschillende behandelingen gemaakt worden en eventueel (werk)verzuim van deze patiëntengroep.

CONCLUSIE

Fasciitis plantaris is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. Er zijn verschillende behandelmogelijkheden, waarbij de huisarts vaak verwijst naar een podotherapeut voor een behandeling met een inlegzool. Tot op heden is er nog een gebrek aan kennis over de (kosten)effectiviteit van deze behandeling van klachten van fasciitis plantaris.

Het is wenselijk om een dubbelblind gerandomiseerde trial uit te voeren in de Nederlandse huisartsenpraktijk, waarbij een op maat gemaakte zool vergeleken wordt met een placebozool.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Is een behandeling via de podotherapeut met op maat gemaakt inlegzolen (kosten)effectief bij patiënten met fasciitis plantaris ten opzichte van een behandeling met een placebozool en de gebruikelijke behandeling via de huisarts of sportarts? ■

LITERATUUR

1 Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. N Engl J Med 2004;350:2159-66.
2 De Regt M. The incidence and policy of plantar fasciitis in general practice. Onderzoeksverslag medisch student. Rotterdam: Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, 2010.
3 Hawke F, Burns J, Radford JA, Du Toit V. Custom-made foot orthoses for the treatment of foot pain. Cochrane Database Syst Rev 2008;3:CD006801.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; N. Rasenberg, aiotho • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

Véronique Kraaijenga, Roderick Venekamp, Wilko Grolman

NASCHOLING

Het cochleair implantaat

INLEIDING

Een cochleair implantaat (CI) is een apparaat dat bij doven en ernstig slechthorenden de gehoorfunctie gedeeltelijk kan herstellen. In Nederland werd de eerste patiënt geïmplanteerd in 1985. De behandeling is wereldwijd geaccepteerd en zo effectief gebleken dat de indicatiestellingen gaandeweg verruimd zijn. Niet elke dove heeft echter evenveel baat bij een CI. In deze nascholing bespreken we het normale gehoor, de werking van het implantaat en de indicaties en contra-indicaties. Daarnaast bespreken we het traject rondom de implantatie, recente wetenschappelijke ontwikkelingen en de mogelijke implicaties voor de toekomst.

Samenvatting

Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Het cochleair implantaat. Huisarts Wet 2016;59(6):260-4.

Een cochleair implantaat (CI) kan bij patiënten met perceptieve doofheid de gehoorfunctie gedeeltelijk herstellen. Een CI stimuleert de gehoorzenuw rechtstreeks via een elektrode in de cochlea.

Voor het spraakverstaan met een CI maakt het verschil of de doofheid pre- dan wel postlinguaal is, dat wil zeggen ontstaan vóór of na de ontwikkeling van horen, taal en spraak. Postlinguaal dove volwassenen en prelinguaal dove kinderen kunnen met een CI een hoog niveau van spraakverstaan bereiken. Prelinguaal doven die op latere leeftijd een (unilateraal) CI krijgen, presteren aanzienlijk slechter maar kunnen er desondanks baat bij hebben als ondersteuning bij het liplezen.

Er zijn in Nederland acht academische centra die CI's plaatsen. Kinderen komen in aanmerking voor een CI wanneer zij met de beste hoortoestellen nog steeds een gehoorverlies hebben van > 60 dB op 2000 en 4000 Hz, volwassenen als zij met de beste hoortoestellen een gemiddeld gehoorverlies hebben van > 90 dB en een spraakverstaan van minder dan 60%.

Tegenwoordig krijgen congenitaal dove kinderen jonger dan 5 jaar bilateraal een CI, liefst al in het eerste levensjaar. Bij congenitaal dove kinderen van 5-18 jaar worden sinds enkele jaren CI's sequentieel bilateraal geïmplanteerd. Contra-indicaties voor bilaterale plaatsing zijn slechte ervaringen met het eerder geplaatste CI en congenitale doofheid bij kinderen ouder dan 12 jaar die nog geen CI hebben. Ook kinderen met verworven doofheid komen in aanmerking voor een bilateraal CI. Over nut en noodzaak van bilaterale CI's voor volwassenen en voor doofblinden is men het nog niet eens; deze worden vooralsnog niet vergoed door de Nederlandse zorgverzekeraars.

UMC Utrecht, afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde en Hoofd-halschirurgie, en Brain Center Rudolf Magnus, Heidelberglaan 100, 3508 GA Utrecht: V.J.C. Kraaijenga, arts-onderzoeker kno; prof.dr. W. Grolman, kno-arts. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: dr. R.P. Venekamp, huisarts • Correspondentie: w.grolman@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ACHTERGROND

Het normale gehoor

[**Figuur 1**] geeft een overzicht van het normale gehoor. Geluidstrillingen worden opgevangen door de oorschelp en via het trommelvlies doorgegeven aan de gehoorbeenketen van malleus, incus en stapes, waarna zij aankomen bij het ovale venster. Aldaar worden deze trillingen doorgegeven aan de vloeistof in de cochlea. In het middenoor transformeert dit zuiger-en-hefboommechanisme de trillingen van het trommelvlies zonder al te veel energieverlies tot vloeistofdruktrillingen voorbij het ovale venster. De vloeistof in de cochlea brengt deze druktrillingen over op de basilaire membraan, die op zijn beurt de haarcellen in het orgaan van Corti in beweging zet. Deze beweging genereert een elektrische potentiaal in de nervus cochlearis, die hem doorgeeft aan de hersenen waar het geluid uiteindelijk wordt waargenomen. De toonhoogte die wordt waargenomen is afhankelijk van de plaats in de cochlea waar de trillingen worden doorgegeven. De cochlea is namelijk tonotopisch geordend: iedere frequentie heeft haar eigen plaats op de basilaire membraan en activeert dus een andere subpopulatie haarcellen en zenuwvezels. Zo kan men verschillen in de toonhoogte waarnemen.

Gehoorverlies

Gehoorverlies wordt onderverdeeld in conductief en perceptief

De kern

- Een cochleair implantaat (CI) geeft via een geïmplanteerde elektrode elektrische pulsen af in de cochlea, die door de nervus cochlearis worden opgevangen en doorgegeven aan de auditieve cortex.
- CI's zijn over het algemeen zinvol bij kinderen en volwassenen met ernstige perceptieve slechthorendheid of doofheid, die onvoldoende baat hebben bij een conventioneel hoortoestel.
- Het spraakverstaan met een CI is sterk afhankelijk van de taal- en spraakontwikkeling. De resultaten zijn slechter bij prelinguaal doven die op latere leeftijd geïmplanteerd zijn.
- Congenitaal dove kinderen jonger dan 5 jaar krijgen standaard bilateraal een CI; in de leeftijd 5-18 jaar wordt individueel bepaald of zij in aanmerking komen voor sequentiële bilaterale implantatie.
- Volwassenen en kinderen > 12 jaar met prelinguale doofheid komen in Nederland alleen in aanmerking voor unilaterale implantatie.
- Kinderen en volwassenen die doof zijn geworden ten gevolge van een meningitis krijgen standaard een bilateraal CI.
- Er is momenteel een discussie gaande of volwassenen en doofblinden ook bilateraal geïmplanteerd zouden moeten worden. In Nederland wordt dit tot op heden niet vergoed door de zorgverzekeraars.

Figuur 1 Het normale gehoor

Bron: UMC Utrecht, W. Grolman.

gehoorverlies. Conductief gehoorverlies ontstaat in de gehoorgang, het trommelvlies of het middenoor. Dit type gehoorverlies valt buiten het bestek van deze nascholing. Perceptief gehoorverlies ontstaat in de cochlea, de nervus cochlearis en het centrale auditieve systeem. De meestvoorkomende oorzaak van perceptief gehoorverlies is cochleaire pathologie, en dan voornamelijk disfunctie van de haarcellen in het orgaan van Corti. Ouderdomsslechthorendheid en lawaaischade zijn goede voorbeelden. Voor meer informatie, zie de herziene NHG-Standaard Slechthorendheid.[1]

De impact van ernstig gehoorverlies of doofheid (hierna zullen wij kortweg spreken van 'doofheid') is groot. Doofheid wordt over het algemeen ervaren als een grote handicap, die voor volwassenen resulteert in problemen zoals eenzaamheid, depressie en verminderde participatie in de maatschappij. Een kind dat doof geboren wordt, heeft grote invloed op het gezin. Daarom is voor deze gezinnen goede begeleiding op het gebied van communicatie, opvoeding en behandeling van het dove kind erg belangrijk.

WERKING VAN HET COCHLEAIRE IMPLANTAAT

Een CI biedt patiënten met perceptieve doofheid de mogelijkheid toch gehoorsensaties te ervaren. Een CI bestaat uit een uitwendig gedragen spraakprocessor met een microfoon die in verbinding staat met een onderhuids geïmplanteerde ontvanger. Deze ontvanger is verbonden met de nervus cochlearis door middel van een elektrode die is opgebouwd uit een bundel dunne contacten. De elektrode wordt via het middenoor geïmplanteerd in de scala tympani van de cochlea. De spraakprocessor achter het oor splitst het opgevangen geluid op in een aantal frequentiegebieden en activeert vervolgens de contacten die gekoppeld zijn aan de corresponderende frequentiegebieden in de cochlea. De elektrodes worden geïmplanteerd op de frequentiegebieden die de spraak omvat, van 250 tot 6000 Hz. De elektrische pulsen die de elektrodes afgeven in de scala tympani worden opgevangen door de nabijgelegen nervus cochlearis. Slimme software in het CI gebruikt de tonotopie van de cochlea om het spraakverstaan te optimaliseren.

WIE KOMEN IN AANMERKING?

Een patiënt met perceptieve doofheid die geen baat (meer) heeft bij conventionele hoortoestellen kan in aanmerking komen voor een CI. Voor de huisarts is dit een goed moment om te verwijzen naar een audiologisch centrum. Bij de indicatiestelling wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen en volwassenen. Centraal daarbij staat de vraag of er reeds taal- en spraakontwikkeling heeft plaatsgevonden. Bij patiënten met prelinguale doofheid, dat wil zeggen doofheid die aangeboren is of die verworven is voordat de hoor-, taal- en spraakontwikkeling heeft plaatsgevonden, moeten de auditieve banen zich nog ontwikkelen. Bij patiënten met postlinguale doofheid, die is ontstaan nadat de taal- en spraakontwikkeling reeds heeft plaatsgevonden, zijn de centrale banen en het geheugen voor spraakklanken reeds ontwikkeld en kunnen ze via het CI weer gebruikt worden.

Kinderen

Sinds 2012 vergoeden de Nederlandse zorgverzekeraars bilaterale CI's voor kinderen tot 5 jaar die met conventionele hoor-

Abstract

Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Cochlear implants. Huisarts Wet 2016;59(6):260-4.

A cochlear implant (CI) can partially restore the hearing of individuals with perceptive deafness. The CI stimulates the auditory nerve directly via an electrode in the cochlea.

The ability of a person to understand speech when using a CI depends on whether deafness occurred pre- or post-lingually, before or after the development of hearing, language, and speech. Post-lingually deaf adults and pre-lingually deaf children can achieve a high level of speech perception with a CI. In contrast, pre-lingually deaf individuals who receive a unilateral CI at an older age perform substantially worse, but may benefit from a CI as support for lip-reading.

Eight academic centres in the Netherlands implant CIs. Children are eligible for a CI if they have a hearing loss of more than 60 dB at the frequencies 2000 and 4000 Hz, despite using the best available hearing aids. For adults these criteria include a pure tone average of more than 90 dB and speech perception scores lower than 60% with the best available hearing aids. Nowadays, children with congenital deafness younger than 5 years are given bilateral CIs, preferably before 1 year of age. CIs are implanted sequentially in congenitally deaf children and adolescents aged 5–18 years. Contraindications for bilateral implantation are poor experience with earlier implants and congenital deafness in children older than 12 years who have not yet received a CI. Children with acquired deafness are also eligible for bilateral CIs. The need for, and effectiveness of, bilateral CIs in adults and deaf–blind individuals are disputed and currently costs are not reimbursed by Dutch health insurance companies.

Figuur 2 Een cochleair implantaat

Bron: UMC Utrecht, W. Grolman.

toestellen een gehoorverlies hebben van meer dan 60 dB bij de frequenties 2000 en 4000 Hz.[2] Congenitaal dove kinderen krijgen bij voorkeur een CI vóór hun eerste verjaardag; bij kinderen met verworven doofheid wordt de taal- en spraakontwikkeling nauwkeurig in de gaten gehouden: wanneer deze gaat achterlopen zal men sneller overgaan tot implantatie.

Sinds 2014 komen ook congenitaal dove kinderen van 5-18 jaar in aanmerking voor bilaterale CI's, mits ze aan bepaalde aanvullende criteria voldoen. Het CI-Overleg Nederland (CI-ON) acht bilaterale CI's bij deze kinderen alleen zinvol als zij al een unilateraal CI hebben (sequentiële implantatie).[3] Als het kind ouder is dan 12 jaar en nog geen CI heeft, is een unilateraal CI voldoende en heeft een tweede CI geen meerwaarde.[3] In deze groep gaat het vooral om migranten die in het land van herkomst geen CI hebben gekregen. Kinderen tot 18 jaar met verworven doofheid komen in aanmerking voor bilaterale CI's ongeacht of zij al een CI hebben. Omdat de gehoorbanen reeds gevormd zijn, kan van bilaterale CI's een goed resultaat verwacht worden. Kinderen die al een CI hebben, zullen sequentieel worden geïmplanteerd, wanneer ze nog geen CI hebben is simultaan bilaterale implantatie geïndiceerd [**tabel 1**].

Tabel 1 Normen voor cochleaire implantatie in Nederland, 2014[3]

Ontstaan doofheid	Leeftijd	CI	Implantatie
Aangeboren	0-5 jaar	bilateraal	simultaan
	5-18 jaar	bilateraal*†	sequentieel
Verworven	0-5 jaar	bilateraal	simultaan
	5-18 jaar	bilateraal*	simultaan/sequentieel
	> 18 jaar	unilateraal	–
Na meningitis	n.v.t.	bilateraal	simultaan/sequentieel

* Unilateraal wanneer er geen meerwaarde wordt verwacht van een tweede CI, bijvoorbeeld bij slechte ervaringen met het eerste CI (zie contra-indicaties).
† Unilateraal indien ≥ 12 jaar en nog geen CI.

Volwassenen

Volwassenen met perceptieve doofheid komen in aanmerking voor een unilateraal CI wanneer zij weinig of geen baat meer hebben bij een conventioneel gehoorapparaat. Vanwege de gebleken effectiviteit van CI's is het indicatiegebied in de afgelopen jaren verruimd. Waar vroeger alleen postlinguaal doven in aanmerking kwamen, kunnen sinds 2000 ook prelinguaal dove volwassenen een (unilateraal) CI krijgen. Bij deze laatste groep is het resultaat vooral verbetering in geluidsdetectie en horen, in aanvulling op liplezen.[4]

Ook de audiologische criteria zijn in de loop der jaren versoepeld. De landelijke veldnorm hanteert tegenwoordig een gemiddelde hoordrempels van > 90 dB of een spraakverstaan van ≤ 60% met conventionele hoortoestellen [**tabel 2**].[5]

Meningitis

Patiënten die doof geworden zijn ten gevolge van meningitis hebben extra aandacht nodig. Meningitis kan cochleaire ossificatie tot gevolg hebben, waardoor implantatie onmogelijk wordt. Om die reden verdient het aanbeveling om kinderen en volwassenen die meningitis hebben gehad nauwkeurig te monitoren en bij vermoeden van beginnende ossificatie met spoed bilateraal te implanteren, ongeacht de leeftijd.[6]

Contra-indicaties

In de Nederlandse CI-centra bespreekt een multidisciplinair CI-team, bestaande uit een kno-arts, audioloog, logopedist en psycholoog, of de voordelen van een CI opwegen tegen die van een conventioneel hoortoestel en of er contra-indicaties zijn van audiologische, fysieke en psychologische aard. Een substantieel restgehoor is reden om van implantatie af te zien. Ook fysieke beperkingen, zoals een niet functionerende nervus cochlearis of het ontbreken van de cochlea, kunnen een contra-indicatie zijn. Psychologische vereisten zijn dat de patiënt voldoende belastbaar en gemotiveerd is, een reëel verwachtingspatroon heeft en over een oefenpartner beschikt om het revalidatietraject met succes te doorstaan.[5] Eventuele psychosociale comorbiditeit zoals een laag IQ of beginnende dementie is geen absolute contra-indicatie, maar wordt per patiënt afgewogen. Wel hebben deze patiënten extra aandacht nodig gedurende het revalidatietraject. Als laatste contra-indicatie kan een comorbide aandoening een operatie onder narcose onmogelijk maken.

Bij kinderen zal het team allereerst beoordelen of het kind beschikt over de auditieve mogelijkheden om gesproken taal te ontwikkelen. Op pychosociaal vlak kijkt men naar de beleving van de doofheid en naar de verwachtingen en motivatie van de omgeving, in het bijzonder de draagkracht en draaglast van het gezin. Psychologische contra-indicaties zijn ernstige

Tabel 2 Audiologische criteria voor CI in Nederland

Leeftijd	Test	Indicatie CI
0-18 jaar	toonaudiogram	≥ 60 dB op 2000 en 4000 Hz
> 18 jaar	toonaudiogram	≥ 90 dB gemiddeld
	spraakaudiogram	≤ 60%

De test wordt afgenomen in de best mogelijke conditie voor de patiënt. Wanneer deze nog baat ondervindt van een conventioneel hoortoestel, wordt de test afgenomen met gebruik van dit hoortoestel. Heeft de patiënt geen baat bij een conventioneel hoortoestel, dan wordt de test afgenomen zonder hoortoestel.

verstandelijke beperking of een stoornis in de informatieverwerking, bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis.

Voor kinderen van 5-18 jaar gelden naast medische contra-indicaties (ontbrekend slakkenhuis, volledige insertie niet haalbaar, narcoserisico) en contra-indicaties door ontwikkelings- en omgevingsfactoren (alleen gebarentaal beheersen, verstandelijke beperking, prikkelverwerkingsproblemen) twee specifieke contra-indicaties voor bilaterale implantatie: slechte resultaten met een eerder geïmplanteerd unilateraal CI en congenitale doofheid bij kinderen die ouder zijn dan 12 jaar en nog geen CI hebben.[3] Als voor een kind één of meer contra-indicaties gelden, wordt een tweede CI-team gevraagd het dossier te toetsen.

DE IMPLANTATIE

Te verwachten resultaat

Patiënten met een CI functioneren in het algemeen goed. Na unilaterale implantatie verbetert het spraakverstaan in stilte aanzienlijk en na bilaterale implantatie worden ook het lokaliseren van geluid en het spraakverstaan in ruis hersteld. De mate van spraakverstaan verschilt echter aanzienlijk tussen pre- en postlinguaal doven. Postlinguaal dove volwassenen en pre- en postlinguaal dove kinderen kunnen een hoog niveau van spraakverstaan bereiken. Prelinguaal dove kinderen moeten wel snel na het ontstaan van de doofheid een CI krijgen, zodat het proces van taal- en spraakontwikkeling zo min mogelijk vertraagd wordt.[7,8] Volwassenen die prelinguaal doof zijn geworden, hebben een slechtere prognose. Geluidsdetectie is soms het enig haalbare resultaat met een CI.[4] Hoewel de detectie van geluid als waarschuwingssignaal zeer waardevol kan zijn, zal het CI de kwaliteit van leven van de patiënt alleen dan gunstig beïnvloeden wanneer deze een reëel verwachtingspatroon heeft.[9,10]

Het horen met een CI verschilt van het normale horen; patiënten ervaren het geluid over het algemeen als 'blikkerig'. Op het YouTube-kanaal 'Ear Research' kan men ervaren hoe het horen met een CI klinkt (https://www.youtube.com/channel/UCeLVOyg7PktkoCO1QfjZXiA).

Perioperatief beleid en complicaties

Aandachtspunten in de preoperatieve fase zijn meningokokkenvaccinatie en bepaling van de zijde van implantatie. Over het algemeen wordt de patiënt op de eerste dag na de ingreep ontslagen uit het ziekenhuis.

Complicaties die kunnen optreden na de implantatie zijn onder andere lokale infectie, wondgenezingsproblemen en (tijdelijke) labyrintuitval met duizeligheidsklachten tot gevolg.[8] Alarmsymptomen zijn oorontsteking of huidinfectie ter hoogte van het implantaat; in die gevallen is onmiddellijke verwijzing naar een CI-centrum vereist. Bij een enkeling kan na de operatie tinnitus optreden of erger worden. Uit een recent systematisch literatuuroverzicht is echter gebleken dat een reeds aanwezige tinnitus juist vaker verdwijnt dan ontstaat als gevolg van de implantatie.[11] Zeer zelden voorkomende complicaties zijn persisterend facialisletsel en meningitis. Om dat laatste te voorkomen, krijgen patiënten preoperatief meningokokken-C-vaccin toegediend.

Revalidatie en nazorg

In de revalidatiefase staat het leren gebruiken van en horen met een CI centraal. Bij kinderen komt daar de taal- en spraakontwikkeling bij. Deze fase duurt in de regel tot twaalf maanden na implantatie; daarna begint de nazorgfase.

In de nazorgfase ziet het behandelende CI-team de patiënt minimaal tweemaal per jaar. In deze fase worden de hoortrainingen en bij kinderen de controle van de taal- en spraakontwikkeling gecontinueerd. Verder worden de instellingen van de spraakprocessor geoptimaliseerd en eventuele kapotte onderdelen vervangen. Daarnaast is er veel aandacht voor begeleiding van de patiënt en diens familie in het omgaan met doofheid en het CI. Bij de begeleiding van kinderen werkt het CI-team in de regel nauw samen met de Stichting Gezinsbegeleiding.

Langetermijngevolgen

De langetermijngevolgen van een CI zijn vooral gerelateerd aan technisch onderhoud. De uitwendige delen van het implantaat, waaronder de spraakprocessor, gaan ongeveer vijf tot zeven jaar mee. Het interne deel gaat over het algemeen langer dan twintig jaar mee. Een kapotte of losgeraakte elektrode kan een reden zijn voor een revisie-operatie.

Een van de langetermijngevolgen van een CI bij kinderen op jonge leeftijd is een verminderde ontwikkeling van gebarentaal. Dit geldt met name voor dove kinderen van horende ouders. De ouders zijn over het algemeen minder gemotiveerd om gebarentaal te leren wanneer ze merken dat het kind ook gesproken taal goed verstaat. Voor het kind blijft het echter wel belangrijk gebarentaal te beheersen, omdat het CI niet in alle omstandigheden gebruikt kan worden – bijvoorbeeld tijdens het zwemmen.[12]

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Bilaterale implantatie

Binauraal horen, horen met twee oren, is in vele opzichten beter dan horen met slechts één oor, vooral omdat men geluiden beter kan lokaliseren en spraak beter kan onderscheiden van ruis.[13,14]

Zoals we zagen, zijn bilaterale CI's inmiddels standaard bij dove kinderen tot 5 jaar. Bilaterale CI's worden in Nederland alleen vergoed voor volwassenen die doof zijn als gevolg van

meningitis en binnenkort ook voor volwassenen die doofblind zijn als gevolg van het Usher-syndroom.[15]

Sinds 2009 coördineert het UMC Utrecht een RCT in meerdere centra bij 38 postlinguaal dove volwassenen, waarin de (kosten)effectiviteit van bilaterale versus unilaterale CI's wordt onderzocht. De resultaten na één en twee jaar zijn dat deelnemers met bilaterale CI's een significant beter spraakverstaan in ruis hebben dan volwassenen met een unilateraal CI (al dan niet met een conventioneel hoortoestel in het andere oor), en geluiden significant beter lokaliseren.[16] In diverse observationele onderzoeken zijn overeenkomstige bevindingen gedaan.[17-21]

Eenzijdige doofheid

Kinderen en volwassenen die eenzijdig doof zijn, worden op dit moment behandeld met een *bone conducting device* (BCD) of met *contralateral routing of signal* (CROS). Deze hulpmiddelen geven geluid dat waargenomen wordt met het functionerende oor door aan het dove oor. Ze bieden geen auditieve signalen aan het dove oor aan, wat nodig is om binauraal horen te bewerkstelligen. Een CI zou dat wel kunnen. In een recent systematisch literatuuroverzicht is bij volwassenen de effectiviteit van CI vergeleken met die van BCD of CROS. De reviewers vonden een voordeel van CI in geluidslokalisatie, kwaliteit van leven en tinnitus.[22] De methodologische kwaliteit van de negen geïncludeerde onderzoeken was echter matig en de resultaten ten aanzien van horen in ruis waren wisselend. Om die reden is in het UMC Utrecht een RCT opgezet waarin de effectiviteit van een CI vergeleken wordt met BCD of CROS.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Verwijs patiënten met perceptieve doofheid die geen baat (meer) hebben bij conventionele hoortoestellen en graag beter zouden willen horen naar een audiologisch centrum voor een intake.

Na cochleaire implantatie vindt ontslag uit het ziekenhuis over het algemeen plaats op de eerste postoperatieve dag. Huidinfectie ter hoogte van het implantaat of een oorontsteking zijn alarmsymptomen die directe doorverwijzing naar het CI-centrum vereisen.

In de communicatie met een patiënt met een CI moet de huisarts eraan denken de patiënt altijd aan te kijken, rustig te praten en goed te articuleren zodat de patiënt de gelegenheid heeft tot liplezen.

Een kind dat doof geboren wordt, heeft doorgaans een grote impact op het hele gezin. Deze gezinnen hebben vaak grote behoefte aan goede begeleiding op het gebied van communicatie, opvoeding en behandeling van het dove kind. ■

LITERATUUR

1 NHG-werkgroep Slechthorendheid. NHG-Standaard Slechthorendheid. www.nhg.org.
2 Van Eindhoven MJA, Gaasbeek Janzen MH, Heymans J. Herbeoordeling standpunt bilaterale cochleaire implantaten bij kinderen. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2012.
3 Verstrekkingengeschil: tweede cochleair implantaat voor kinderen tussen 5 en 18 jaar. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2014.
4 Straatman LV, Huinck WJ, Langereis MC, Snik AFM, Mulder JJ. Cochlear implantation in late-implanted prelingually deafened adults: changes in quality of life. Otol Neurotol 2014;35:253-9.
5 CI-ON, OPCI, LGB. Veldnorm cochleaire implantatie: revisie 2013. Zonhoven: ONICI, 2008/2013.
6 Merkus P, Free RH, Mylanus EA, Stokroos R, Metselaar M, Van Spronsen E, et al. Dutch Cochlear Implant Group (CI-ON) consensus protocol on postmeningitis hearing evaluation and treatment. Otol Neurotol 2010;31:1281-6.
7 Lammers MJW, Van der Heijden GJMG, Pourier VEC, Grolman W. Bilateral cochlear implantation in children: a systematic review and best evidence synthesis. Laryngoscope 2014;124:1694.
8 Fine I, Finney EM, Boynton GM, Dobkins KR. Comparing the effects of auditory deprivation and sign language within the auditory and visual cortex. J Cogn Neurosci 2005;17:1621-37.
9 Klop WMC, Briaire JJ, Stiggelbout AM, Frijns JH. Cochlear implant outcomes and quality of life in adults with prelingual deafness. Laryngoscope 2007;117:1982-7.
10 Cieśla K, Lewandowska M, Skarżyński H. Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016;273:767-76.
11 Ramakers GGJ, Van Zon A, Stegeman I, Grolman W. The effect of cochlear implantation on tinnitus in patients with bilateral hearing loss: A systematic review. Laryngoscope 2015;125:2584-92.
12 Napoli DJ, Mellon NK, Niparko JK, Rathmann C, Mathur G, Humphries T, et al. Should all deaf children learn sign language? Pediatrics 2015;136:170-6.
13 Bronkhorst AW, Plomp R. Binaural speech intelligibility in noise for hearing-impaired listeners. J Acoust Soc Am 1989;86:1374-83.
14 Cox RM, DeChicchis AR, Wark DJ. Demonstration of binaural advantage in audiometric test rooms. Ear Hear 1981;2:194-201.
15 Wiley S, Meinzen-Derr J, Stremel-Thomas K, Schalock M, Bashinski SM, Ruder C. Outcomes for children with deaf-blindness with cochlear implants: a multisite observational study. Otol Neurotol 2013;34:507-15.
16 Smulders YE, Van Zon A, Stegeman I, Rinia AB, Van Zanten GA, Stokroos RJ, et al. Comparison of bilateral and unilateral cochlear implantation in adults: A randomized clinical trial. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2016;142:249-56.
17 Ramsden R, Rotteveel L, Proops D, Saeed S, Van Olphen A, Mylanus E. Cochlear implantation in otosclerotic deafness. Adv Otorhinolaryngol 2007;65:328-34.
18 Dunn CC, Noble W, Tyler RS, Kordus M, Gantz BJ, Ji H. Bilateral and unilateral cochlear implant users compared on speech perception in noise. Ear Hear 2010;31:296-8.
19 Neuman AC, Haravon A, Sislian N, Waltzman SB. Sound-direction identification with bilateral cochlear implants. Ear Hear 2007;28:73-82.
20 Tyler RS, Dunn CC, Witt SA, Noble WG. Speech perception and localization with adults with bilateral sequential cochlear implants. Ear Hear 2007;28:86S-90S.
21 Grantham DW, Ashmead DH, Ricketts TA, Labadie RF, Haynes DS. Horizontal-plane localization of noise and speech signals by postlingually deafened adults fitted with bilateral cochlear implants. Ear Hear 2007;28:524-41.
22 Van Zon A, Peters JPM, Stegeman I, Smit AL, Grolman W. Cochlear implantation for patients with single-sided deafness or asymmetrical hearing loss: a systematic review of the evidence. Otol Neurotol 2015;36:209-19.

Informatie

Patiëntenorganisatie OPCI: www.opciweb.nl.
Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied: www.kno.nl.
NSDSK, begeleiding van doven en ouders van dove kinderen: www.nsdsk.nl.
Radboudumc, Stichting Gezinsbegeleiding: www.radboudumc.nl/Zorg/Afdelingen/StichtingGezinsbegeleiding/OverSGB/Pages/AanbodSGBZON.aspx.
NHG-Standaard Slechthorendheid, www.nhg.org.

Iva Bicanic, Ad de Jongh, Toine Lagro-Janssen, Peter Leusink

Centrum Seksueel Geweld voor acute slachtoffers

INLEIDING

Van de Nederlandse vrouwen boven de 15 jaar wordt jaarlijks 2,3% geconfronteerd met één of meer negatieve seksuele ervaringen; van de mannen is dat 0,4%.[1] De incidentie van seksueel misbruik in de algemene bevolking is zeven tot honderd keer groter dan in huisartsenregistraties.[2] Deze discrepantie kan ermee te maken hebben dat slachtoffers het moeilijk vinden over hun ervaringen te spreken vanwege schaamte of schuldgevoel, maar ook dat huisartsen het niet altijd eenvoudig vinden er expliciet naar te vragen. Andere verklaringen zijn dat slachtoffers vinden dat ze de gevolgen van seksueel misbruik zelf moeten oplossen, dat zij via andere kanalen hulp zoeken of dat zij weinig verwachten van de huisarts.[3] Slachtoffers van seksueel geweld melden zich meestal pas weken tot jaren na de gebeurtenis bij de huisarts, en dan vanwege psychische en seksuele problemen.[4,5]

Die problemen zouden wellicht voorkomen hebben kunnen worden als het slachtoffer direct na de gebeurtenis adequate hulp had gekregen, zoals dat gebeurt in de multidisciplinaire Sexual Assault Centers in Scandinavië en de Verenigde Staten. Naar dit voorbeeld werd in Nederland in 2012 binnen het UMC Utrecht het eerste Centrum Seksueel Geweld (CSG) opgericht waar verpleegkundigen, politie, (forensisch) artsen en hulpverleners zoveel mogelijk onder één dak samenwerken. Ook slachtoffers die geen contact willen met de politie kunnen er terecht. Anno 2016 zijn er elf CSG's operationeel; eind 2016 zal er naar verwachting een landelijk dekkend netwerk zijn van zestien centra. In dit artikel lichten wij het doel, de werkwijze en de doelgroep toe, en geven we praktische adviezen hoe de huisarts het best kan handelen bij slachtoffers van acuut seksueel geweld.

Samenvatting

Bicanic IAE, De Jongh A, Lagro-Janssen ALM, Leusink PM. Centrum Seksueel Geweld voor acute slachtoffers. Huisarts Wet 2016;59(6):265-7.

Een slachtoffer van acuut seksueel geweld heeft lichamelijke en psychische hulp nodig en wil soms ook aangifte doen. Huisartsen die op de praktijk of de huisartsenpost worden geconfronteerd met een slachtoffer van seksueel geweld en expertise willen inroepen, kunnen verwijzen naar een Centrum Seksueel Geweld (CSG). Nederland zal in 2016 zestien van deze centra hebben waar medische, forensische en psychologische deskundigen klaarstaan om op elk uur van de dag en de week snelle, integrale hulp te bieden. CSG's werken volgens landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria en hanteren een multidisciplinaire aanpak die behandeling van de medische en psychologische gevolgen van het seksueel geweld koppelt aan verantwoord forensisch-medisch onderzoek ten behoeve van de waarheidsvinding.

In dit artikel bespreken we de werkwijze van de CSG's en geven we aan hoe de huisarts hun hulp kan inroepen en ondersteunen. We bespreken ook een eerder gepubliceerd dossieronderzoek onder 108 slachtoffers van acuut seksueel geweld in de periode 2012-2013 die zich meldden bij het CSG in het UMC Utrecht, van wie er 101 (93,5%) een verkrachting hadden meegemaakt. Uit dit onderzoek komt als belangrijkste aanbeveling naar voren dat de huisarts in geval van acuut seksueel geweld de bescherming van biologische sporen in acht neemt, acute stress tracht te reduceren en zorg draagt voor snelle verwijzing naar een CSG, via 0800-0188 of www.centrumseksueelgeweld.nl.

BESCHOUWING: DOEL, WERKWIJZE EN DOELGROEP

Voorheen werden verkrachtingsslachtoffers in Nederland geconfronteerd met een versnipperd zorgsysteem en lange wachttijden. Onderzoek heeft laten zien dat dit een negatieve invloed heeft op de verwerking van het trauma.[6] Het CSG hanteert een nieuwe aanpak: het biedt 24/7 geïntegreerde en gecoördineerde zorg aan kinderen en volwassenen die korter dan één week geleden seksueel geweld hebben meegemaakt. Die zorg wordt geboden door deskundigen op medisch, forensisch en psychologisch gebied, en voldoet aan landelijke kwaliteitscriteria. De centra stellen zich ten doel enerzijds de medische en psychologische gevolgen van het seksueel geweld te voorkomen dan wel tijdig te behandelen, en anderzijds verantwoord forensisch onderzoek uit te voeren onder optimale voorwaarden ten behoeve van waarheidsvinding.

In een CSG wordt elk slachtoffer opgevangen door een (forensisch) verpleegkundige, die zowel voor de getroffene als voor de verschillende zorgverleners het eerste aanspreekpunt

De kern

- In een Centrum Seksueel Geweld (CSG) bieden medische, forensische en psychologische deskundigen vanuit één locatie snelle en integrale hulp aan slachtoffers van acuut seksueel geweld.
- CSG's hebben tot doel de medische en psychologische gevolgen van seksueel geweld vroegtijdig te behandelen en forensisch-medische gegevens veilig te stellen.
- Eind 2016 zullen er in Nederland 16 CSG's zijn. De website www.centrumseksueelgeweld.nl geeft een overzicht.
- Als een huisarts geconfronteerd wordt met een slachtoffer van acuut seksueel geweld, is het advies zo snel mogelijk 0800-0188 te bellen, rekening te houden met sporencontaminatie en het slachtoffer te adviseren over het beschermen van sporen.
- De huisarts ontvangt van het CSG een verslag van het bezoek van het slachtoffer en kan desgewenst contact opnemen met de casemanager die aan elk slachtoffer wordt toegewezen.

UMC Utrecht, Landelijk Psychotraumacentrum, Postbus 85090, 3508 AB Utrecht: dr. I.A.E. Bicanic, klinisch psycholoog, hoofd Centrum Seksueel Geweld Utrecht. ACTA Amsterdam: prof.dr. A. de Jongh, tandarts, gz-psycholoog. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: em. prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoofd Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen. Praktijk de Huisarts, W. Barentszlaan 32, 2803 XP Gouda: P.M. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

is. Als het slachtoffer bereid is aangifte te doen – wat geen voorwaarde is om zorg te ontvangen – vindt eerst forensisch-medisch onderzoek plaats door een forensisch arts. Bij dit onderzoek is de aanwezigheid van een forensisch rechercheur verplicht om zo betrouwbaar mogelijk bewijs te verkrijgen. Aansluitend volgt de medische zorg, die gericht is op het behandelen van eventueel letsel, het voorkomen van ongewenste zwangerschap en soa's, en het inschatten van de noodzaak voor postexpositieprofylaxe (PEP) tegen hiv. De medische zorg en het forensisch onderzoek worden op elkaar afgestemd zodat ze elkaar niet verstoren, maar ook zo min mogelijk belastend zijn voor het slachtoffer. Hierin ligt onder andere de meerwaarde van een CSG: beoordeling en zorgverlening gebeuren vanuit een geïntegreerd forensisch-medisch en (kinder)geneeskundig perspectief.

Na het CSG-bezoek ontvangt de huisarts van het slachtoffer een ontslagbrief waarin de geboden zorg wordt vermeld (morning-after pil, antibiotica, PEP, soa-diagnostiek) en waarin de aanleiding voor de zorg wordt omschreven ('ongewenst en onbeschermd seksueel contact'). Ieder slachtoffer krijgt een casemanager toegewezen – een psycholoog of een verpleegkundige – die de dag na het CSG-bezoek contact opneemt met het slachtoffer en vanaf dat moment ten minste vier weken lang de multidisciplinaire zorg coördineert. Als het slachtoffer daarin toestemt, kan de casemanager contact opnemen met de huisarts voor verder overleg. De casemanager voert een beleid van 'watchful waiting' door één, twee en vier weken na het eerste contact de stressreacties van het slachtoffer te monitoren, telefonisch of in een persoonlijk contact.[7] Om het ontstaan van een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) te voorkomen, krijgt het slachtoffer psycho-educatie en adviezen over adequate coping. Verkrachtingsslachtoffers hebben een relatief grote kans op het ontstaan van een PTSS: uit prospectief onderzoek blijkt dat 40% van de slachtoffers zes maanden na de verkrachting voldoet aan de criteria voor de diagnose.[2] Als het slachtoffer vier weken na het trauma toch een PTSS blijkt te hebben, kan de casemanager een behandeling aanbieden via een bij het CSG aangesloten ggz-instelling. De aangeboden behandelingen, *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) of cognitieve gedragstherapie (CGT), zijn evidence-based en eerste keus bij PTSS.[8] De casemanager vraagt de huisarts in dat geval om een verwijsbrief voor de behandeling, en als deze beëindigd is ontvangt de huisarts een ontslagbrief van de behandelend psycholoog met zo nodig adviezen voor terugvalpreventie.

In het CSG Utrecht, dat onderdeel is van het UMC Utrecht, is een dossieronderzoek uitgevoerd naar de doelgroep – mensen die minder dan één week geleden het slachtoffer waren van seksueel geweld.[9] Zoals de meeste CSG's ontvangt het centrum zijn patiënten via de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH). Tussen januari 2012 en september 2013 meldden zich daar 108 patiënten, van wie de gegevens en het gebruik van CSG-voorzieningen zijn geanalyseerd op basis van hun patiëntendossiers.[9] De meeste slachtoffers waren vrouw, tussen de 12 en 25 jaar oud en werden belaagd door een hen bekende volwassene; 93,5% gaf aan een verkrachting te hebben meegemaakt. Op enkele patiënten na consulteerde de meerderheid het centrum binnen 72 uur na de verkrachting. Rond eenderde rapporteerde eerder seksueel misbruik (32%) of eerdere mishandeling (30%). Een groot deel had een voorgeschiedenis van frequent gebruik van ggz-voorzieningen (45%), veel medicatiegebruik (58%) en ongunstige leefomstandigheden, zoals tijdelijke of begeleide huisvesting en het ontbreken van ouderlijke steun. Een minderheid van de slachtoffers (34%) deed aangifte bij de politie; een meerderheid maakte gebruik van het multidisciplinaire aanbod: 62% onderging een forensisch-medisch onderzoek en 82% maakte gebruik van de mogelijkheid tot 'watchful waiting'. Het Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen rapporteert vergelijkbare cijfers in zijn jaarverslag 2012-2013.[10]

De integrale aanpak lijkt goed aan te sluiten bij de doelgroep, die voor een groot deel bestaat uit sociaal kwetsbare mensen. De kans dat deze patiënten niet goed in beeld zijn bij hun huisarts is aanzienlijk, omdat ze vaak van woonplek of instelling veranderen. Daarentegen maken de percentages 'gebruik van de ggz' en 'medicatiegebruik' duidelijk dat er ooit een contactmoment met de huisarts moet zijn geweest. Voor de nazorg door de huisarts is het van belang te weten dat er in het dossieronderzoek bij 25% van de slachtoffers sprake was van algemeen fysiek letsel en bij slechts 6% van genitaal letsel.

Uit het dossieronderzoek kwam een aantal verbeterpunten naar voren. Ondanks de voorlichting over het gebruik en de bijwerkingen van PEP-medicatie voltooide slechts de helft van de patiënten het behandelschema. Verbetering van de therapietrouw vergt een gezamenlijke inspanning van de casemanager, de infectioloog en de huisarts. Een ander aandachtspunt is dat het forensisch-medisch onderzoek bij kinderen niet op dezelfde wijze wordt uitgevoerd als bij volwassenen. Bij kinderen wordt standaard top-tot-teenonderzoek gedaan, bij volwassenen wordt de focus van het forensisch-medisch onderzoek bepaald op grond van het verhaal van het slachtoffer, wat kan resulteren in minder nauwkeurig gedocumenteerd letsel.[11]

Voor de huisarts heeft verwijzen naar een CSG – uiteraard wanneer het slachtoffer daarmee akkoord gaat – een aantal voordelen. De snelle en integrale hulp van experts kan het risico op het ontstaan van psychische en medische problemen doen afnemen.[12] De patiënt krijgt in een CSG te maken met traumasensitieve zorgverleners, voor wie deze problematiek

Abstract

Bicanic IAE, De Jongh A, Lagro-Janssen ALM, Leusink PM. Sexual Assault Referral Centre. Huisarts Wet 2016;59(6):265-7.

Victims of sexual assault need physical and psychological support and may want to report the assault. General practitioners and after hours services who need assistance when dealing with victims can refer them to a Centrum Seksueel Geweld (CSG; Sexual Assault Referral Centre). By 2016, there will be 16 such centres in the Netherlands, providing medical, forensic, and psychological expertise and offering rapid, integrated care and advice at all hours of the day, everyday. These centres work according to national quality guidelines and have adopted a multidisciplinary approach that couples the treatment of the medical and psychological consequences of sexual violence with appropriate medical forensic investigations to help establish the facts.

dagelijks werk is en die bekend zijn met de invloed van bejegening op de verwerking.[13] Daarnaast kan op het CSG verwarring worden voorkomen omtrent de grenzen tussen verrichtingen binnen het curatieve of het forensische kader. Tot slot kan de huisarts, die door een geautomatiseerd verslag wordt geïnformeerd over het CSG-bezoek, in contact blijven met de casemanager die alle noodzakelijke hulp coördineert [**stappenplan**].

Vanaf eind 2016 is er een landelijk dekkend netwerk van 16 CSG's waar slachtoffers van acuut seksueel geweld terecht kunnen, ongeacht woonplaats of plaats delict. Volwassen slachtoffers die via de SEH toegang krijgen tot het centrum moeten hun eigen risico aanspreken, maar het is mogelijk die kosten later te verhalen op het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Uit toekomstige evaluaties zal moeten blijken in hoeverre de kosten een belemmering vormen om een beroep te doen op het CSG.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Bij face-to-facecontact met een slachtoffer van acuut seksueel geweld (minder dan een week geleden) moet de huisarts of triagist rekening houden met contaminatie van biologische sporen die kunnen dienen ter opsporing en identificatie van personen. Het is raadzaam het slachtoffer geen hand te geven en niets te drinken te geven, en de achterliggende reden hiervan toe te lichten, zeker wanneer het incident korter dan 24 uur geleden plaatsvond. In verband met het forensisch onderzoek dat in het CSG zal plaatsvinden, is het van belang de patiënt een aantal adviezen te geven om sporen veilig te stellen. Het belangrijkste advies is niet te douchen of te wassen en niet de tanden te poetsen. Ook is het essentieel toiletbezoek zo mogelijk te vermijden (eventueel de urine opvangen), niet te eten of te drinken en de kleding niet in de was te doen maar bij voorkeur te bewaren in een papieren zak. In verband met eventueel (later) verhoor van het slachtoffer door de politie is het gewenst zo min mogelijk informatie over het delict van de patiënt te ontvangen, behalve uiteraard medische informatie die nodig is om zo nodig acute zorg te kunnen verlenen.

Telefonisch verwijzen naar een CSG is 24/7 mogelijk via het gratis nummer 0800-0188. De meldkamer zal direct verwijzen naar het meest nabije CSG; woonplaats en plaats delict zijn niet relevant voor deze keuze. Voor de patiënt is het prettig als een vertrouwd iemand emotionele ondersteuning kan bieden, zeker omdat het verblijf in een CSG drie uur of langer in beslag kan nemen. De huisarts kan met de patiënt meedenken welke persoon uit de sociale omgeving het meest geschikt zou zijn.

De huisarts doet zelf geen lichamelijk of aanvullend onderzoek, maar legt kort uit wat het slachtoffer kan verwachten: 'Ik ga je verwijzen naar het Centrum Seksueel Geweld. Daar werken politie en hulpverleners samen voor mensen die kortgeleden seksueel geweld hebben meegemaakt. Alleen als je bereid bent om aangifte te doen, wordt een sporenonderzoek gedaan. Jij bepaalt of je dat wilt. Ook als je (nog) geen aangifte wilt doen, ontvang je hulp. Je krijgt medicijnen tegen eventuele besmetting en ongewenste zwangerschap. Je krijgt een casemanager toegewezen, die contact met jou en alle betrokkenen houdt en die je gaat helpen bij de verwerking.' Zo nodig geeft de huisarts een verwijsbrief mee over bijvoorbeeld anticonceptie, somatische of psychiatrische voorgeschiedenis, lopende behandelingen en context van de patiënt. Meer informatie, waaronder filmpjes met uitleg, is te vinden op www.centrumseksueelgeweld.nl.

Stappenplan

1. De patiënt is minder dan zeven dagen geleden slachtoffer van seksueel geweld en gaat akkoord met verwijzing naar een CSG.
2. De huisarts houdt rekening met sporencontaminatie en geeft instructies over het beschermen van biologische sporen.
3. De huisarts belt 0800-0188 om verwijzing naar het dichtstbijzijnde CSG zo snel mogelijk te realiseren.
4. Nadat de patiënt het CSG bezocht heeft, ontvangt de huisarts een verslag van dit bezoek.
5. Zo nodig kan de huisarts contact opnemen met de casemanager die het CSG aan elk slachtoffer toewijst.

In deze situaties is een empathische en respectvolle bejegening door de huisarts wenselijk; het maakt daarbij niet uit of de huisarts een man of vrouw is.

Het is belangrijk dat de huisarts het slachtoffer kalmeert, omdat heftige initiële stressreacties voorspellend zijn voor PTSS.[2] Aan 15-57% van de Amerikaanse veteranen met PTSS zijn kortdurend benzodiazepines voorgeschreven, maar het klinisch effect is zeer onzeker.[14] Het is belangrijk om bijvoorbeeld slaapmedicatie niet langer dan een week voor te schrijven en de patiënt te vragen daarna contact op te nemen. Overigens zijn de meeste slachtoffers eerder stil en teruggetrokken dan emotioneel of ontregeld. ■

LITERATUUR

1 Merens A, Hartgers M, Van den Brakel M. Emancipatiemonitor. Den Haag: SCP/CBS, 2012.
2 Tiihonen Möller A, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. PLoS One 2014;9:e111136.
3 Mol SSL. Trauma, life events and PTSD: a challenge for patients and family doctors [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.
4 Mol, S. Huisartsenhulp na ingrijpende gebeurtenissen. Huisarts Wet 2004;47:331-4.
5 De Groot J, De Jongh A, Leusink P. Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma! Huisarts Wet 2013;56:134-7.
6 Ensink B, Van Berlo W. Intrusive memories: development of psychological problems after sexual assault. Utrecht/Delft: NISSO/Eburon, 1999.
7 World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: WHO, 2014.
8 Posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE Guideline CG26. London: National Institute for Clinical Excellence, 2005.
9 Bicanic I, Snetselaar H, De Jongh A, Van de Putte E. Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. Eur J Psychotraumatol 2014 Jun 18;5.
10 Lagro-Janssen T, Zijlstra E. Jaarverslag Centrum Seksueel en Familiaal geweld Nijmegen 2012-2013. Nijmegen: SFG Nijmegen, 2013.
11 Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Knudsen M, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence-improving inquiries and prevention. J Forensic Leg Med 2009;16:182-8.
12 Kennedy KM, White C. What can GPs do for adult patients disclosing recent sexual violence? Br J Gen Pract 2015; 65:42-4.
13 Ahrens C, Stansell J, Jennings A. To tell or not to tell: The impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. Violence Vict 2010;25:631-48.
14 Lund BC, Abrams TE, Bernardy NC, Alexander B, Friedman MJ. Benzodiazepine prescribing variation and clinical uncertainty in treating posttraumatic stress disorder. Psychiatr Serv 2013;64:21-6.

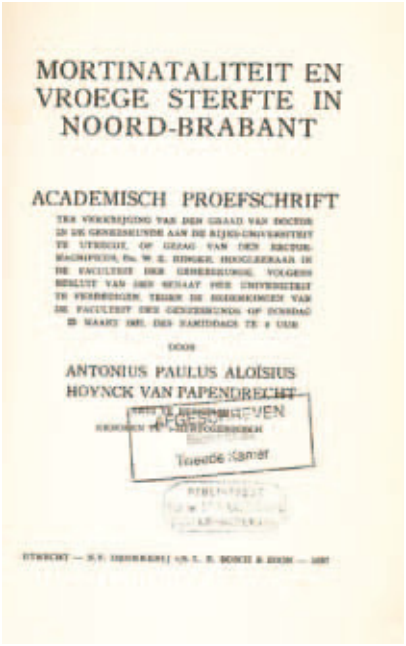
Huisarts en wetenschap: ontwikkeling van een discipline

Dit is deel 5 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. Heyrman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Vanaf het officiële begin van de moderne huisartsgeneeskunde in de jaren vijftig is gewerkt aan het wetenschappelijk in kaart brengen en onderbouwen van het vak. Aanvankelijk gebeurde dat met beschrijvend epidemiologisch en gedragswetenschappelijk onderzoek. Deze onderzoeken zetten de huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline op de kaart. Aanvankelijk zocht men vooral het eigene van de huisartsgeneeskunde. De ontwikkeling van de klinische epidemiologie opende de weg naar samenwerking in het onderzoek met de specialistische geneeskunde. In de standaarden van het NHG werden de resultaten van dit onderzoek bruikbaar gemaakt voor de spreekkamer. Rond de universiteiten ontstonden vanuit langlopende morbiditeitsregistraties academische netwerken van huisartsenpraktijken die deelnemen aan onderzoek en onderwijs. In dit artikel schetsen we de ontwikkelingen en doen we een greep uit de thema's die steeds weer terugkeren in het huisartsgeneeskundig onderzoek.

NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE 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 belangenverstrengeling: de financiële middelen werden beschikbaar gesteld door de SBOH.

Een proefschrift uit 1937, van A.P.A. Hoynck van Papendrecht, arts te Bergeijk.


MORTINATALITEIT EN VROEGE STERFTE IN NOORD-BRABANT

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ANTONIUS PAULUS ALOÏSIUS HOYNCK VAN PAPENDRECHT

Tweede Kamer

PROMOVERENDE HUISARTSEN: 1900-1950

De wetenschappelijke belangstelling van de NHG-oprichters in de jaren vijftig kwam niet uit de lucht vallen. Al vanaf het einde van de negentiende eeuw deden huisartsen onderzoek in hun eigen praktijkpopulatie.[1,2] In 1960 was 7% van de huisartsen gepromoveerd.[3,4] Chris van Weel, van 1985 tot 2012 hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan het Radboudumc, vertelt welke voordelen dat had:

> *'Die achtergrond van gepromoveerde huisartsen is wat Nederland zo bijzonder maakt. En het interessante is: dat onderzoek ging altijd over de uitdagingen voor de volksgezondheid van dat moment.'*[5]

Bovendien waren daardoor gepromoveerde huisartsen beschikbaar toen de eerste hoogleraren werden aangezocht. Vóór de Tweede Wereldoorlog ging het onderzoek vooral over infectieziekten – malaria in Zeeland, rond Nieuwendam en Wormerveer, maar ook over meningitis, difterie en natuurlijk tuberculose. Waarom kreeg men in de ene familie wél, in de andere geen tbc, hoe erfelijk is kanker en krijgen kinderen van patiënten met schizofrenie die ziekte ook? Wat is de invloed van armoede en onhygiënische omstandigheden op gezondheid, voeding en seksuologie?[3]

WETENSCHAPPELIJKE ASPIRATIES: 1950-1970

Als wetenschappelijke discipline had de huisartsgeneeskunde in de vooroorlogse jaren nog geen plek. Daarvoor moest de beroepsgroep zich organiseren en emanciperen. Voor de oprichters van het NHG was vooral het proefschrift van huisarts Just Buma een belangrijke bron van inspiratie. In 1949 promoveerde hij op een inventarisatie en analyse van de klachten waarmee zijn patiënten zich presenteerden.[6] Huisartsen hadden volgens hem andere kennis en vaardigheden nodig dan alleen de biomedische die door de specialisten aan de universiteit werden onderwezen.

In een terugblik schreef Huygen hoe hem bij de oprichting van het NHG wetenschappelijk onderzoek voor ogen stond. De huisartsgeneeskunde moest een eigen taak bepalen en een eigen terrein afgrenzen. Ook zocht Huygen een bredere theoretische basis voor de huisartsgeneeskunde, in het bijzonder door de mens- en maatschappijwetenschappen erbij te betrekken.[7] Een van de eerste commissies van het NHG was dan ook de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO). Binnen een jaar na de oprichting van het NHG was het eigen tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* – een titel waaruit het zelfvertrouwen sprak – een feit.

De CWO organiseerde vanaf 1957 jaaronderzoeken – over verloskunde, abortus en tonsillitis – waaraan honderden huisartsen deelnamen.[8] Later was de commissie een thuisbasis voor huisartsen die aan onderzoek werkten, en bracht zij richtlijnen en adviezen uit voor het opzetten van onderzoek.[9,10] Ondanks deze adviezen bleek onderzoek in de huisartsenpraktijk in de beginjaren moeilijker dan gedacht, zo schreef Hein Hogerzeil, de eerste NHG-voorzitter.[11]

Het waren in de jaren vijftig en zestig individuele huisartsen die inventariseerden welke klachten patiënten

De Haagse huisarts Oliemans promoveerde in 1969 op zijn baanbrekende morbiditeitsonderzoek waarin hij in ruim vijftig praktijken verrichtingen registreerde.

presenteerden. Zij promoveerden dan bij hoogleraren Sociale Geneeskunde. Het grootste morbiditeitonderzoek was dat van de Haagse huisarts Oliemans, die in de jaren zestig vanuit het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) – later het NIVEL – in ruim vijftig praktijken verrichtingen had geregistreerd.[12,13] Een ander voorbeeld is het onderzoek van de huisarts Bots die, samen met de Leidse epidemioloog Valkenburg en microbioloog Goslings, begin jaren zestig aantoonde dat maar weinig patiënten met acuut reuma of glomerulonefritis de huisarts hadden bezocht vanwege de keelontsteking die eraan was voorafgegaan. Huisartsen konden acuut reuma dus niet voorkomen door iedere keelontsteking met antibiotica te behandelen.[14] Dit onderzoek gaf een vroege aanwijzing dat de logica van leerboeken niet zaligmakend is in de huisartsenpraktijk. Pas rond 1970 verschenen de eerste op de huisartsgeneeskunde toegesneden leerboeken, zoals *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde* (1969)[15], *Kompas voor de huisarts: een losbladig compendium voor de algemene praktijk* (1973)[16] en *Patiënt en huisarts: Een leerboek huisartsgeneeskunde* (1974).[17]

NAAR EEN ACADEMISCHE DISCIPLINE: 1970-1990

De eerste hoogleraren

André Knottnerus, hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Maastricht sinds 1988 en voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid sinds 2010, signaleert twee belangrijke ontwikkelingen in deze beginperiode:

> *'Aan de ene kant maakten huisartsen de klinische problemen zichtbaar die ze tegenkwamen. Daaruit kwam steeds sterker naar voren dat wij als huisartsen ons eigen verhaal hebben. Aan de andere kant was er een inhaalmanoeuvre nodig via de inbreng van de sociale wetenschappen. Want de huisartsgeneeskunde zag al vroeg in dat ook gedrags- en sociaalwetenschappelijke kennis nodig was om evenwichtig en methodologisch verantwoord onderzoek te doen naar de problemen van patiënten. Voor de eerstelijnsgeneeskunde is dat van bijzonder belang. In de beginfase waren sociale wetenschappers zelfs medebepalend voor de huisartsgeneeskundige onderzoeksagenda.'*[18]

Precies die twee lijnen kozen de eerste hoogleraren Huisartsgeneeskunde die vanaf eind jaren zestig aantraden. Zij waren niet onzeker over hun doelstellingen, maar wel over de manier waarop die konden worden verwezenlijkt. Dit komt in hun oraties tot uiting.[19] Het opstarten van een academische infrastructuur was vol risico's en lastige keuzes.

Gedragswetenschappelijke onderzoekslijnen

De eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, Ben Polak, vroeg een psycholoog en een socioloog onderzoek te helpen opzetten naar de psychologische en sociologische achtergronden van 'moeilijke' patiënten: het somatiseringsproject. Hier ging het om mensen die vaak met wisselende, moeilijk duidbare, lichamelijke klachten bij de huisarts komen.[20] Huisarts Oosterhuis probeerde te bewijzen dat achter somatisch onverklaarde nekpijn vaker boosheid, achter buikpijn angst en achter rugpijn verdriet, teleurstelling en gevoelens van machteloosheid schuilgingen.[21] Er waren er echter die het praktische nut van een dergelijk project in twijfel trokken, want: 'Wat doe je, nadat je hebt aangetoond dat deze mensen neurotischer zijn dan andere patiënten?'[20]

Toch bleef onderzoek naar somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, zoals ze tegenwoordig heten, een terugkerend thema in huisartsgeneeskundig onderzoek.[22] Het bekendste werd het Nijmeegse onderzoek naar somatische fixatie, waarmee Huygen in 1973 begon. Hierin kwam al snel de interactie tussen arts en patiënt in beeld. Naast de kenmerken van de persoon en het gezin kon ook een dokter die te veel lichamelijk en aanvullend onderzoek verrichtte het somatisch presenteren van algemene, psychische en sociale problemen versterken.[23-25]

In diezelfde jaren experimenteerde psychologe Jozien Bensing in het NHI voor het eerst met video-opnamen in de spreekkamer van de huisarts – de duizenden consulten die inmiddels zijn opgenomen zijn een schatkamer voor onderzoekers van de arts-patiëntrelatie.[26]

De belangrijke rol die aan gedragswetenschappers werd toegekend, gaf inhoud aan het ideaal van een 'integrale' geneeskunde. Op applaus van de gevestigde gedragswetenschappers hoefden de onderzoekers echter niet te rekenen. Tijdens de conferentie 'Huisarts en wetenschappelijk onderzoek' in 1973 veegden twee hoogleraren Sociologie de vloer aan met de kwaliteit en methoden van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de huisartsinstituten. Een van hen stelde onomwonden dat huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline geen bestaansrecht had, 'aangezien de onderzoekingen door huisartsen verricht zich al naar hun object bewegen op het terrein van reeds lang geconstitueerde wetenschappen, te weten de medische en de sociale'.[19,27] Deze kritiek was aanleiding voor een speciaal themanummer van *Huisarts en Wetenschap* in december 1978, over het paradigma van de huisartsgeneeskunde. Het stond vol mooie essays over het belang en de plaats van de huisartsgeneeskunde en riep kritische tot zeer kritische reacties op met titels als *Pretentieuze para-*

digmatiek.[28] Duidelijkheid over de richting van het huisartsgeneeskundig onderzoek gaf de paradigmadiscussie niet.[9,19,20]

Morbiditeitsregistraties en de *reason for encounter*

Die duidelijkheid zou veeleer voortkomen uit de andere hoofdstroom in het onderzoek van de eerste jaren: de eerste grote, langlopende morbiditeitsregistraties. Opnieuw liep Huygen voorop, met de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) die in 1967 in vier praktijken rond Nijmegen van start ging.[29] Het NHI startte in 1970 met 'peilstations': huisartsenpraktijken waarbinnen elk jaar een ander onderwerp werd bestudeerd.[20]

De andere pionier was Henk Lamberts. Die begon eind jaren zestig in de groepspraktijk in Ommoord met het inventariseren van de klachten en ziekten waarmee patiënten zich presenteerden. Hij experimenteerde met computers bij de data-analyse en daarvoor had hij een classificatiesysteem nodig.[20] De bestaande International Classification of Diseases (ICD) volstond niet. Patiënten komen bij de huisarts immers doorgaans met klachten die vaak ook zonder diagnose vanzelf overgaan. Om toch per consult te coderen was een classificatiesysteem nodig voor de redenen waarom patiënten bij de huisarts kwamen – de *reason for encounter*. Maar ook de diagnosen die wél werden gesteld moesten gecodeerd. In een terugblik beschrijft Lamberts hoe hij met zijn Amerikaanse collega Maurice Wood en de statistica Sue Meads op het idee kwam om klachten en ziekten in één classificatiesysteem te verwerken. Dit was de geboorte van de International Classification of Primary Care (ICPC), die nog altijd wordt gebruikt. In 1985 begon Lamberts, als hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de UvA, met de dataverzameling van zijn Transitieproject, een morbiditeitsregistratie op basis van de ICPC. [30]

Het belang van deze en andere morbiteitsregistraties was groot.[5,18,31] Ten eerste versterkten ze de positie van de jonge afdelingen Huisartsgeneeskunde, die nog bevochten moest worden. Huygen kreeg bij één van zijn eerste colleges

Ben Polak (rechts op de foto) was de eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de UvA. Henk Lamberts, zijn opvolger, was een van de mensen die de ICPC ontwikkelde.

een officiële klacht aan zijn broek. De hoogleraar Kindergeneeskunde maakte bezwaar tegen het onderwerp, rodehond – dat was immers een kinderziekte en dus zíjn domein. Dat vrijwel geen huisarts een kind met rodehond daadwerkelijk doorverwees, was niet bekend of niet van belang.[29]

Uit de Nijmeegse CMR kwam de observatie dat patiënten slechts 10% van hun gezondheidsklachten presenteren en dat huisartsen vervolgens 90% van de gepresenteerde gezondheidsklachten geheel zelfstandig, dus zonder verwijzing, behandelen: de 'ijsberg' van morbiditeit. Dit soort cijfers leverde munitie voor de domeinstrijd aan de academie.[29,32]

Inhoudelijk belangrijker was dat de morbiditeitsregistraties duidelijk maakten dat huisartsen andere patienten zien dan specialisten, met een lagere kans op ernstige aandoeningen en bij wie afwachtend beleid vaker een gunstig resultaat heeft.[34]

Klinische epidemiologie en evidence-based medicine

Hoe belangrijk de morbiditeitsregistraties ook waren, de kennis was niet direct toepasbaar in de spreekkamer. Voor de huisartsgeneeskunde was het van doorslaggevend belang dat Nederlanders voorop liepen bij twee grote ontwikkelingen in de internationale geneeskunde die allebei hun wortels hebben in de jaren tachtig: de doorbraak van de klinische epidemiologie en, in aansluiting daarop, de evidence-based medicine.

De klinische epidemiologie ontwikkelde zich in de jaren zeventig en tachtig aan de Amerikaanse universiteiten Yale en Harvard en de Canadese McMaster-universiteit uit de algemene populatie-epidemiologie. De bedoeling was, epidemiologische methoden in te zetten om klinisch relevante vragen te beantwoorden. Dus niet alleen onderzoek naar de oorzaken van ziekten maar vooral ook naar diagnose en prognose – en naar de manier waarop je die kunt beïnvloeden met therapeutische interventies.[35-37] Nederland kende al een sterke epidemiologische traditie en de nieuwe methoden werden snel opgepakt. Dat kwam van pas toen begin jaren tachtig de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid het geneeskundig onderzoek naar een hoger plan wilde tillen. Om het geneeskundig handelen daadwerkelijk te kunnen verbeteren was klinisch epidemiologisch onderzoek nodig, zoals de Leidse internist Andries Querido, een neef van de 'Amsterdamse Querido', betoogde. In navolging van de Amerikaan Alvan Feinstein, de Canadees David Sackett en de Nederlander Koos Lubsen definieerde Querido de klinische epidemiologie als de eigen methode van geneeskundig onderzoek:

> *'De discipline geneeskunde heeft als realiteit de zieke mens, en dient zich bij het onderzoek te laten leiden door vragen die een bijdrage kunnen zijn tot preventie, genezing of zorg. De discipline geneeskunde maakt weliswaar gebruik van methoden afkomstig uit de natuurwetenschappen (zoals chemische of fysische), maar ook van een eigen methodologie (de moderne epidemiologie).'*[38]

Querido speelde een belangrijke rol bij het verdelen van de fondsen van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO), dat in 1986 startte. Jan van Es werd voorzitter van de Adviesgroep SGO.[13,39] Deze stimulans gaf zelfvertrouwen. Van Weel: 'Het was een erkenning van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen moeten ook eigen onderzoek doen, dat het waard is om te stimuleren.'[5]

In de jaren tachtig vergde het een cultuuromslag om het besef te laten doordringen dat het wenselijk was al dat onderzoek gepubliceerd te krijgen. Inmiddels wordt Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek geregeld gepubliceerd in grote bladen zoals *JAMA, The Lancet, British Medical Journal* en het *New England Journal of Medicine*, al gaat dat soms ten koste van de publicaties voor de eigen achterban in *Huisarts en Wetenschap*.[40,41]

EVIDENCE-BASED MEDICINE: 1990-NU

Huisartsgeneeskundige conferenties, NHG-Standaarden en meer onderzoek

In de loop van de jaren zeventig liep men in Nijmegen tegen het probleem aan dat niet duidelijk was wat huisartsen in opleiding op somatisch vlak moesten leren. Elke huisarts had voor alledaagse klachten een eigen beleid. Men zocht de oplossing in 'huisartsgeneeskundige conferenties', waarvan de resultaten verschenen in *Huisarts en Wetenschap*.[42] Het beschikbare bewijs werd bijeengeraapt, gewogen en handzaam samengevat met het oog op de toepasbaarheid binnen een consult in de alledaagse praktijk. Van Weel: 'De huisartsgeneeskundige conferenties waren het begin van het zoeken naar *evidence*. Dat was al vóórdat evidence-based medicine internationaal doorbrak.'[5] De evidence-based medicine schoot internationaal wortel in deze jaren: de Schotse epidemioloog en clinicus Archibald Cochrane publiceerde zijn boek *Effectiveness and efficiency* in 1972,[43] David Sackett schreef zijn eerste boek over *critical appraisal* in 1982.[44] Pas in 1990 gebruikte de Canadees Gordon Guyatt, hoogleraar aan McMaster University, voor het eerst de term 'evidence-based medicine'.[45] Dat wil dus zeggen dat de eerste NHG-Standaard – over diabetes mellitus type II – uitkwam voordat de evidence-based medicine met zoveel woorden bestond.[46]

De NHG-Standaarden veranderden niet alleen het werk van de huisarts, maar stimuleerden ook het onderzoek, al was het maar door de bruikbaarheid daarvan aan te tonen. Bovendien beïnvloedden ze de onderzoeksagenda en de methoden van onderzoek. Zo klonk er vanuit de huisartsgeneeskunde kritiek dat de selectiecriteria van specialistische *randomised controlled trials* (RCT's) er vaak toe leiden dat de onderzoekspopulaties sterk afwijken van de populatie in de huisartsenpraktijk, doordat de onderzoekers bijvoorbeeld kinderen, ouderen, (zwangere) vrouwen of patiënten met comorbiditeit uitsluiten van deelname.[47-49]

In 1989 verscheen in *Huisarts en Wetenschap* de eerste NHG-Standaard.

Diabetes Mellitus Type II

In het begin van de jaren negentig publiceerde de KNAW twee rapporten die de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in belangrijke mate voor-uithielpen.[50] Parallel hieraan werd de oprichting voorbereid van de Netherlands School of Primary Care Research (CaRe), waarin de CAPHRI van de Universiteit Maastricht, het Radboudumc in Nijmegen, het EMGO van de Vrije Universiteit Amsterdam en het NIVEL participeren. In 1995 werd CaRe door de KNAW erkend als onderzoeksschool.

Een ander voorbeeld van de bloei van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde was het onderzoek naar luchtweginfecties dat werd uitgevoerd door de Utrechtse afdeling Huisartsgeneeskunde onder leiding van hoogleraar Ruut de Melker.[14]

Vanaf 1998 was het mogelijk de huisartsopleiding te combineren met promotieonderzoek.[51] De bijdrage van deze artsen-in-opleiding-tot-huisarts-en-onderzoeker (aiotho's) aan de wetenschap nam gaandeweg toe.[52,53]

Kwaliteit van zorg en academisering

Medio jaren negentig kwam een nieuw onderzoeksterrein tot ontwikkeling: de kwaliteit van zorg. André Knottnerus vat de onderzoeksvragen als volgt samen: 'Hoe meet je kwaliteit? Hoe toets je de *compliance* met de standaarden? En wat betekent dat vervolgens voor de patiënt?'[18] Voor het almaar toenemende onderzoek waren patiënten nodig, en rond iedere universiteit groeide een academisch netwerk.[54,55] Knottnerus:

> *'Uniek voor de Nederlandse situatie is enerzijds de goede patiëntenregistratie met inschrijving op naam, zodat je de tellers en de noemers voor je epidemiologisch onderzoek compleet hebt. Anderzijds is er de goede verbinding tussen onderwijs, de huisartsopleiding en de research binnen één instituut.'*[18]

En nog komen er nieuwe vraagstellingen bij: naar de consequenties van multimorbiditeit, naar het effect van ketenzorg, naar de veiligheid van zorg, naar polyfarmacie en naar de waarde van zorginnovatie. Huisartsen werken in dergelijk onderzoek veelal samen met specialisten of andere disciplines. Knottnerus:

> *'De domeinstrijd zijn we kwijt. Waren we in de jaren zeventig vooral bezig met ons eigen verhaal, nu staat multidisciplinair denken voorop. Je kunt geen belangrijk klinisch onderzoek uitvoeren zonder respectvolle samenwerking met de klinische vakken.'*[18]

Bijna zestig jaar na de oprichting van het NHG is de emancipatie van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline voltooid: 'Het Calimero-gevoel is nu weg.' ■

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

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.

Anneloes Helder, Jan Mekkes

CASUÏSTIEK

Brachioradiale pruritus

Casus

Een 58-jarige patiënte met reumatoïde artritis en astma bronchiale kwam bij de huisarts met onhoudbare jeuk op beide bovenarmen. Zij werd er 's nachts wakker van en krabde zich dan tot bloedens toe. Bij onderzoek waren er duidelijke krabeffecten en een droge huid zichtbaar. Een half jaar later kwam mevrouw terug, de voorgeschreven hydrocortisonzalf had aanvankelijk enige verlichting gegeven. De ondraaglijke nachtelijke jeuk, alleen aanwezig op de bovenarmen, was er nog steeds. Er waren alleen krabeffecten zichtbaar.

De locatie van de jeuk, het nachtelijke krabben zonder duidelijke dermatologische oorzaak en het matige effect van de hydrocortisonzalf deed vermoeden dat het ging om brachioradiale jeuk. Er werd met lidocaïne levomentholgel gestart. Bij controle bleek dat de mentholgel weinig deed. In overleg met de dermatoloog werd gestart met capsaïcine crème 0,025% in combinatie met alimemazine tabletten van 5 mg. Na tien dagen werd overgeschakeld op capsaïcine crème 0,075%. Na een maand waren de klachten er nog altijd en werd mevrouw naar de dermatoloog verwezen. Daar werd gestart met amitriptyline 25 mg per dag, langzaam ophogend naar 100 mg met lokaal polidocanol 3%. Mevrouw werd erg suf van de amitriptyline en uiteindelijk werd gabapentine gestart. Mevrouw heeft de gabapentine drie maanden gebruikt. De jeuk was toen afgenomen tot een voor haar acceptabel niveau en bleef ook na het staken stabiel. Wel blijft zij haar huid veelvuldig insmeren met koelzalf.

BESCHOUWING

Brachioradiale pruritus is een zeldzame vorm van jeuk op beide bovenarmen, voor het eerst beschreven in 1968 door Waisman.[1] De naam komt van de musculus brachioradialis, een spier lateraal in de onderarm maar met de proximale aanhechting laag in de bovenarm, waarboven de jeuk gelokaliseerd kan zijn. De jeuk kan uitbreiden naar de hele bovenarm, schouders en onderarmen. Vanwege de onbekendheid met het beeld wordt de diagnose weinig gesteld. De oorzaak van de jeuk is niet precies bekend, maar er wordt gedacht aan beschadiging en overprikkeling van zenuwen die de sensibele innervatie van de huid verzorgen (neurogene pruritus).[2] Normaal ontstaat een jeuksensatie (of pijnsensatie) als de vrije zenuwuiteinden die eindigen in de epidermis worden geëxciteerd door een gebeurtenis in de huid. Dat kan een steek van een insect zijn, maar ook het vrijkomen van histamine bij urticaria, de inhoud van eosinofiele granulocyten bij allergie of ontstekingsmediatoren bij eczeem. De oorzaak van de jeuk ligt dan in de huid. Bij neurogene pruritus ligt de stoornis niet in de huid maar in de zenuw zelf. Er is een relatie met zonexpositie en zonverbranding: brachioradiale pruritus komt meer voor in de zomermaanden en in zonnige klimaten, en komt meer voor bij een licht huidtype. Daarnaast is het beschreven bij beschadiging en beklemming van zenuwen (C5-C8) zoals bij nekletsel, thoracic outlet syndromen en na trauma.

Het is typisch een lokale jeuk die vooral nachtelijke klachten geeft. Op de huid zelf zijn geen afwijkingen te zien. Maar de jeuk is vaak zo hevig dat men zichzelf wil krabben of knijpen om de jeuk maar te doen minderen. Typisch is ook het gebruik van icepacks: koelen verlicht de jeuk.

Veien et al. vonden in retrospectief onderzoek dat na inzet van lokale en systemische antipruriginosa de jeuk verdween bij 12% en verbeterde bij 17%.[3]

Brachioradiale jeuk is in beginsel prima door de huisarts te behandelen. Men start vaak met een lokaal product zoals mentholgel of lidocaïne topicaal. Bij onvoldoende effect kan men capsaïcine crème FNA voorschrijven, eerst 0,025%, daarna 0,075%.[3,4] Capsaïcine is een peperextract dat bepaalde temperatuurgevoelige ionkanaaltjes in de celmembraan van zenuwvezels permanent openzet. Dit geeft een branderige sensatie en deze prikkel onderdrukt de jeukprikkel.

Bij onvoldoende effect kan men overgaan op een systemische behandeling van de jeuk. Een (sterk) sederend antihistaminicum als promethazine, alimemazine of clemastine is te proberen. Vaak komt men er daarmee ook niet uit en wordt de jeuk uiteindelijk behandeld als een neuropathie met amitriptyline of gabapentine.[5] ■

LITERATUUR

1 Waisman M. Solar pruritus of the elbows (brachioradial summer pruritus). Arch Dermatol 1968;98:481-5.
2 Yosipovitch G, Samuel LS. Neuropathic and psychogenic itch. Dermatol Ther 2008;21:32-41.
3 Veien NK, Laurberg G. Brachioradial pruritus: a follow-up of 76 patients. Acta Derm Venereol 2011;91:183-5.
4 Mirzoyev SA, Davis MD. Brachioradial pruritus: Mayo Clinic experience over the past decade. Br J Dermatol 2013;169:1007-15.
5 Winhoven SM, Coulson IH, Bottomley WW. Brachioradial pruritus: response to treatment with gabapentin. Br J Dermatol 2004;150:786-7.

A. Helder, waarnemend huisarts; AMC, afdeling Dermatologie, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam: J. Mekkes, dermatoloog • Correspondentie: anneloeshelder@hotmail.com

KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit juninummer van H&W, namelijk: Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Het cochleair implantaat. Huisarts Wet 2016;59(6):260-4.
De kennistoets is opgebouwd volgens de leerfasen van Kolb: concreet ervaren, overdenken, verbinden en toepassen.

1. **Presbyacusis en lawaaislechthorendheid zijn aandoeningen waarbij sprake is van perceptief gehoorverlies. Welke structuur in het gehoororgaan is bij deze aandoeningen aangedaan?**
   - **a.** De haarcellen in het orgaan van Corti.
   - **b.** De nervus cochlearis.
   - **c.** De vloeistof in de cochlea.
   - **d.** Het ovale venster.

2. **Wat is de werking van een cochleair implantaat in de cochlea?**
   - **a.** Brengt de haarcellen in het orgaan van Corti in trilling.
   - **b.** Geeft elektrische impulsen af in de scala tympani.
   - **c.** Stimuleert door direct contact de gehoorzenuw.

3. **Bij perceptiedoofheid wordt onderscheid gemaakt tussen pre- en postlinguale doofheid.**
   Welke periode wordt omvat tussen 'pre- en post'?
   - **a.** De embryonale periode waarin het gehoorapparaat wordt aangelegd.
   - **b.** De puberteit.
   - **c.** De periode waarin de taal- en spraakontwikkeling plaatsvindt.

4. **De huisarts leest het verslag van de neonatale gehoorscreening van Ilse, een baby van twee maanden oud. De uitslag van de neonatale gehoorscreening is gunstig. Welke conclusie en beleid past het best bij deze uitslag?**
   - **a.** Bij Ilse is geen sprake van gehoorverlies, gehoorverlies wordt niet verwacht in het eerste jaar.
   - **b.** Bij Ilse is geen sprake van gehoorverlies, wel is alertheid op gehoorverlies geboden.
   - **c.** Gehoorverlies is bij Ilse niet uitgesloten, alertheid op gehoorverlies blijft geboden.

5. **Welk gehoorverlies is met een hoortoestel *niet* goed op te vangen?**
   - **a.** Ernstig geleidingsverlies.
   - **b.** Ernstig perceptief verlies.

6. **Yoeri is 16 jaar en komt op het spreekuur, omdat hij slechter hoort. In de klas zit hij op voorste rij om de docent beter te horen. Thuis moet het geluid van de televisie harder worden gezet. Yoeri was een halfjaar geleden opgenomen vanwege een bacteriële meningitis. Bij otoscopie zijn er geen afwijkingen zichtbaar. De Rinne is aan beide zijden positief, de Weber lateraliseert niet, de fluisterspraaktoets is afwijkend. De huisarts constateert dat er bij Yoeri sprake is van perceptief gehoorverlies. Welk beleid is aangewezen?**
   - **a.** Herbeoordeling op het spreekuur over een week.
   - **b.** Reguliere verwijzing naar een audiologisch centrum.
   - **c.** Spoedverwijzing naar een kno-arts.

7. **De heer Van het Woud, 51 jaar, komt op het spreekuur van de huisarts. Vanmorgen bij het wakker worden bemerkte hij dat hij veel minder hoort met het rechteroor. Daarbij heeft hij last van oorsuizen rechts. Bij otoscopie ziet de huisarts rechts een ingetrokken trommelvlies zonder andere afwijkingen. Stemvorkproeven wijzen op een perceptief gehoorverlies rechts. Wat is het aangewezen beleid?**
   - **a.** Expectatief, controle over een week.
   - **b.** Een neusspray met corticosteroïden.
   - **c.** Directe verwijzing naar een kno-arts.

8. **De 10-jarige Florian bezoekt met zijn moeder het spreekuur. Florian lijkt de laatste maanden slechter te horen. Bij otoscopie zijn geen afwijkingen zichtbaar. De huisarts wil het gehoor testen met screeningsaudiometrie in de huisartsenpraktijk. Vanaf welke leeftijd is dit een geschikte methode?**
   - **a.** Vanaf 4 jaar.
   - **b.** Vanaf 6 jaar.
   - **c.** Vanaf 8 jaar.
   - **d.** Vanaf 10 jaar.

De toetsvragen zijn gebaseerd op één artikel in dit nummer van Huisarts en Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 280.

Ellen Huijbers

IMPORT

Streefwaarde onder de 120 mmHg?

INLEIDING

Hypertensie is een van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ). De prevalentie is hoog. Een lagere bloeddruk verlaagt het risico op HVZ. We proberen vaak om de bloeddruk te optimaliseren, maar de juiste streefwaarde voor de systolische bloeddruk (SBD) bij mensen zonder diabetes is onbekend. Het SPRINT-onderzoek biedt ons een handvat naar welke SBD we moeten streven, met als hypothese dat een SBD < 120 meer cardiovasculaire events of sterfte hieraan voorkomt dan een SBD < 140.

ONDERZOEK

Design SPRINT was een gerandomiseerde, gecontroleerde trial, uitgevoerd in 102 ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Er werden 9361 patiënten geïncludeerd. Inclusiecriteria: minimaal 50 jaar, systolische bloeddruk tussen 130-180 mmHg plus een verhoogd cardiovasculair risico (HVZ, CNS (eGFR van 20-60 ml/min/1,73), 10-jaarsrisico Framingham ≥ 15% of een leeftijd > 75). Patiënten met diabetes of een CVA in de voorgeschiedenis werden uitgesloten. De patiënten werden verdeeld in een intensieve groep (streefwaarde SBD < 120) en een standaardgroep (streefwaarde SBD < 140).

Bloeddrukmeting gebeurde volgens protocol en in de spreekkamer. De eerste drie maanden werd de bloeddruk elke maand gecontroleerd, daarna eens per drie maanden. Het behandelprotocol in beide groepen stimuleert gebruik van thiaziden, ACE/ARB en calciumantagonisten. Als de SBD in de standaardgroep lager werd dan 135 mmHg werd de antihypertensieve medicatie gestopt. De primaire uitkomstmaat was het voorkomen van myocardinfarct, ander acuut coronair syndroom, CVA, acuut hartfalen of cardiovasculaire sterfte.

De onderzoekers vergeleken het vóórkomen van bijwerkingen. Zij keken tevens naar het ontstaan van acute nierschade en verslechtering van de nierfunctie.

Resultaten De twee groepen waren vergelijkbaar. Van de deelnemers werd 80% behandeld voor hypertensie in kader van primaire hypertensie, een voor ons belangrijke groep. De gemiddelde SBD bij start was 139,7 mmHg, gemiddelde leeftijd 68 jaar, 28% was ≥ 75 jaar.

Na gemiddeld 3,26 jaar follow-up is de gemiddelde SBD in de intensieve groep 121,4 mmHg (met gemiddeld 2,8 verschillende antihypertensiva) ten opzichte van 136,2 mmHg in de standaardgroep (gemiddeld 1,8 antihypertensiva).

De interventie werd vroegtijdig gestopt, omdat de intensieve groep per jaar een significant lagere incidentie van de primaire eindpunten liet zien: 1,65% versus 2,19% (HR 0,75; 95%-BI 0,64 tot 0,89; p < 0,001). Dit is een 25% lager relatief risico.

Het relatieve risico op hartfalen was 38% minder, op myocardinfarct 17%, op CVA 13%, op sterfte aan een CVZ 42% minder.

De NNT gedurende 3,26 jaar was voor de gezamenlijke primaire eindpunten 61. Er werden evenveel serieuze complicaties gerapporteerd in beide groepen (HR 1,04; p = 0,25), NNH 83. Van de bijwerkingen die direct geassocieerd waren met de behandeling werden vaker hypotensie (HR 1,67; p = 0,001) en acute nierschade (HR: 1,66, p < 0,001) gezien in de intensieve groep. De NNH was 45.

Bij patiënten die chronische nierschade hadden bij start van het onderzoek werd geen verslechtering van de eGFR gezien. Bij deelnemers die bij start geen CNS hadden, zien we in de intensieve groep vaker > 30% eGFR-daling (1,21% versus 0,35% per jaar, HR 3,49 (95%-BI 2,44 tot 5,10; p < 0,001).

Conclusie van de auteurs Intensieve bloeddrukbehandeling tot een SBD < 120 mmHg leidt tot minder fatale en niet-fatale cardiovasculaire events.

INTERPRETATIE

Dit onderzoek lijkt extrapoleerbaar naar de Nederlandse huisartsenpraktijk. De resultaten laten een hoge relatieve risicoreductie zien. Om de relevantie voor de praktijk te bepalen, kijken we naar de absolute risico's en NNT. Dit onderzoek is uitgevoerd bij met name primaire-preventiepatiënten, met een gemiddelde risicoscore van 20%. De NNT (in 3,26 jaar) om CVZ te voorkomen is 61. Een bloeddruk behandel je langer. Het lijkt logisch dat het positieve effect doorzet en de NNT verder daalt.

In de intensieve groep worden veel meer verschillende antihypertensiva gebruikt. Het is niet bekend of de verbetering in de primaire uitkomsten alleen wordt veroorzaakt door bloeddrukdaling of ook door een additioneel effect van de gebruikte medicatie. De patiënt moet gemiddeld drie verschillende antihypertensiva slikken, wat de therapietrouw moeilijker maakt.

Voor de hypertensie patiënten met een hoog (absoluut) risico laat SPRINT zien dat er voldoende reden is om te streven naar een SBD van < 120 mmHg.

Bij patiënten met een lager risico, of patiënten met al bestaand valrisico, valt de afweging met de NNH waarschijnlijk uit richting de huidige streefwaarde. Deze afweging moet in samenspraak met de patiënt gemaakt worden. Wil deze het risico op eventuele bijwerkingen of achteruitgang van de nierfunctie lopen?

Zeker als langdurige hypertensiebehandeling bij hoogrisicopatiënten nodig is, kunnen wij de resultaten uit het SPRINT-onderzoek meenemen in onze medicamenteuze advisering. ■

Dommeldalseweg 3, 5664 RP Geldrop: E. Huijbers, kaderhuisarts hart- en vaatziekten • Correspondentie: ellenhuijbers@hadkd.nl

LITERATUUR

1 The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015;373:2103-16.

Sjoerd Hobma

Sterven: thuis of in het ziekenhuis?

INLEIDING

In Nederland sterven veel mensen die thuis hadden willen sterven uiteindelijk toch in het ziekenhuis, zo blijkt uit recent onderzoek. Ondanks de verbeteringen in de palliatieve zorg in de afgelopen jaren, het steeds ruimere gebruik van mogelijkheden om actief in te grijpen bij het levenseinde en betere communicatie over prognose en behandelingsmogelijkheden lukt het toch vaak niet om thuis te blijven. De redenen daarvoor zijn niet duidelijk. Deze situatie brengt onrust in het afscheid nemen en het sterven met zich mee, en ook extra kosten.

In een nummer van de JAMA dat grotendeels is gewijd aan sterven en palliatieve zorg is een onderzoek gepubliceerd van een groep internationale onderzoekers, waaronder ook Nederlandse, die een aantal ontwikkelde, westerse landen met elkaar vergelijkt wat betreft de plaats van sterven. Hoe verhoudt onze zorg zich tot die in andere landen als het gaat om de plaats van overlijden en de zorgkosten die in de laatste levensfase worden gemaakt?

ONDERZOEK

Opzet In een retrospectief observationeel onderzoek verzamelden onderzoekers uit zeven landen – Nederland, het Verenigd Koninkrijk, België, Duitsland, de Verenigde Staten, Noorwegen en Canada – de gegevens over patiënten met kanker. Naast de plaats van overlijden (wel of niet in het ziekenhuis) werden ziekenhuisopnamen, IC-opnamen, SEH-bezoek en chemotherapeutische behandelingen onderzocht. De onderzoekers keken naar opnamen en behandelingen kort voor overlijden (30 dagen) en over een langere periode (180 dagen). Vervolgens berekenden zij de kosten hiervan. Omdat niet alle landen alle gegevens konden leveren, analyseerden zij de gegevens van patiënten ouder dan 65 jaar als primaire uitkomstmaat. De onderzoekers verzamelden gegevens van ziektekostenverzekeraars, ziekenhuisregistraties en instanties als het CBS.

Resultaten In Nederland en de Verenigde Staten sterven relatief weinig mensen in het ziekenhuis, respectievelijk 29% en 22%. Deze getallen liggen hoger in de andere landen, waarbij Canada (52%) en België (51%) eruit springen, de overige landen liggen hier ongeveer tussenin. De ziekenhuiskosten in Nederland voor het laatste halve levensjaar bedragen iets meer dan €10.000; dit is ongeveer evenveel als in het Verenigd Koninkrijk maar minder dan in de andere landen. Met name in Canada zijn de uitgaven dubbel zo hoog.

Conclusie van de auteurs Landen die een actief beleid voeren om het sterven niet in het ziekenhuis te laten plaatsvinden, hebben ook een lager percentage opnamen en behandelingen, met een bijkomend verschil in kosten. In de Verenigde Staten zijn verpleeghuizen en hospices ingericht, mede om economische redenen. Ook in Nederland is er aandacht voor thuis sterven en palliatieve zorg, met weinig opnamen en behandelingen en ook lage kosten in de laatste fase.

INTERPRETATIE

Dit internationaal vergelijkende onderzoek laat zien dat de Nederlandse gezondheidszorg het goed doet, niet alleen wat betreft de wens van patiënten en familie maar ook wat betreft de kosten. De onderzoekers verzamelden een grote hoeveelheid data en ook in analyses over het aantal (chemotherapeutische) behandelingen en korte opnamen doet Nederland het goed ten opzichte van landen met een vergelijkbare gezondheidszorg. Er zitten echter, dat geven de auteurs zelf ook aan, nogal wat haken en ogen aan dergelijk vergelijkende onderzoeken. Door een andere registratie of verschillen in feitelijke kosten kan vertekening optreden. Culturele verschillen en wensen konden niet in het onderzoek worden verwerkt en bijvoorbeeld niet-verzekerde patiënten bleven buiten beeld.

In een groot kwalitatief Amerikaans onderzoek in hetzelfde nummer worden familieleden ondervraagd van patiënten die recent aan kanker zijn overleden. Een tijdige opname in het hospice, het vermijden van IC-opnamen in de laatste maand voor het overlijden en sterven buiten het ziekenhuis zagen zij als de betere zorg bij het levenseinde.

De wens om thuis of in een hospice rustig te midden van familieleden te overlijden is ook buiten Nederland een wens van veel patiënten met een maligne aandoening. Ondanks eerder onderzoek dat aangaf dat het nog beter kan, lijkt de Nederlandse zorg goed ingericht om deze wens te vervullen. Het belang van onderzoeken als deze is om dit te laten zien, al zeggen cijfers over de plaats van overlijden natuurlijk maar ten dele iets over de kwaliteit van de zorg. Met de relatief lage kosten kunnen overheid en verzekeraars mogelijk verder gestimuleerd worden om mogelijkheden voor verbetering in de zorg in de laatste levensfase in de eerste lijn te onderzoeken en te verruimen. ■

LITERATUUR

1 Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R, et al. Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. JAMA 2016;315:272-83.

Maastricht University, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. S.O. Hobma, huisarts • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl

Marit Paulides, Sjoerd Bruggink

CATS

Misoprostol bij de behandeling van miskramen

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. Marianne Dees en ir.dr. Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling Bij een miskraam in het eerste trimester van de zwangerschap adviseert de NHG-Standaard uit 2004 een expectatief beleid. Bij een onvolledige miskraam is een verwijzing naar de gynaecoloog nodig voor een curettage. Behandeling met misoprostol wordt niet genoemd in de standaard, terwijl dit een mogelijk alternatief is om een volledige miskraam te bespoedigen. Onze vraagstelling is dus of de behandeling van een vroege miskraam met misoprostol effectiever is dan een expectatief beleid om een volledige uitdrijving van de vrucht te bereiken.

Zoekstructuur Op 14 december 2015 doorzochten wij PubMed met de zoektermen ("Abortion, Spontaneous"[mesh] OR "spontaneous abortion"[all fields] OR "spontaneous abortions"[all fields] OR "miscarriage"[all fields] OR "miscarriages"[all fields]) AND ("Misoprostol"[mesh] OR "misoprostol"[all fields] OR "Cytotec"[all fields]). Dit leverde 289 artikelen op. Met het filter systematic review bleven 19 artikelen over, waarvan 1 relevante Cochrane-review uit 2013. Met het filter RCT na de zoekdatum van de review (30-11-2012) vonden wij nog 8 artikelen, waarvan 1 relevant.

Resultaten De Cochrane-review naar de behandeling van een klinisch of echografisch gediagnosticeerde miskraam < 24 weken zwangerschap omvat in totaal 20 RTC's (n = 4208), waarbij twee trials vaginale misoprostol met een afwachtend beleid vergeleken met het percentage complete miskramen als uitkomstmaat.[1] De gepoolde resultaten van de 2 onderzoeken toonden geen verschil tussen vaginale misoprostol en een afwachtend beleid (RR 1,23; 95%-BI 0,72 tot 2,10). Er werd significante heterogeniteit (I^2 = 81%) aangetoond. Er werden geen onderzoeken gevonden die orale misoprostol met een afwachtend beleid vergeleken, maar wel 1 onderzoek dat orale misoprostol vergeleek met vaginale misoprostol. Er werd geen significant verschil gevonden in effectiviteit, wel kwamen er bij orale toediening significant meer maag- en darmklachten voor.

In een later uitgevoerde RCT vergeleken Kong et al. in 3 groepen curettage, vaginale behandeling met misoprostol en een expectatief beleid bij 180 patiënten met een echografisch bevestigde miskraam in het eerste trimester.[2] De primaire uitkomstmaat was een complete miskraam op dag 14. Overige uitkomsten waren klinische symptomen, complicaties, tevredenheid en psychologische impact. Het percentage complete miskramen verschilde in de misoprostol-groep (70%) niet-significant met de expectatieve groep (79%, betrouwbaarheidsintervallen niet gegeven). Het percentage complete miskramen in de curettage-groep was 98%, dit was wel significant hoger vergeleken met beide groepen. Vrouwen in de misoprostol-groep hadden significant langer bloedverlies en gastro-intestinale klachten. Deze bijwerkingen zijn niet genoemd in de Cochrane-review.

Bespreking De Cochrane-review toonde significante heterogeniteit tussen de gepoolde onderzoeken aan, waarschijnlijk veroorzaakt doordat de onderzoeken het percentage miskramen op verschillende tijdstippen bekeken (het ene onderzoek 52% na 1 week afwachtend beleid; het andere onderzoek 85% na twee weken). Ook was slechts één van de onderzoeken dubbelblind uitgevoerd. Bij Blohm was er een significant verschil ten voordele van misoprostol en bij Shelley was er geen significant verschil na twee weken. Mogelijk is er dus na een week wel een verschil, maar verdwijnt dit verschil na langer afwachten.

Een nadeel van het onderzoek van Kong et al. is het kleine percentage vrouwen dat akkoord ging met randomisatie (22%). Dit zou een selectie vrouwen kunnen zijn met minder ernstige klachten wat geleid kan hebben tot een onderschatting van het effect van behandeling. Alle onderzoeken zijn uitgevoerd in de tweede lijn. Doordat in de huisartsenpopulatie over het algemeen alleen de vrouwen met mildere klachten worden gezien, kan het effect van de behandeling in de eerste lijn mogelijk nog minder zijn.

Conclusie In de gepubliceerde literatuur wordt geen significant verschil in effectiviteit van een complete miskraam gevonden tussen een expectatief beleid en een behandeling met vaginale misoprostol. Er zijn echter wel bijwerkingen van misoprostol (langer vaginaal bloedverlies en gastro-intestinale klachten).

Betekenis Bij de behandeling van miskramen in het eerste trimester in de huisartsenpraktijk heeft misoprostol geen plaats en blijft een expectatief beleid eerste keus. ■

LITERATUUR

1 Neilson JP, Gyte GML, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2013;3:CD007223.
2 Kong GWS, Lok IH, Yiu AKW, Hui AS, Lai BP, Chung TK. Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage - a randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2013;53:170-7.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: M. Paulides, huisarts-in-opleiding; dr. S.C. Bruggink, huisarts • Correspondentie: maritpaulides@gmail.com

Henk Schers

Telegeneeskunde lijkt effectief

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coordinatie is in handen van dr. Hans van der Wouden, VUmc Amsterdam • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Context Bij telegeneeskunde (zorg op afstand) wordt ict gebruikt om de fysieke afstand tot de patiënt te overbruggen. Voorbeelden zijn monitoring met behulp van op afstand verzamelde data, het opslaan en versturen van data zoals bij teledermatologie, en ten slotte teleconsulten waarin er direct real-time contact is tussen patiënt en behandelaar. De effectiviteit en doelmatigheid van telegeneeskunde staat nog steeds ter discussie.

Klinische vraag Wat is het effect van telegeneeskunde op klinische uitkomstmaten, op toegankelijkheid van zorg en op kosten?[1]

Conclusie auteurs De meesten van 93 geïncludeerde RCT's hadden betrekking op CVRM (36), diabetes (21), luchtwegaandoeningen (9) en ggz-problemen (7). In meer dan de helft van de onderzoeken (57%) betrof het consultvervangende telegeneeskunde, in 32% was het een additieve service, en in 11% was telegeneeskunde deels additief aan consulten. Real-time videoconsultatie vond plaats in 38 onderzoeken, monitoring op afstand in 55 onderzoeken. Bij monitoring van hartfalen bleek telegeneeskunde niet onder te doen voor reguliere zorg en zag men mogelijk zelfs een positief effect op kwaliteit van leven. Telegeneeskunde was dus minstens even goed als gebruikelijke zorg of telefonische follow-up. Bij diabetes verbeterde telegeneeskunde de HbA1C-waardes ten opzichte van gebruikelijke zorg, en mogelijk ook de LDL-waardes en de bloeddruk. De ggz-onderzoeken lieten geen verschil zien tussen teleconsulten en face-to-faceconsulten. Voor CVRM waren er veel tegenstrijdige resultaten. Er konden overall geen conclusies worden getrokken over het effect op de toegankelijkheid van zorg of op kosten vanwege onvoldoende data.

Beperkingen Vrijwel alle onderzoeken vonden plaats in de tweedelijnssetting, met monitoring van patiënten thuis. De auteurs zochten vooral naar de hardere klinische uitkomstmaten, zoals mortaliteit en ziektespecifieke uitkomstmaten zoals bloeddruk en HbA1C. Ze besteedden geen aandacht aan zachtere uitkomstmaten, zoals de ervaren kwaliteit van het contact en de mate waarin patiënten zich gesteund, geholpen en gehoord voelden via telegeneeskunde.

BESCHOUWING

Deze mooie Cochrane-review geeft de stand van zaken weer in de telegeneeskunde. De auteurs beperkten zich bij de selectie van RCT's tot onderzoeken waar professionals direct betrokken waren bij de feedback en interactie naar patiënten. Onderzoeken waarin met behulp van ict geautomatiseerde feedback en behandeladviezen worden gegeven, werden in deze review dus niet meegenomen. De grootste uitdaging bij de interpretatie van al deze gegevens blijft de vergelijkbaarheid van de onderzoeken en de vertaling naar de dagelijkse Nederlandse praktijk. Afstand speelt in Nederland immers een kleinere rol dan in veel andere landen. Ook is het zorgsysteem in Nederland anders dan elders, de eerste lijn is prominenter aanwezig en de samenwerking met de tweede lijn is veel meer ontwikkeld. Hierdoor ligt monitoring op afstand vanuit het ziekenhuis in Nederland wellicht wat minder voor de hand.

Voor het gebruik van telegeneeskunde in de huisartsenpraktijk is het allemaal nog lastiger vertaalbaar. Op grond van deze review is nauwelijks te zeggen hoe telegeneeskunde kan bijdragen aan een doelmatiger eerste lijn, omdat vrijwel alle onderzoeken betrekking hadden op patiënten uit de tweede lijn. Deze werden via telegeneeskunde gecontroleerd in plaats van naar het ziekenhuis te gaan. Omgekeerd zou je wel kunnen zeggen dat telegeneeskunde in ieder geval ook niet inferieur lijkt aan face-to-facecontacten. Er is dus weinig op tegen om telegeneeskunde te gebruiken bij patiënten die dat willen. Feitelijk gebeurt dat ook al vaak. Patiënten die hun bloeddruk of bloedglucose thuis meten, de waardes naar de praktijk sturen, en hierover teruggebeld worden, vallen immers al onder de gehanteerde definitie van telegeneeskunde. In die zin is er al veel geïmplementeerd.

Voorlopig ontbreekt het in de Nederlandse huisartsenpraktijk aan richtlijnen voor het gebruik van telegeneeskunde. Voor zover het asynchrone communicatie betreft, vindt telegeneeskunde als gezegd al lang plaats. De synchrone communicatie zoals bij videoconferencing blijkt in de huisartsenpraktijk met name logistiek erg lastig te implementeren. Uit deze review blijkt in elk geval dat het gebruik van telegeneeskunde op ziektespecifieke, klinische uitkomstmaten niet inferieur is aan de gebruikelijke zorg in de spreekkamer. Heel veel blijft echter nog onduidelijk. De auteurs zijn in hun conclusies dan ook terecht voorzichtig. Telegeneeskunde lijkt gelijkwaardig aan gebruikelijke zorg als het gaat om klinische uitkomstmaten bij een aantal geselecteerde aandoeningen. De acceptatie door patiënten en artsen blijft voorlopig ongewis, en datzelfde geldt voor de doelmatigheid. ■

LITERATUUR

1 Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2015;9:CD002098.

Gezondheidscentrum Thermion, Thermionpark 9, 6663 MM Lent; Radboudumc Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: dr. H.J. Schers, huisarts • Correspondentie Henk.Schers@radboudumc.nl

Niet-westerse allochtonen met SOLK

SOLK bij niet-westerse allochtonen is een belangrijk huisartsgeneeskundig onderwerp, omdat veel (jonge) huisartsen worstelen met onzekerheid en frustratie bij de behandeling en begeleiding van deze patiënten. Collega Los et al. hebben hiervoor in hun klinische les terecht aandacht gevraagd.[1] Ik wil daarbij graag een paar kanttekeningen plaatsen.

De nadruk die in de klinische les ligt op de psychische aspecten in de onderhoudende factoren en behandeling van SOLK is vanuit de casus volstrekt logisch. Toch vind ik het een gemiste kans dat in de bespreking de psychische factoren niet duidelijker zijn ingebed in het biopsychosociaal model. De suggestie dat er een simpele een-op-een-relatie is tussen psychische klachten en SOLK was hiermee voorkomen. Verder wordt de definitie van somatisatie als volgt geformuleerd: 'Somatisatie, psychische klachten presenteren in de vorm van lichamelijke klachten.' Dit is niet juist. Somatisatie is: 'de neiging om somatische klachten te ervaren en te uiten, deze toe te schrijven aan een lichamelijke ziekte, en er medische hulp voor te zoeken, terwijl er geen somatische pathologie wordt gevonden die de klachten voldoende verklaart'.

Door bovengenoemde punten werken de auteurs onbedoeld mee aan het stigmatiseren (psychisch labelen van SOLK) van SOLK-patiënten. Mijn ervaring is dat zowel autochtone als allochtone patiënten met SOLK graag serieus worden genomen en gevoelig zijn voor (in hun ogen) onterechte psychische labeling. Dit is te voorkomen door de psychische factoren duidelijk te positioneren in het geheel van alle biopsychosociale factoren.

Tot slot nog een advies. Zoals de auteurs terecht opmerken, is de relatie tussen arts en patiënt zeer belangrijk. Een makkelijke interventie die zij niet noemen, is om de patiënt actief terug te vragen op een vervolgconsult. Dit is niet alleen goed voor de relatie (de dokter neemt mijn klacht serieus), maar voorkomt ook de hoge 'sence of urgency' die gepaard kan gaan met een vervolgconsult op initiatief van de patiënt met SOLK. ■

Nikki Makkes, kaderhuisarts ggz in opleiding

LITERATUUR

1 Los AM, Cents RAM, Harmsen JAM, Bindels PJE. Niet-westerse allochtonen met SOLK. Huisarts Wet 2016;59:172-5.
2 Lipowski Z, Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988;145:1358-68.
3 Olde Hartman T, Blankestein A, Molenaar A, Bentz van den Berg D, Van der Horst H, Arnold I, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56:2-18.

ANTWOORD

Wij danken collega Makkes voor de reactie op ons artikel. Het is een goede aanvulling dat SOLK niet gestigmatiseerd moet worden, er is geen simpele een-op-een-relatie tussen psychische klachten en SOLK. Wel kunnen er onderhoudende psychische factoren zijn bij de somatische klachten. Het bespreken van deze factoren is, conform de NHG-Standaard, onze aanbeveling. Artsen zijn mogelijk terughoudend dit met niet-westerse allochtonen te bespreken, juist uit vrees te stigmatiseren. Daarom is dit, binnen het brede SOLK-consult, het aandachtspunt van ons artikel.

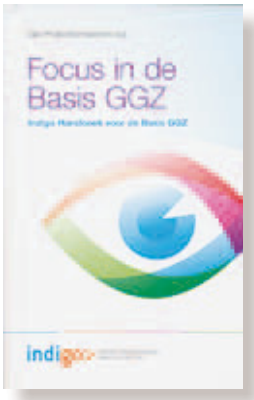
Het biopsychosociaal model is inderdaad van groot belang in de benadering van SOLK, wat ook naar voren komt in de anamnese volgens SCEGS, zoals de NHG-Standaard adviseert. Een kanttekening hierbij is dat het scheiden van lichaam en geest in dit model soms niet goed aansluit bij de belevingswereld van niet-westerse allochtonen. Het besef dat lichaam en geest meer verweven zijn in niet-westerse culturen maakt de klacht beter te begrijpen voor de arts.

De genoemde adviezen in ons artikel gaan specifiek in op het bespreken van psychische factoren die meespelen bij SOLK. Zoals collega Makkes terecht aanvult zijn er meer zaken van belang in het consult met de SOLK-patiënt. Het terugvragen van de patiënt voor een vervolgconsult is ook bij niet-westerse allochtonen een belangrijk advies. Het draagt bij aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie, wat het consult in het algemeen bevordert, en zo ook psychische factoren makkelijker bespreekbaar maakt. ■

Anne Marije Los, Rolieke Cents, Hans Harmsen, Patrick Bindels

HANDBOEK VOOR BASIS-GGZ

Hutschemaekers G, Al M, Mehrnoosh E, Nekkers M, Peperkamp I, Tiemens B, et al. Focus in de Basis GGZ. Indigo Handboek voor de Basis GGZ. Utrecht: Indigo Service Organisatie, 2015. 162 pagina's, op verzoek verkrijgbaar via post@indigoservice.org. ISDN 978-90-9029-241-0.



Doelgroep Dit handboek is bedoeld voor Indigo-hulpverleners in de generalistische basis-ggz en professionals binnen de ggz.

Inhoud Volgens de auteurs beoogt het boek de cliënten die bij Indigo in behandeling zijn meer garantie voor kwaliteit te bieden. Basis voor de opbouw van het boek is het KOP-model. Dit model ziet de ***k***lacht als functie van ***o***mstandigheden in interactie met de ***p***ersoonlijke stijl. Volgens het KOP-model kijk je eerst wat het doel van de behandeling is. Gaat het om *competentie* of om *veerkracht* van de patiënt.Bij grotere competentie kan de patiënt zelf weer aan de slag gaan als regisseur. Dit speelt bijvoorbeeld bij een paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, depressie, middelenmisbruik, en ADHD (jeugd). Deze behandeling wordt uitgevoerd door een gezondheidspsycholoog met een korte, middellange of intensieve behandeling.

Bij het versterken van de veerkracht gaat het om patiënten die met chronische ziekten of problemen te maken hebben. Deze patiënten leren met chronisch problemen om te gaan en ze te verdragen, bijvoorbeeld als het gaat om een angst- en stemmingsstoornis, een psychotische stoornis, dementie, of ADHD (volwassene). De verpleegkundig specialist of gezondheidspsycholoog begeleidt deze patiënten, eventueel bijgestaan door de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of basispsycholoog. De indeling met competentie en veerkracht uit het KOP-model wordt gebruikt voor de ordening van allerlei interventies waaronder e-mental health.

Eindtermen worden in het boek omschreven in verbetering van de scores op vragenlijsten. De auteurs werken de interventies uit als een aantal modules per DSM-diagnose. Bijvoorbeeld een patiënt met een sociale angststoornis wordt op basis van zijn klachten ingedeeld bij 'intensief' en volgt de module 'niet-helpende gedachten' en de e-healthmodule sociale angst.

Beschreven wordt ook wanneer patiënten naar de specialistische ggz verwezen moeten worden en wanneer ze niet in de basis-ggz horen. Wanneer consultatie bij de psychiater moet plaatsvinden wordt niet aangegeven.

Een rol voor de eerste lijn wordt in de trajecten niet genoemd (bijvoorbeeld bij medicatie). Ook staat er niets over de terugverwijzing.

Oordeel Het aardige van dit handboek is dat - hoewel bedoeld voor de basis-ggz - de soort interventies meestal generalistisch zijn en ook in de eerste lijn uitgevoerd worden. Dat geldt zeker bij 'veerkracht' . Ook de op 'competentie' gerichte trajecten met de focus op 'omstandigheden' kunnen in de eerste lijn plaatsvinden. Het handboek kan behulpzaam zijn bij intervisie van praktijkondersteuner-ggz, bijvoorbeeld om het gebruik van e-health te stimuleren. ■

Richard Starmans

Waardering: ● ●

Uw diagnose

Een 88-jarige vrouw leidde decennialang een kluizenaarsbestaan en had geen contact met de gezondheidszorg. Nu ziet u een gesteelde hyperkeratotische nodus aan haar bovenarm van 5 x 3 x 3 centimeter. Wat is uw diagnose?

a. Reuzencomedo senilis
b. Reuzenverruca seborrhoica
c. Plaveiselcelcarcinoom
d. Cornu cutaneum

Foto: Pim Keurlings, huisarts-in-opleiding, Nijmegen

Fotoquiz van de maand juni

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

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a
Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Het cochleair implantaat. Huisarts Wet 2016;59(6):260-4.

2b
Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Het cochleair implantaat. Huisarts Wet 2016;59(6): 260-4.

3c
Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Het cochleair implantaat. Huisarts Wet 2016;59(6): 260-4.

4c
NHG-werkgroep Slechthorendheid. NHG-Standaard Slechthorendheid (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57(6):302-12.

5b
NHG-werkgroep Slechthorendheid. NHG-Standaard Slechthorendheid (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57(6):302-12.

6c
Kraaijenga VJC, Venekamp RP, Grolman W. Het cochleair implantaat. Huisarts Wet 2016;59(6): 260-4.

7c
Verburg AFE, Alkhateeb WHF, Merkus P. Acuut perceptief gehoorverlies. Het belang van stemvorkproeven in de eerste lijn. Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155:A2460.
NHG-werkgroep Slechthorendheid. NHG-Standaard Slechthorendheid (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57(6):302-12.

8b
NHG-werkgroep Slechthorendheid. NHG-Standaard Slechthorendheid (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57(6):302-12.

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

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, 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 tenaamstelling 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

VAN DE VOORZITTER

Leren van leerling

Huisartsen doen schijnbaar veel op de automatische piloot en dat maakt ons ook zo sterk. We herkennen normale patronen zodat het lijkt alsof die jarenlange huisartsopleiding niet nodig was om een kind met een middenoorontsteking neusdruppels en pijnstilling voor te schrijven. Anderzijds krijgen we een onbestemd gevoel in onze buik als we een symptoom zien dat niet in de normale patronen past en dan is het een uitdaging om op het juiste moment de juiste actie te ondernemen.

We hebben natuurlijk ook te maken met ernstige aandoeningen en elke praktijk telt meer dan honderd patiënten met een zeldzame ziekte. En dan is altijd weer de vraag: hoe houd je jezelf scherp en hoe zorg je ervoor dat je de juiste kennis paraat hebt in de spreekkamer? Dus lezen we de literatuur en de standaarden, en volgen we nascholing en maken nieuwe PIN's. Maar een van de beste methoden om bij de tijd te blijven vind ik het opleiden van geneeskundestudenten, coassistenten en aiossen. Je leert nou eenmaal het best wanneer je doceert.

Zo koppelde de aios in mijn praktijk aan mij terug dat ik dat kind met een otitis media geen neusdruppels had hoeven geven, want de jongste NHG-Standaard stelt dat daar geen evidence voor is. Toen ik dat had nagekeken, dacht ik: Oeps. Maar ook: Nou weet ik weer waarom opleiden zo leuk en zinvol is.

En u? Had u mijn fout in de gaten aan het begin van dit stukje? Wist u meteen dat die neusdruppels overbodig waren? Met andere woorden: hoe blijft ú scherp?
Ik zou het wel weten... word opleider!

Rob Dijkstra

Nieuw op Thuisarts.nl:

Nu ook tweedelijnsinformatie over zes aandoeningen

Dit jaar wordt ook tweedelijnsinformatie opgenomen op Thuisarts.nl over in totaal dertig aandoeningen. De teksten van de eerste zes onderwerpen zijn nu klaar:

- Melanoom
- Perifeer arterieel vaatlijden
- Cataract
- Liesbreuk
- Heupfractuur
- Diabetes

De informatie is gebaseerd op richtlijnen van de betreffende wetenschappelijke verenigingen van specialisten en patiëntenverenigingen.

Het initiatief om ook tweedelijnsinformatie op te nemen op Thuisarts.nl vloeit voort uit *Het jaar van de transparantie*, uitgeroepen door minister Schippers. In een samenwerkingsproject van de Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie NPCF en het NHG wordt nu duidelijke en betrouwbare informatie over medisch-specialistische zorg toegankelijk gemaakt voor de patiënt. Het belang daarvan onderschrijft het NHG van harte!

Nieuw! Boek *GGZ in de huisartsenpraktijk*

Deze geheel nieuwe uitgave biedt de huisarts en poh-ggz vele praktische handvatten voor hun samenwerking bij en organisatie van de huisartsgeneeskundige ggz. Het boek vervangt de uitgave *Protocollaire* GGZ uit 2014.

Psychische problematiek is het gevolg van uiteenlopende factoren en daarom is de focus op geprotocolleerde zorg losgelaten. Bovendien is de inhoud van het boek mede gebaseerd op recente publicaties, zoals het NHG-Standpunt GGZ, de Landelijkse Samenwerkingsafspraken GGZ en de Module psychische klachten. En er zijn enkele geheel nieuwe hoofdstukken toegevoegd, te weten: Suïcidepreventie, Begeleiding van patiënten met ernstige psychische aandoeningen, E-health, Naastbetrokkenen, Problematisch alcoholgebruik, SOLK, Het culturele interview en Kindcheck.

In dit boek vormt de aansluiting bij het persoonlijke verhaal van uw patiënt het startpunt van de zorg. Er wordt uitgegaan van de eigen kracht van uw patiënt; diens hulpvraag is hierbij leidend en niet een (DSM-)diagnose. Er wordt dus persoonsgericht gekeken naar de meest effectieve behandeling die mogelijk en passend is bij de aard en ernst van de problematiek.

U kunt het boek bestellen via de webwinkel op www.nhg.org. De prijs bedraagt € 32.- voor NHG-leden en € 45,70 voor niet-leden.

&NHG

De geneesmiddelenmarkt is in beweging:

Is voorschrijven op stofnaam uit de tijd?

Het NHG adviseert u om op stofnaam voor te schrijven uit oogpunt van doelmatigheid, opdat de apotheker dan het goedkoopste product kan afleveren. Sommige spécialités zijn tegenwoordig zó goedkoop dat zorgverzekeraars ze in hun preferentietabellen hebben opgenomen. Een enkel HIS stelt inmiddels zelf voorkeursfabrikanten voor. Betekent dit nu het einde van een tijdperk generiek voorschrijven? Omdat dit alles tot verwarring kan leiden, herijkte het NHG zijn standpunt.

Foto: Shutterstock

Gang van zaken nu

Wanneer u op stofnaam voorschrijft, kan de apotheker het middel afleveren dat voor de betreffende patiënt het meest geschikt is. Dat kan een generiek preparaat, een spécialité of een parallel geïmporteerd geneesmiddel zijn, zolang de voorgeschreven stof er maar in zit in de juiste dosering en toedieningsvorm.

Apothekers leveren geneesmiddelen af van bepaalde fabrikanten ('labels'), afhankelijk van de afspraken met de zorgverzekeraar van de patiënt. De apotheker kan zelf zijn label kiezen als er bijvoorbeeld een 'pakjesmodel' is afgesproken. Andere zorgverzekeraars vragen apothekers het goedkoopste product te kiezen, al dan niet generiek. En dan zijn er ook nog zorgverzekeraars die in het 'preferentiemodel onder couvert' afspraken met leveranciers hebben gemaakt waardoor apothekers een bepaald label afleveren; dit hoeft dan dus niet altijd het goedkoopste te zijn.

Als u op stofnaam voorschrijft, krijgt de patiënt het geneesmiddel dat past bij zijn zorgverzekeringspolis. Het lijkt dus weinig zinvol als de huisarts zou stoppen met het voorschrijven op stofnaam.

Fluctuerende prijzen en afspraken

Het NHG zou het advies om op stofnaam voor te schrijven kunnen wijzigen in een advies om het goedkoopste middel te kiezen. Het NHG vindt dat echter onwenselijk vanwege de volgende argumenten:

- Prijzen kunnen variëren; wat vandaag het goedkoopst is, hoeft dat morgen niet meer te zijn. In het preferentiemodel kunnen leveranciers elke één à twee jaar offreren zodat de goedkoopste leverancier periodiek verandert. U als huisarts zou de prijzen dus moeten controleren.
- De afspraken over vergoeding van geneesmiddelen verschillen per zorgverzekeraar. U zou tijdens het spreekuur iedere patiënt naar diens zorgverzekeraar moeten vragen en vervolgens conform de betreffende afspraken moeten voorschrijven.
- Er zijn met grote regelmaat leveringsproblemen waardoor de apotheker moet afwijken van het voorgeschreven label. Het is dan dus niet zinvol als u tijd heeft gestoken in het uitzoeken van het preferente middel.
- De apotheker zou steeds met u moeten overleggen als hij – bijvoorbeeld door leveringsproblemen – moet afwijken van het door u voorgeschreven label. Dit hoeft niet als u op stofnaam voorschrijft, omdat de apotheker dan alle producten met de betreffende samenstelling mag afleveren.

Kortom: op stofnaam voorschrijven blijft

Het lijkt vooralsnog goed om de situatie te handhaven zoals die nu is. U schrijft voor op stofnaam en vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de apotheker en de zorgverzekeraar om het meest doelmatige middel te leveren. Het NHG zal in richtlijnen en standaarden dan ook de stofnamen blijven gebruiken. Desgewenst kunnen huisarts en apotheker afspraken hierover maken in het fto: het IVM heeft onlangs met medewerking van het NHG een fto-module ontwikkeld: *Generieke substitutie*; hierin is meer informatie te vinden over dit onderwerp. (AS)

Met dank aan Monique Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker NHG

NHG-AGENDA 2016 data

- **LOVAH-Congres** 10 juni
- **Algemene Ledenvergadering** 23 juni
- **NHG-Congres Van Alledaags tot Zeldzaam** 18 november
- **Algemene Ledenvergadering** 1 december

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op www.nhg.org

Impressie van het vijfde Nederlands Triage Congres:

‘115 voor mijn lijf!’

Als huisarts krijgt u regelmatig te maken met spoedeisende vragen en draait u diensten op de huisartsenpost. U weet dan ook als geen ander hoe belangrijk een goede triage en een optimale samenwerking in de spoedzorgketen is. Daarom organiseert de NTS jaarlijks een congres waarin professionals uit de spoedzorg elkaar ontmoeten en van elkaar leren. Hieronder leest u een impressie van het onlangs gehouden lustrumcongres.

Foto: Shutterstock

Debat met Matthijs van Nieuwkerk

Het programma opent plenair met twee ‘opwarmertjes’: discussies over *Het perspectief van de patiënt* en *Nut en noodzaak van regels en richtlijnen*. Dan betreedt Matthijs van Nieuwkerk het podium met de energie die hem zo eigen is. Hij leidt het debat *Het uur van de waarheid*. Met zijn scherpe vragen weet hij zijn vinger direct op de zere plek te leggen: professionals weten uitstekend hoe de spoedzorg is georganiseerd, maar voor de ‘gewone burger’ is dat heel wat minder duidelijk!
Dit geldt ook voor Gerdi Verbeet, voorzitter van de Raad van Toezicht van Patiëntenfederatie NPCF. Zij vertelt dat ze bijna nooit naar de huisarts gaat: ‘Als mijn huisarts mij wil zien, dan zet hij de tv maar aan.’ En ook van de spoedzorg weet ze niet veel af. Toen dus haar echtgenoot tijdens een weekend een anafylactische shock kreeg en de paniek toesloeg, was het voor haar volstrekt onduidelijk met wie ze contact moest opnemen. Het is goed afgelopen met haar echtgenoot, maar Verbeet pleit nu wel voor een publiekscampagne over de (communicatie)structuur in de spoedzorg. De zaal beloont haar pleidooi met een warm applaus.

Het juiste loket

Ook tijdens de gespreksrondes met Hans Schoo, hoofdinspecteur Curatieve gezondheidszorg IGZ, en verschillende zorgprofessionals blijkt dat er op het gebied van de communicatie nog veel kan verbeteren. Over het algemeen zijn patiënten tevreden over de Nederlandse spoedzorg, maar het is nog een hele uitdaging om de patiënt bij het juiste loket te krijgen. De tafelgasten hebben hiervoor wel ideeën:

- ‘Eén loket voor alle spoedvragen.’
- ‘Een nieuw telefoonnummer: 115 voor mijn lijf.’
- ‘Een sticker met informatie voor in de meterkast.’

De zaal reageert enthousiast op deze en andere ideeën. In hoeverre die daadwerkelijk zullen worden gerealiseerd zal de tijd leren, maar Van Nieuwkerk is er in elk geval uitstekend in geslaagd om de dialoog op gang te brengen. Overigens zal die dialoog op tv worden voortgezet: Van Nieuwkerk nodigt ter plekke een aantal triagisten uit om in *De wereld draait door* meer te komen vertellen over hun vak.

Workshops voor iedereen

Na het wervelende ochtendprogramma verspreiden de congresdeelnemers zich over de verschillende workshops in drie ronden. Daarbij is er ditmaal voor gekozen om specifiek op de verschillende soorten deelnemers gerichte onderwerpen de revue te laten passeren. Ook de aanwezige huisartsen vinden dus volop workshops van hun gading. En dat geldt zeker voor de vele triagisten van de huisartsenpost, die maar liefst 80% van de 550 deelnemers uitmaken!

Het beste idee

Aan het einde van het congres is er nog de verkiezing van ‘het beste triage-idee’. Ook nu staat het belang van een goede communicatie voorop. Het publiek kiest dan ook voor het idee van Ben Goosselink van de RAV IJsselland. Zijn voorstel behelst het inzetten van de Nederlandse Triage Standaard (NTS) als bij aankomst van de ambulance blijkt dat de patiënt niet hoeft te worden vervoerd. Door de patiënt dan opnieuw te triëren conform de NTS en de gegevens daaruit over te dragen of terug te koppelen aan de juiste zorgprofessional, kan de communicatie eenduidiger en de afhandeling efficiënter verlopen. Goosselink ontvangt een prijs – bestaande uit een speciaal voor de gelegenheid gemaakt beeld – voor zijn idee en de NTS gaat met het voorstel aan de slag.
Dat het publiek kiest voor een idee om de communicatie met de ambulancedienst te verbeteren, maakt treffend duidelijk dat de ketenpartners zich steeds bewuster worden van het belang van een goede onderlinge samenwerking. De conclusie van dit geslaagde congres luidt dan ook: ‘Laten we allemaal aan een goede communicatie en samenwerking blijven werken!’

Jeanine Nieuwenhuis,
bureaumanager NTS

&NHG

Interview met Rob Dijkstra:

‘*Het roer moet om* heeft ons weer scherp gemaakt op waar we voor staan’

In april vond de tussenrapportage plaats van het huisartsenmanifest *Het roer moet om*. Ook bij het NHG is in het afgelopen jaar hard gewerkt aan een aantal wenselijke veranderingen. Bestuursvoorzitter Rob Dijkstra vertelt over de consequenties van het manifest op het gebied van de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Hoe stond jij destijds tegenover Het roer moet om?
‘Toen ik het manifest de eerste keer las, was ik blij verrast over dat frisse geluid en ik heb het dan ook meteen onderschreven. Het kwam voor het NHG ook op precies het goede moment; twee weken ervoor had ik een artikel in *Medisch Contact* geschreven: “Stop het misbruik van onze standaarden”. Het manifest hielp het NHG, maar ook de LHV en InEen, om weer goed duidelijk te krijgen waar we nou eigenlijk precies voor staan en daar dan ook voor te gaan. En voor de NHG-medewerkers was het goed om de boodschap van *Het roer moet om* onderling te delen en elkaar scherp te houden. Ook positief was dat we ons contact met de leden konden verstevigen. En wij zijn meer dan voorheen onderdeel geworden van de maatschappelijke discussie over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Dat is ook logisch, het NHG is bij uitstek een relevante gesprekspartner als het gaat om de kwaliteit van ons vak.’

Ben je tevreden met wat tot dusver is bereikt?
‘In de tussenrapportage hebben we goede uitkomsten kunnen laten zien. Het belangrijkst is dat we hebben vastgesteld dat de basiskwaliteitseisen verankerd liggen in de voorwaarden voor herregistratie. Maar dan moeten we wel kritisch kijken naar die eisen. Tot dusver ontbrak een intern kwaliteitsbeleid van huisartsen, maar vertrouwen moet je verdienen. Dus waar voorheen slechts twee uur per jaar moest worden besteed aan intervisie en toetsgroepen, gaat dat nu uitgroeien tot misschien wel twintig uur, dus de helft van alle accrediteringspunten. Dat lijkt tegenstrijdig: HRMO wilde afname van de administratieve lasten en dit lijkt een toename. Maar je hoeft minder verantwoording af te leggen als je je interne kwaliteitsbeleid op orde hebt. Vertrouwen in plaats van controle dus. Voordeel is dat je de vragenlijst voor patiënten uit het visitatiemodel kunt gebruiken. We kijken of we daar thematische vragenlijsten aan kunnen toevoegen die huisartsen dan facultatief kunnen inzetten.’

En wat is er gebeurd op het gebied van de indicatoren?
‘We hebben met elkaar vastgesteld dat kwaliteitsindicatoren vooralsnog alleen geschikt zijn om inzicht te krijgen in het eigen handelen. Ook is het aantal indicatoren voor de landelijke benchmark teruggebracht tot acht per keten. Het is aan huisartsen zelf om uit te kiezen op welke thema’s zij inzicht willen hebben in hun handelen en daar hun nascholing en intervisie op te richten. Dat hoeft niet op alle fronten en niet continu. Als het gaat om de onderlinge vergelijking van praktijken heeft het NHG nu de taak om te onderzoeken welke indicatoren daarvoor onderscheidend, relevant en valide genoeg zijn. Dat is nog een hele wetenschappelijke uitdaging. Het gaat er uiteindelijk om dat je iets kunt zeggen over de kern van de zorg. En een indicator heeft vooral betekenis als er een mogelijkheid is tot verbetering. Bovendien moet je precies weten over welke groep patiënten je iets zegt, anders zou je appels met peren gaan vergelijken.’

Merken huisartsen zelf al iets van de veranderingen?
‘De huisarts zal merken dat de registratie die door zorggroepen werd gevraagd nu beperkter is, vooral in de organisatie van de chronische zorg. Wel moeten huisartsen er alert op blijven dat er geen eisen worden gesteld die niet zijn afgesproken in *Het roer moet om*. Ook versimpeling van de contractering zal merkbaar zijn, net als afname van de in te vullen lijstjes.
Een taak van het NHG is nu het ondersteunen van huisartsen bij het verkrijgen van spiegelinformatie voor intercollegiale toetsing. Daarmee kun je goed zien wat de verschillen zijn tussen jou en je collega’s en welke betekenis dat heeft. Ik herinner me bijvoorbeeld een collega uit mijn groep die zijn diabetespatiënten geen oogcontroles aanbood. Dat zat niet in zijn routine. Hij heeft daar toen meteen werk van gemaakt. Dergelijke spiegelinformatie kan dus heel nuttig zijn.’

Wat vind jij van de roep van patiënten om meer transparantie?
‘Het is goed om transparant te zijn, maar niet alle gegevens zijn geschikt voor je website. Voor een patiënt die van praktijk verandert is een kennismakingsgesprek met een nieuwe huisarts het belangrijkst. Daarom is samen met Patiëntenfederatie NPCF een gesprekshulp ontwikkeld, te vinden op Thuisarts.nl en de website van de NPCF. Met die gesprekshulp kan de patiënt heel goed zien of er wel of niet een goede match is.’ (AS)

Redactie NHG-nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur
Linda Tolsma

Contact
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

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