JAARGANG 60 / NOVEMBER 2017

11

H&W

Huisarts en Wetenschap

2017

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

BESCHOUWING

Bijwerkingen en valkuilen van evidence-based medicine

DISCUSSIE

Context geen basis voor bewijs

INTERVIEW

Hoe leren huisartsen?

THEMANUMMER HUISARTS UNIVERSALIS
NIEUWSGIERIG IN ONTWIKKELING

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

nhg

NIEUW
geregistreerd en volledig vergoed vanaf 12 jaar
De eerste en enige immunotherapie tablet voor de behandeling van huisstofmijt allergische rhinitis
ACARIZAX®
Welcome home
SCORE ACA 1021 • 2017-09ACA-01
ALK
Allergologisch Laboratorium Kopenhagen

11

WETENSCHAP

548 BESCHOUWING Bijwerkingen en valkuilen van EBM: trap er niet in!
Jean Muris, Roger Damoiseaux, Nynke van Dijk

551 ONDERZOEK EBM-onderwijs in de praktijk: moeilijker dan gedacht
Marlous Kortekaas, Marie-Louise Bartelink, Peter Zuithoff, et al.

554 Een leven lang leren, wat zeggen aios?
Fred Tromp, Claudia Maria Greijn, Lidwien Bernsen

558 Vaardig communiceren: ervaringen van aios en opleiders
Esther Giroldi, Wemke Veldhuijzen, Jean Muris, et al.

560 Huisartsopleiders over omgaan met evidence-based medicine
Helga Raghoebar-Krieger, Henk Bosveld, Jan Winters

564 Een training in gedeelde besluitvorming
Ariëtte Sanders

568 Opvattingen over werkplekbeoordelingen
Laury de Jonge

570 Intraprofessionele consultatie: leerzaam op vele fronten
Marijn Janssen, Margaretha Sagasser, Elisabeth Laro, et al.

573 BESCHOUWING Teleconsultatie: optimalisering van palliatieve thuiszorg?
Jelle van Gurp, Marianne Dees

577 DISCUSSIE E-health: gewoon doen!
Annet Sollie

578 Context geen basis voor bewijs
Tjerk Wiersma

580 BESCHOUWING Verminderen van praktijkvariatie in de eerste lijn
Nout Willems, Arnold Romeijnders, Geert Smits

584 Community of practice: leren dicht bij huis
Nynke Scherpbier-de Haan

586 Huisarts, specialist in generalisme, nu en in de toekomst
Anneke Kramer

588 Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen?
Jasper Trietsch

591 NHG
Artritis: oorzaak bepaalt beleid (herziening NHG-Standaard Artritis)
Hèlen Woutersen-Koch

KLINISCHE PRAKTIJK

593 (VER)STAND VAN ZAKEN Onderzoek naar optimale aios-training Shared Decision Making
594 INTERVIEW Hoe leren huisartsen?
600 CASUÏSTIEK Behandeling van slechte adem
602 SPREEKUUR Het moeizaam verlopend consult
603 Informatie zoeken op internet
604 SIGNAAL Huisartsen met bijzondere bekwaamheden onder de loep
606 CATS Compressietherapie bij enkelbandletsel leidt niet tot sneller herstel
607 Echo na plaatsing hormoonspiraal meestal niet nodig
608 PEARLS Geen preventieve medicatie bij koortsconvulsies

543 JOURNAAL
599 KENNISTOETS
601 UW DIAGNOSE
610 BOEKEN
612 COLOFON H&W

41 HET NHG

Dit nummer gaat over u

Sjoerd Hobma

Bent u een gemotiveerde huisarts die graag leert? Of bent u een huisarts die het allemaal wel een beetje gezien heeft en met al die verplichte nascholingen niet veel meer opschiet? Schoolt u bij omdat het u motiveert voor uw dagelijks werk? Of komt u vaker ongeïnspireerd en met een kater terug van een tegenvallende nascholing? Waarschijnlijk herkent u zich in allemaal wel een beetje.

Een leven lang leren, op weg naar de Huisarts Universalis. Het is het mooi gekozen thema van het NHG-congres en daarmee van dit congresnummer. Er klinkt een echo uit de renaissance in door van wedergeboorte en van traditie. En het beschrijft de vele terreinen waarin je jezelf als huisarts moet blijven bekwamen (en bovendien een veel mooier woord dan het populaire 'duizendpoot', wie wil nu zo'n insect zijn?). Maar vooral betekent het: blíjven ontwikkelen, en verbanden leren zien die de Homo Specialisticus niet ziet.

Leren is iets anders dan 'innoveren', het woord dat we zo vaak horen als het over de zorg gaat, en waar het gemakkelijk mee verward wordt. Wie innoveert wil veranderen, vaak met te weinig oog voor het bestaande goede. Wie leert die wikt en weegt, reflecteert en verdiept, staat open voor verandering en wil tegelijkertijd wat goed is houden. Veranderen moet, maar is geen doel op zich. Leren is dat wel.

Leren doen we individueel en collectief. Een huisarts volgt scholing en brengt die in de praktijk. Als groep leren we door samen te werken en gezamenlijke keuzes te maken. Zowel individueel als collectief doen wij Nederlandse huisartsen het volgens de kenners (zij die ervoor geleerd hebben) best aardig. Maar kan het nog beter.

Als het over leren gaat dan gaat het ook direct over wat onze taken zijn, wat goed genoeg is, hoe je samenwerkt, naar je eigen fouten kijkt, of je bereid bent serieus na te denken wat mensen van je vinden, hoe anderen het anders en misschien wel beter doen en ga zo maar door. Leren vereist een instelling van het individu, en een cultuur binnen de groep.

Wij hebben bij het samenstellen van dit congresnummer gemerkt dat bezig zijn met leren leerzaam is en inspireert. Er zijn in Nederland heel veel mensen actief om ons leren beter, leuker en effectiever te maken. Zeker bij de beroepsopleidingen gebeurt veel waar we allemaal van kunnen leren. In dit nummer proberen we de praktijk van het leren van huisartsen en de wetenschap van professionele ontwikkeling bij elkaar te brengen. We hopen dat u er iets van leert, maar vooral dat het u inspireert. ■

Wim Verstappen

Sjoerd Hobma, Wim Verstappen

Verbinden van theorie en praktijk

Huisartsen in opleiding leren zowel in de praktijk als op het instituut. Maar vaak sluiten deze twee leeromgevingen niet op elkaar aan. Een recent systematisch literatuuronderzoek beschrijft manieren om het leren in de praktijk en op het instituut beter op elkaar aan te laten sluiten.

De onderzoekers zochten naar artikelen waarin interventies beschreven werden om medisch onderwijs in 'het klaslokaal' en de praktijk te verbinden. Ze includeerden twintig relevante artikelen vanaf 2004, waarvan de meeste onderzoeken (n = 9) plaatsvonden in Amerika en bij geneeskundestudenten. Uit de onderzoeken kwam naar voren dat er goede middelen bestaan om deze twee onderwijsvormen op elkaar aan te laten sluiten. Opgenomen video's van consulten en handelingen, het vastleggen van leerdoelen en het bijhouden van een logboek zijn hier voorbeelden van. Zo kunnen studenten de opgedane theoretische kennis beter verbinden met de dagelijkse medische praktijk. De effectiefste interventie was een videoinstructie over vaardigheden om kennis op te frissen.

Dit onderzoek is van belang, omdat het praktische handvaten biedt om de verbinding tussen opleiding en praktijk te versterken. Het opnemen van video's, opstellen van leerdoelen en bijhouden van een portfolio is al gebruikelijk. Een belangrijke laatste stap in het leerproces is volgens de auteurs het herhalen en toepassen van eerder opgedane kennis en competenties. Dit zou in de huisartsenopleiding nog meer aandacht kunnen krijgen. Ook het bijhouden van een logboek over praktijkervaringen is wellicht een goed idee. Tot slot maakt dit onderzoek duidelijk dat de wetenschappelijke onderbouwing van de manier waarop medisch onderwijs in de huisartsenopleiding het best kan worden vormgegeven nog aandacht behoeft. ■

Tobias Bonten , Anneke Kramer

Peters S, et al. Enhancing the connection between the classroom and the clinical workplace: a systematic review. Perspect Med Educ 2017;6:148-57.

Invloed leeromgeving op opleidingsresultaten

Opleidingsresultaten zijn afhankelijk van de kwaliteiten van het individu, de gebruikte didactiek en van de context, de 'leeromgeving'. In het onderwijs gaat veel aandacht uit naar dat individu en de onderwijsmethoden, en veel minder naar de leeromgeving. Ten onrechte, zo laat een Nederlands onderzoek zien.

Met dit onderzoek wilden de onderzoekers inzicht krijgen in de effectiviteit van het populaire competentiegerichte opleiden. Het onderzoeken van dergelijke grote concepten is praktisch onmogelijk en daarom zochten de onderzoekers naar afgeleide uitkomstmaten. Zij beredeneerden dat de leeromgeving een van de kenmerken is die bij uitstek nodig is bij competentiegestuurd leren. Zij onderzochten daarom de hypothese dat een goede leeromgeving de specialist beter voorbereidt op de latere werksituatie. Of deze aanname – dat dit een uniek kenmerk is voor competentiegestuurd leren – klopt, is discutabel; het onderzoeken ervan is zeker interessant.

Met een retrospectief ingevulde vragenlijst werden de concepten 'klaar zijn voor de praktijk' en 'kwaliteit van de leeromgeving' in kaart gebracht bij 143 specialisten (respons 43%). De analyse, gebaseerd op meerdere sociale en onderwijskundige theorieën gevolgd door een complexe statistische exercitie, leverde boeiende resultaten op voor onderwijsgevers. Het belang van de leeromgeving bleek groter dan het beeld over persoonlijke kwaliteiten en de aandacht voor competenties tijdens de opleiding.

Het creëren van een cultuur die leren stimuleert is een belangrijke determinant van goed onderwijs. En wees eerlijk: bewaren we niet allemaal sterke herinneringen aan delen van de opleiding waar de cultuur geweldig, of juist vreselijk was? En blijft dit niet jaren nawerken op je eigen motivatie in het dagelijkse werk? ■

Sjoerd Hobma

Dijkstra IS, et al. How educational innovations and atttention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: the key role of the learning environment. Perspect in Med Educ 2015;4:300-7.

Klinische observaties voorspellen problemen in de huisartsopleiding

Het is lastig om in een vroeg stadium te voorspellen welke huisartsen-in-opleiding later in het traject niet goed functioneren. Uit Australisch onderzoek blijkt dat zo'n voorspelling toch mogelijk is. Zowel de beoordeling van verschillende consulten door een ervaren huisarts als een primaire, medische opleiding in het buitenland voorspellen wie in een latere fase van de opleiding een verlengingstraject moet volgen.

Magin et al. onderzochten in een retrospectief cohort van huisartsen-in-opleiding of er vroege signalen waren die wezen op degenen die later in een verlengingstraject terechtkwamen. Het onderzoek vond plaats in Australië in een cohort van 248 huisartsen-in-opleiding. Van deze groep moesten er 26 (10,5%) een verlengingstraject volgen.

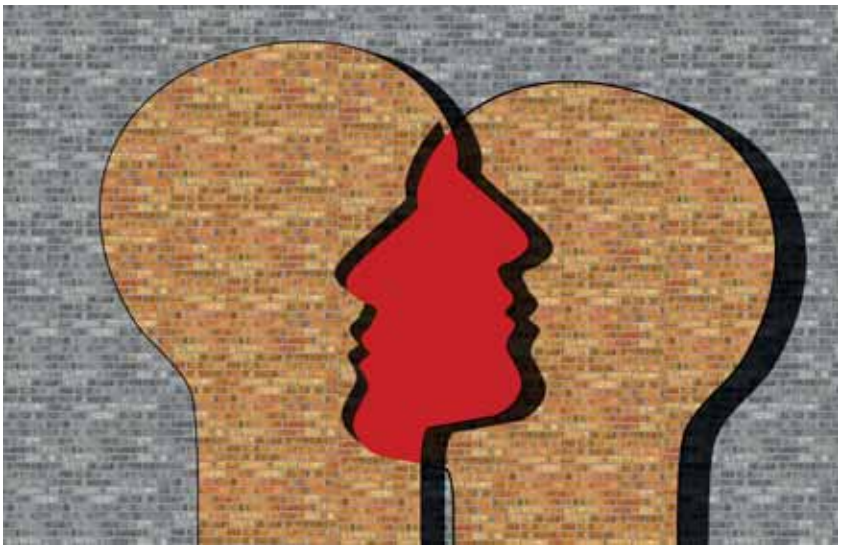
Na analyse van een aantal kenmerken en toetsuitslagen van de huisartsen-in-opleiding bleken er vier voorspellers voor een verlengingstraject te zijn. Die voorspellers waren: de uitslag van een dagdeel consulten meekijken door een ervaren huisarts (niet de opleider), de evaluatie van het klinisch functioneren en communiceren door medehuisartsen-in-opleiding en de beoordeling van consulten door patiënten en een medische opleiding in het buitenland. In een statistisch model met al deze voorspellers bleken er twee de beste voorspelling te geven: de uitslag van een ochtend consulten meekijken door een ervaren huisarts (OR 0,77; 95%-BI 0,67 tot 0,87) en een medische opleiding in het buitenland (OR 3,50; 95%-BI 1,38 tot 8,83).

Dit onderzoek laat zien dat beoordeling van het gedrag van een huisarts-in-opleiding in de praktijk meer informatie geeft over diens voortgang dan kennistoetsen of ingangstesten. Alertheid op het niet halen van dit soort beoordelingen zou tot eerdere bijsturing van de opleiding kunnen lijden, zodat dure en emotioneel zware verlengingstrajecten zoveel mogelijk achterwege kunnen blijven. ■

Jurgen Damen

Magin P, et al. Early predictors of need for remediation in the Australian general practice training program: a retrospective cohort study. Adv in Health Sci Educ 2017;22:915-29.

Heldere communicatie tussen specialist en SOLK-patiënt belangrijk



Een op SOLK gerichte evidence-based communicatietraining verhoogt de communicatieve vaardigheden van artsen met betrekking tot SOLK-patiënten. Dit trainingsprogramma moet volgens de onderzoekers worden opgenomen in het postacademisch onderwijs.

Het veertien uur durende trainingsprogramma, waarin ervaringsleren en feedback essentiële elementen zijn, bestond uit technieken uit de cognitieve gedragstherapie. Artsen werden gestimuleerd om klachten te exploreren en te zoeken naar symptomen, cognities, emoties en (sociaal) gedrag waarmee een patiënt zijn symptomen mogelijk versterkt. De artsen leerden hoe zij SOLK-patiënten effectief gerust kunnen stellen zonder onnodige diagnostische testen aan te vragen. De gesprekken met de SOLK-patiënten werden op video opgenomen en beoordeeld op communicatievaardigheden.

In deze trial sloten 123 artsen uit 11 specialismen, waarvan 60% in opleiding tot specialist, 478 SOLK-patiënten in. De helft van de artsen kreeg de communicatietraining. Er werden 449 videogesprekken beoordeeld. Artsen die de cursus gevolgd hadden, bleken patiënten effectiever gerust te stellen ($p < 0{,}001$) en het mechanisme van SOLK beter uit te leggen ($p < 0{,}005$). Op een driepuntsschaal werd de training beoordeeld met 2,79.

Ook in de tweede lijn zijn veel SOLK-patiënten. Dat maakt het belang van een goede communicatie door specialisten meer dan duidelijk. Goed dat de kennis over SOLK-patiënten van de eerste naar de tweede lijn wordt overgedragen. ■

Wim Verstappen

Weiland A, et al. Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. PLoS One 2015:10:e0138342.

Geneeskundestudent moet vaker naar de huisarts

In het Verenigd Koninkrijk is het streven ten minste 50% van de basisartsen de huisartsopleiding te laten volgen. Dat percentage wordt momenteel bij lange na niet gehaald en vertoont zelfs een dalende tendens. Men broedt dan ook op maatregelen die de belangstelling voor de huisartsgeneeskunde kunnen vergroten. Opmerkelijk is dat het studentendeel dat voor de huisartsopleiding kiest per medische faculteit uiteenloopt van 7 tot 30%. Uit onderzoek blijkt dat dat samenhangt met de aandacht voor huisartsgeneeskunde in de basisopleiding.

Onderzoekers inventariseerden onder alle Britse faculteiten het aantal dagdelen dat in het basiscurriculum aan studenten die in 2007 en 2008 startten, aan huisartsengeneeskunde werd gespendeerd. Ze maakten daarbij onderscheid tussen klinisch huisartsgeneeskundig onderwijs, bijvoorbeeld in een praktijk met direct patiëntencontact, en niet-klinisch onderwijs, zoals groepsonderwijs verzorgd door een huisarts op de faculteit. Daarnaast werden gegevens over de carrièrekeus van kersverse basisartsen in 2014 en 2015 verzameld.

De auteurs vonden een significante correlatie tussen hoeveelheid klinisch huisartsgeneeskundig onderwijs in de basisopleiding en de keus voor een huisartsencarrière. Als ook niet-klinisch onderwijs werd meegerekend, worden de correlaties wat zwakker en niet significant.

Theoretisch kan de correlatie niet causaal zijn en kunnen studenten met interesse in huisartsenwerk een medische faculteit kiezen met veel aandacht voor huisartsengeneeskunde, maar de auteurs achten dit onwaarschijnlijk. Ze stellen daarom voor om in de basisopleiding veel ruimere mogelijkheden voor stages in huisartsenpraktijken te creëren. ■

Tjerk Wiersma

Alberti H, et al. Exposure of undergraduates to authentic GP teaching and subsequent entry to GP teaching and subsequent entry to GP training: a quantitativestudy of UK medical schools. Br J Gen Pract 2017;67:e248-e252.

Aios presteren regelmatig slecht

Aios presteren regelmatig slecht tijdens één of meerdere jaren van hun opleiding tot huisarts. Meestal beperken de tekortkomingen zich tot de periode van één jaar. Hoewel de meeste aios de draad snel weer oppakken, hebben sommige een grote kans om weer terug te vallen.

Dit is het eerste onderzoek waarbij 215 aios gedurende de driejarige opleiding gevolgd zijn aan de hand van driemaandelijkse voortgangsevaluaties. Aan het eind van het eerste jaar kregen 21 (10%) een onvoldoende beoordeling. Vijf staakten de opleiding, al dan niet vrijwillig.

In het tweede jaar waren de beoordelingen bij 13% en in het derde jaar bij 7% aanleiding tot een 'no-go' dan wel 'go unless'. De meeste tekortkomingen hadden betrekking op de competenties kennis, communicatie en professioneel gedrag. Hiervan waren tekorten op het gebied van het professionele gedrag de meest hardnekkige. Van alle aios had 22% ten minste één jaar een onvoldoende beoordeling, aan het einde van de opleiding was dat nog maar 2%. Uiteindelijk werden de meeste problemen, al dan niet met hulp, opgelost. Risicofactoren voor het krijgen van een slechte beoordeling waren een oudere leeftijd van de aios, slechte beoordelingen wat betreft communicatie en kennis en het krijgen van een slechte beoordeling in het eerste jaar. Het volgen van de parttime opleiding of het hebben van ouderschapsverlof hadden geen verband met slechte prestaties.

Hoewel het regelmatig voorkomt dat aios gedurende een jaar onvoldoende tot slecht presteren, worden de meeste problemen tijdens de opleiding opgelost. De problemen doen zich vooral bij aios met een hogere leeftijd, aios die in een vroeg stadium van hun opleiding problemen hebben gehad en/of tekortschieten als het om het tonen van professioneel gedrag gaat. Deze groep zou gebaat zijn bij extra monitoring en supervisie. ■

Bèr Pleumeekers

Vermeulen M, et al. Poor performance among trainees in a Dutch postgraduate GP training program. Fam Med 2016;48:430-8.

Serious game: simuleren van praktijkmanagement

Recent is de PROFclass van start gegaan: een postacademische opleiding om de (startende) praktijkhouder te scholen in praktijkmanagement, regievoering en ondernemerschap. LHV, NHG, Huisartsopleiding Nederland en de SBOH zijn verantwoordelijk voor de opzet en inhoud. Uniek aan PROFclass is dat de cursisten leren de verworven kennis direct toe te passen in een simulatiemodel. In samenwerking met het NIVEL is een 'serious game' ontwikkeld waarmee praktijkmanagementvaardigheden worden getoetst. Cursisten leren zo spelenderwijs welke strategische keuzes ze bij het voeren van een praktijk kunnen maken en wat de consequenties daarvan zijn.

Serious gaming is een leermethode die bij uitstek geschikt is voor huisartspraktijkmanagement.

- Spelers mogen fouten maken zonder dat hun praktijk of patiënten daadwerkelijk schade ondervinden.
- Spelers krijgen ronde na ronde meer ervaring, spelen een jaar praktijkmanagement in een middag na, en bouwen hun kennis zo snel op.
- Spelers spelen parallel aan elkaar hetzelfde spel en leren van elkaars beslissingen en uitkomsten.
- Spelers krijgen onmiddellijk en op maat feedback, die ze later kunnen terugzien.
- Docenten hebben *real time* overzicht van de voortgang van de spelers, kunnen ingrijpen en effectief collectieve leerdoelen behalen.

Deze leerprincipes zijn verwerkt in de PROFclass/NIVEL serious game. Daarvoor hebben we twee jaar lang ontworpen, herontworpen, geëxperimenteerd en tientallen keren overlegd met potentiële spelers en inhoudsdeskundigen. Een multidisciplinair team van zorgonderzoekers, systeemontwikkelaars, designers, artists, huisartsen, financieel deskundigen, juristen en bestuurders hebben meegedacht over alle onderdelen van de game. Een paper over dit ontwikkelproces is vorig jaar gepubliceerd.

De serious game bestaat uit drie 'levels' met elk een kennisronde en gameronde. Tijdens de eerste gameronde nemen de cursisten een verouderde praktijk over die ze nieuw leven moeten inblazen. In de tweede gameronde moeten de cursisten de praktijk organisatorisch inrichten door onder andere beslissingen over personeel te nemen. Tijdens de derde gameronde nemen de cursisten beslissingen over specifieke onderwerpen op het terrein van wetgeving en financiën.

De ingebouwde feedback van de serious game is gebaseerd op actuele bronnen, zoals data uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, wetenschappelijke publicaties, cao's, beroepsorganisaties en jaarverslagen. Daarmee is de game ook een e-learningapplicatie en een virtuele coach in de wereld van huisartspraktijkmanagement.

De eerste ervaringen van de PROFclass-cursisten zijn positief. De game daagt uit, is leuk om samen te spelen en leidt tot verhitte discussies die motiveren en inspireren. Beginnende huisartsen zijn de primaire doelgroep, maar ook ervaren praktijkhouders kunnen veel leren van deze serious game. Of dit uiteindelijk ook leidt tot beter geleide praktijken en minder gestreste praktijkhouders... Dat zal de toekomst en nader onderzoek moeten uitwijzen. Geïnteresseerd? Kijk op www.PROFclass.nl. ■

Jan Strien, Yvonne Guldemond-Hecker

Genomineerden Heert Dokterprijs en Casuïstiekprijs 2017

Elk jaar worden de Heert Dokterprijs en de Casuïstiekprijs uitgereikt. De Heert Dokterprijs gaat naar het beste onderzoeksartikel dat in 2017 gepubliceerd is in H&W. Het gaat om zowel origineel Nederlands onderzoek als vertaald onderzoek. De Casuïstiekprijs is een prijs voor de beste klinische les in H&W van het afgelopen jaar. De prijzen worden 17 november 2017 bekendgemaakt tijdens het NHG-Congres in Amsterdam.

De genomineerden voor de Heert Dokterprijs 2017 zijn:

- Carola van Dipten, Tim olde Hartman, Marion Biermans, Pim Assendelft. Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten. H&W 2016;12:538-41.
- Janneke Hendriksen, Wim Lucassen, Petra Erkens, Henri Stoffers, Henk van Weert, Harry Büller, et al. Klinische blik versus beslisregel bij longembolie. H&W 2017;4:152-4.
- Anne van Ee, Maria van den Muijsenbergh. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. H&W 2017;5:208-11.
- Wouter Spoelman, Tobias Bonten, Margot de Waal, Ton Drenthen, Ivo Smeele, Mark Nielen, et al. De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik. H&W 2017;6:260-3.
- Michiel Bos, Sylvia Buis. Dertigminutenbloeddrukmeting op de praktijk. H&W 2017;7:320-2.

De genomineerde klinische lessen voor de Casuïstiekprijs 2017 zijn:

- Leusink P, Folkeringa-De Wijs MA. De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap. Huisarts Wet 2017;60:298-301.
- Van Dijk-Van Casteren BGH, Van de Laar FA, Giesen PHJ. Handvoet-mondziekte. Huisarts Wet 2017;60:184-6.
- Coppus AMW, Lagro-Janssen T. Seksueel misbruik bij verstandelijk beperkte meisjes. Huisarts Wet 2017;60:410-2. ■

Judith Mulder

Verlenging huisarts-opleiding naar vier jaar?

Foto: Shutterstock/Monkey Business Images

De huisartsgeneeskunde is de afgelopen tien jaar complexer geworden door de vergrijzing en de verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. In het Verenigd Koninkrijk overweegt men daarom de huisartsopleiding te verlengen van drie jaar naar vier jaar. Britse net-opgeleide huisartsen zouden graag meer variatie zien in opleidingspraktijken en extra aandacht voor praktijkvoering in de opleiding.

In totaal werden tussen november 2011 en april 2012 achttien Britse huisartsen telefonisch geïnterviewd over hun ervaringen in de huisartsopleiding. Twaalf van de achttien huisartsen waren vrouw. Deze huisartsen hadden tussen 2007 en 2010 de opleiding afgerond en werkten nu als HIDHA, waarnemer of praktijkhouder.

De huisartsen gaven in de interviews aan dat zij veel waarde hechten aan het ervaren van verschillende huisartsenpraktijken. De meesten hadden slechts in één type praktijk gewerkt gedurende de huisartsopleiding. Een ander belangrijk punt was de mogelijkheid die huisartsen-in-opleiding kregen om te leren over praktijkvoering en leiderschap. Veel huisartsen vertelden dat zij als aios niet betrokken werden bij de praktijkvoering. Hierdoor voelden zij zich onvoldoende voorbereid op een rol als praktijkhouder in de toekomst.

Volgens de auteurs zouden in een eventueel verlengde Britse huisartsopleiding aios meer verschillende huisartsenpraktijken moeten ervaren en actiever betrokken moeten worden bij de praktijkvoering. Is een driejarige opleiding tot huisarts in Nederland wel lang genoeg? De genoemde maatschappelijke veranderingen treden namelijk ook hier op. Onze huisartsenopleidingen verschillen echter wel degelijk met die van onze Britse collega's. Zo is de verplichte opleidingsperiode in de huisartsenpraktijk in het Verenigd Koninkrijk maar twaalf maanden ten opzichte van onze 21 maanden. Om uitspraken te kunnen doen over onze situatie zouden we eerst een soortgelijk onderzoek moeten uitvoeren onder Nederlandse net-opgeleide huisartsen. ■

Vincent van Vugt

Sabey A, et al. Views of newly-qualified GPs about their training and preparedness: lessons for extended generalist training. Br J Gen Pract 2015;65:e270-7.

Zorgwekkende collega's op het goede spoor

Bijna iedere huisarts kent collega's die twijfelachtig of onvoldoende functioneren. Er zijn programma's om deze collega's weer op het goede spoor te helpen. Maar werken die wel? In een recente systematische review uit Canada en de Verenigde Staten werd duidelijk dat de effectiviteit ervan behoorlijk goed lijkt.

In Canada en de VS is het toezicht op het functioneren sterk gekoppeld aan zogenaamde *remediation* programma's. Doel is om enerzijds patiëntveiligheid te beschermen en anderzijds geen artsen te laten uitvallen. In Nederland is er ook toezicht op het functioneren en de patiëntveiligheid (vanuit de IGZ) en daarnaast zijn er vanuit diverse organisaties (bijvoorbeeld KNMG en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars) programma's die artsen met problemen, zoals ziekte, verslaving of psychische problemen, helpen. Er is een los verband tussen beide.

De onderzoekers vonden 38 onderzoeken naar *remediation* programma's, vaak met kleine aantallen artsen. De meeste onderzoeken richtten zich op verslavingsproblematiek, daarna volgden de psychische problemen en de artsen die onvoldoende competent waren. De uitkomsten waren over het algemeen positief en 80 tot 90% van de artsen kon de carrière voortzetten. Het was op basis van de gevonden gegevens niet mogelijk iets te zeggen over de effectiviteit van de verschillende benaderingen bij de genoemde problemen. Keerzijde is dat een deel van de geïdentificeerde *underperformers* zich niet herkent in de diagnosen en problemen.

Het hoge succespercentage is bemoedigend en een sterkere koppeling tussen toezicht en effectieve begeleiding lijkt ook voor onze beroepsgroep een zinvol voorbeeld. De auteurs merken op dat een vroege opsporing van slecht functioneren wellicht veel menselijk leed kan voorkomen, bij patiënten én bij artsen. Meer openheid over en inzicht in de effectiviteit van de huidige programma's in Europa en in Nederland zouden een eenvoudige en zinvolle eerste stap zijn. ■

Sjoerd Hobma

Weenink JW, et al. Getting back on track: a systematic review of the outcomes of remediation and rehabilitation programmes for healthcare professionals with performance concerns. BMJ Quality & Safety. Online published on 18 august 2017.

Jean Muris, Roger Damoiseaux, Nynke van Dijk

Bijwerkingen en valkuilen van EBM: trap er niet in!

Muris JWM, Damoiseaux RAMJ, Van Dijk N. Bijwerkingen en valkuilen van EBM: trap er niet in! Huisarts Wet 2017;60(11):548-50.
Huisartsen zijn echte evidence-based zorgverleners. Systematische reviews en richtlijnen helpen ons bij het nemen van beslissingen – evidence-based medicine (EBM) heeft ons veel opgeleverd. Door de sterke nadruk op de wetenschappelijk onderbouwing is de kans echter groot dat de wensen en situatie van de specifieke patiënt die tegenover ons zit en onze eigen klinische ervaring te weinig aandacht krijgen. Uitkomsten uit onderzoek kunnen daarnaast een te grote invloed krijgen op ons handelen en de afrekening door zorgverzekeraars te sterk bepalen. Ook kan de industrie klinisch irrelevant onderzoek gebruiken voor financieel gewin. Deze ontwikkelingen hebben weerstand tegen EBM opgeroepen. Het is daarom van groot belang om tijdens de opleiding het eigenlijke perspectief van EBM centraal te stellen: het gebruik van evidence met inachtneming van de wens en situatie van de patiënt, en de klinische expertise van de arts. Behalve bevragen, zoeken en wegen van evidence moeten we de vertaalslag naar de praktijk benadrukken. Hoe kunnen we de valkuilen en bijwerkingen van een te beperkte toepassing van EBM ontwijken?

Het gebruik van evidence-based medicine (EBM) houdt in dat wij als (huis)arts in de spreekkamer wetenschappelijke kennis – de evidence – afwegen tegen maatschappelijke belangen, de specifieke wensen, behoeften en mogelijkheden van die ene patiënt in onze spreekkamer en onze eigen ervaring. EBM heeft ons veel gebracht, maar dreigt in haar eigen valkuil te vallen en bovendien ook bijwerkingen te vertonen. De waarde van een gedegen wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen is onbetwist. Maar door een te eenzijdige nadruk op die wetenschappelijke onderbouwing en het naar de zijlijn drukken van de wensen en situatie van de patiënt en onze eigen klinische ervaring, dreigen we het kind met het badwater weg te gooien. Daarnaast gebruiken we soms evidence afkomstig uit onderzoeken die verricht zijn vanuit een twijfelachtige klinische relevantie, maar die wel de financiële belangen dienen van zorgverzekeraar of industrie. Dat zorgt voor onduidelijkheid in de spreekkamer en kunnen we daarom als bijwerking zien. De oraties van de drie auteurs van deze beschouwing bevatten een aantal reflecties over de toepassing van EBM, die we hieronder samenvatten.[1-4]

Huisartsen zijn echte evidence-based zorgverleners.

SPANNINGSVELD

Een mooi voorbeeld van toepassing van EBM zoals wij die voorstaan, waarin het belang van de persoonlijke voorkeur van patiënten naar voren komt, is recent onderzoek naar de behandeling van urineweginfecties bij vrouwen.[5] De vraag was of je vrouwen met een blaasontsteking beter kan behandelen met antibiotica, zoals nu de gewoonte is, of met ibuprofen, waardoor je resistentie van bacteriën kan voorkomen. Uit het onderzoek bleek dat patiënten die behandeld waren met antibiotica gemiddeld in vijf in plaats van zes dagen beter waren en dat ze iets minder symptomen hadden. Omdat ze klachten hielden kreeg een op de drie patiënten die waren behandeld met ibuprofen alsnog antibiotica; twee derde dus niet. Daarbij hadden vrouwen die geen antibiotica kregen een kleinere kans dat de blaasontsteking terugkwam (6 versus 11%). De kosten-baten-analyse in de standaard resulteert ongetwijfeld in een eenduidig advies, maar leidt wel tot een valkuil: dit advies bij alle patiënten klakkeloos overnemen, zonder te kijken naar de situatie en voorkeur van de individuele patiënt. Wat zou u doen? U kunt zich ongetwijfeld goed voorstellen dat uw keuze per patient zal verschillen. Een vrouw die eerder een ernstige infectie heeft gehad of die de week erop gaat trouwen wil misschien wel antibiotica krijgen. Iemand die zich zorgen maakt over resistentie van bacteriën of eerder veel last had van bijwerkingen, wil dat waarschijnlijk niet. Allebei terecht en allebei echt EBM.

Er zijn nog andere valkuilen dan het verwaarlozen van de voorkeuren van de patiënt. Een van de winsten van EBM is dat de beschikbare evidence voor veel van de dagelijkse klinische vraagstukken van huisartsen is samengevat in richtlijnen en standaarden. We komen echter geregeld in contact met mensen die tegelijkertijd COPD, hartfalen, botontkalking en diabetes hebben. Als we de betrokken richtlijnen willen volgen, moeten we de patiënt onderwerpen aan medicatie en adviezen die elkaar soms tegenwerken. Niet alleen de verschillende richt-

De kern

- Het gebruik van evidence-based medicine (EBM) geeft in de praktijk aanleiding tot enkele valkuilen en bijwerkingen.
- Het is aan ons als huisartsen om duidelijk te blijven aangeven dat de combinatie van het wegen van evidence, de ervaring van de arts en de context van de patiënt de werkelijke kwaliteit van zorg bepalen.
- Op de opleidingen moeten we vooral de vertaalslag naar de praktijk benadrukken.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute (Caphri), Universiteit Maastricht, Maastricht: prof.dr. J.W.M. Muris, hoogleraar huisartsgeneeskunde/vakgroepvoorzitter. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht: prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde/hoofd huisartsopleiding. Afdeling huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam, Public Health Research Institute, Amsterdam: prof.dr. N. van Dijk, hoogleraar onderwijs en opleiden/teamleider onderzoek Huisartsopleiding • Correspondentie: jean.muris@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Boehringer Ingelheim

UW VOORUITZIENDE BLIK. HUN TOEKOMST.

De zekerheid van een uitgebreid vastgesteld veiligheids- en effectiviteitsprofiel[1-12]

Pradaxa®
dabigatran

De enige NOAC met een specifiek antidotum[13]

Praxbind®
idarucizumab

WWW.PRADAXA.NL/PRAXBIND

Goed geregeld

NL/PRA-171609

Meer productinformatie elders in deze uitgave.

© Boehringer Ingelheim International GmbH.
All rights reserved.

DE BIJWERKINGZOEKER

BINNENKORT BESCHIKBAAR

Kost het zoeken naar bijwerkingen van de actuele medicatie u ook veel tijd? De Bijwerkingzoeker van NHGDoc helpt!
Met de Bijwerkingzoeker in NHGDoc zoekt u eenvoudig of de bijwerking het gevolg kan zijn van een actueel geneesmiddel van de patiënt.
Beschikbaar in januari 2018.

nhgdoc!

BESLIST GOED

ONTMOET ONS OP HET NHG CONGRES

17 NOVEMBER 2017

voor een demo van NHGDoc
en maak kennis met de nieuwste functies.

WIN EEN PULSE OXIMETER/SATURATIEMETER

Speel het Bijwerkingenspel op onze stand van het NHG Congres.

010-8503939 | info@expertdoc.nl | www.nhgdoc.nl

Foto: Shutterstock

We moeten onszelf voortdurend kritisch blijven afvragen of het nog klopt wat we doen.

lijnen lijken elkaar tegen te spreken, maar ze botsen ook met de persoonlijke zorg.[6] Het volgen van alle aanbevelingen resulteert bij sommige patiënten dus juist in te veel voorschriften en veroorzaakt mogelijk zelfs schade bij complexe en kwetsbare patiënten, zoals ouderen. Onze klinische expertise met onze kennis over de context van de patiënt en de continuïteit van zorg zal dan een belangrijke rol spelen. We zullen deze situatie en de voorkeuren van de patiënt dan wel in het oog moeten houden. We moeten een valkuil vermijden: het 'blind' volgen van de richtlijnen en een te grote nadruk leggen op het wetenschappelijke bewijs, dat bijna per definitie kwantitatief van aard is. Hierdoor lijkt een spanningsveld te ontstaan rond de kwalitatieve dagelijkse huisartsenzorg, waarbij juist ook onze expertise en situatie van de patiënt relevant zijn. We hebben in deze situatie de belangrijke taak de evidence kritisch te wegen en samen met de patiënt te bepalen bij welke zorg deze patiënt het meest gebaat is. Niet het volgen van de richtlijnen, maar het kritisch wegen daarvan is wat we EBM in de praktijk noemen.

PRAKTISCHE, PASSENDE KENNIS

EBM in zijn klassieke vorm, waarbij de epidemiologische, diagnostische en prognostische evidence de primaire factor vormen, beschouwt een patiënt als een modelprobleem, een casus waarbij de dokter een gemiddeld resultaat uit onderzoek toepast op het probleem van de specifieke patiënt. Deze gang van zaken roept terecht weerstand op bij veel huisartsen, want de meeste contacten in de huisartsenpraktijk leiden niet tot loepzuivere, op te zoeken standaardvragen. Het is niet zozeer een kwestie van analytisch denken, als wel van praktische, passende kennis. Deze kennis wordt geactiveerd door de veelvormigheid van de inbreng van de patiënt. Daarbij komt dat het klachtenpatroon zeker in een eerste consult zo aspecifiek kan zijn, dat de factor tijd een rol moet gaan spelen. Omdat veel klachten vanzelf overgaan lost diezelfde tijd ook veel problemen op zonder dat we daar heel specifieke evidence voor hoeven te gebruiken. Om de kritische gevallen eruit te halen heeft prognostisch onderzoek ons wel geholpen, maar daar kunnen we lang niet altijd mee uit de voeten. De klassieke EBM is dus te lineair van aard – het integreren van de voorkeuren en waarden van patiënten komt pas aan het eind van het proces aan de orde, terwijl dat het uitgangspunt zou moeten zijn.

Het 'blind' volgen van richtlijnen kan een valkuil zijn.

Een voorbeeld van een bijwerking zijn de evidence-based-hulpsystemen die ontwikkeld zijn om ons te ondersteunen bij het nemen van beslissingen. Bij het invoeren van een diagnose, bijvoorbeeld blaasontsteking, verschijnt direct een pop-up met de behandeling van eerste keus. Dat lijkt ideaal. Maar die pop-ups stimuleren ons niet om zelf kritisch na te denken of rekening te houden met de wensen van de patiënt. Ook door bijvoorbeeld zorgverzekeraars worden we nogal eens afgerekend op het al dan niet volgen van die behandeling van eerste keus. Het moge duidelijk zijn dat dat niet altijd in het

belang van de zorg of de patiënt is. Deze redenering betekent overigens niet dat we de evidence bij een behandel- of diagnostische beslissing kunnen negeren. Het betekent wel dat we deze op de juiste manier moeten meewegen en de uiteindelijke keuze moeten verantwoorden en blijven toetsen.[7]

Het niet-lineair wegen van evidence, de ervaring van de arts zelf en de voorkeuren van de patiënt is juist binnen de huisartsgeneeskunde sterk omarmd. Om de genoemde bijwerkingen te voorkomen zullen we deze principes wel expliciet moeten handhaven, om zo zelf te kunnen blijven bepalen wat goede, evidence-based zorgverlening is. Bewegingen zoals Dappere Dokters en Het Roer Moet Om nemen daar op dit moment het voortouw in.

VERBINDING MET DE PRAKTIJK

Ook op de opleidingen moeten we hiermee aan de slag. Het lijkt er soms op dat EBM aan zijn eigen succes ten onder gaat doordat het zo sterk wordt omarmd dat er bijwerkingen ontstaan. Toch wordt het principe daar zelf niet minder sterk door. Het maakt het misschien wel ingewikkelder om EBM op de juiste wijze toe te passen en om studenten, aios en huisartsen erin te scholen. In veel onderwijsprogramma's, ook in sommige van onze huisartsopleidingen, leren we aios EBM door ze een onderzoekbare vraag te laten formuleren, gegevensbestanden te laten doorzoeken en een checklist te laten gebruiken om literatuur kritisch te beoordelen. De toepassing in en de verbinding met de praktijk ontbreekt vaak.

Het formuleren van vragen, en het zoeken en op waarde schatten van evidence vormen een prachtige manier om met nieuwe evidence te leren omgaan. Maar de nadruk ligt wel op nieuwe evidence en op leren. Het is een onderwijsmodel en niet hoe EBM er in de praktijk uitziet. Aios kunnen bij elk consult een klinische vraag formuleren, die ze in 30% van de gevallen ook opzoeken of toetsen bij een collega.[8] Ze zoeken, wegen en toetsen dus informatie afkomstig uit verschillende bronnen. Het werkt dan contraproductief wanneer huisartsinstituten stellen dat aios EBM beoefenen wanneer ze tijdens de opleiding zoekvragen formuleren en zoekopdrachten in gegevensbestanden uitvoeren. Dat wekt de onjuiste suggestie dat wat in de praktijk gebeurt, namelijk het wegen van nieuwe of al lang bekende evidence in combinatie met die verschillende belangen, *geen* EBM is.

Het volstaat dus niet om alleen onderwijs te geven in de EBM-vaardigheden en die te toetsen. De EBM-vaardigheden moeten worden gekoppeld aan de vragen die aios en hun opleiders uit de praktijk hebben. Dit betekent dat we op de terugkomdagen niet alleen de evidence presenteren, maar ook het patiëntenperspectief en de klinische ervaring. Daarvoor zullen we onze docenten meer dan nu moeten trainen en begeleiden, zowel in de basisvaardigheden, als in de kritisch nieuwsgierige houding die we van huisartsen verwachten. Alleen dan kunnen we bereiken dat aios EBM-vaardigheden in de dagelijkse praktijk van de opleidingspraktijken toepassen.

Nog belangrijker is dat we de opleiders moeten verleiden om zich te verdiepen in EBM en om EBM-vaardigheden expliciet en samen met hun aios toe te passen, door de wegingen te expliciteren en nieuwe kennis toe te passen in de zorg. Paul Glasziou, huisarts en kopstuk wat EBM betreft, schreef in een editorial in *BMJ* dat een dokter die een onderzoeksverslag niet kritisch kan lezen net zomin voldoende toegerust is voor de uitoefening van zijn vak als een dokter die geen bloeddruk kan meten.[9]

Door het toepassen van échte EBM kunnen huisartsen ook veel gemakkelijker het kaf van het koren scheiden. Huisartsen moeten kunnen omgaan met een overdaad aan evidence, waarvan de klinische relevantie niet altijd even duidelijk is. Om die overdaad te beteugelen, zullen we de onderzoeksagenda voor de eerste lijn moeten bepalen. Niet op grond van de financiële belangen van farmaceutische industrie of zorgverzekeraars, maar vanuit problemen in de praktijk en lacunes in de standaarden.

Het is een vereiste om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen.

CONCLUSIE

EBM heeft ons veel gebracht, maar is gedeeltelijk gekaapt door de farmaceutische industrie, zorgverzekeraars en beleidsmakers. Als dokters moeten we ervoor zorgen dat de zorg voor de patiënt weer centraal komt te staan in EBM en dienen we deze visie ook uit te dragen. We kunnen niet alles in richtlijnen en standaarden vastleggen, en de kunst van het dokteren bestaat eruit dat we zelf kritisch blijven nadenken en wegen. Dit vraagt om academische vaardigheden die voldoende in het curriculum van basisartsen en in de vervolgopleidingen geïntegreerd moeten zijn. Deze vaardigheden omvatten ook de basisprincipes van EBM – het stellen van een vraag, het zoeken in de literatuur en het op waarde schatten van de gevonden evidence. Deze evidence moeten we kritisch wegen en toepassen, waarbij we rekening houden met onze eigen klinische ervaring en de wensen van de patiënt. En we moeten onszelf voortdurend kritisch blijven afvragen of het nog klopt wat we doen. Dokter zijn kan niet meer op routine en continue scholing is dan ook een vereiste om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen. Daarvoor is misschien nog wel de belangrijkste bron het leren in het dagelijks werk, waar juist de prikkel bestaat om naar die individuele patiënt te luisteren. ■

LITERATUUR

1 Muris JWM. Opgelucht door de eerste lijn. Oratie Universiteit Maastricht, Maastricht, 25 september 2015.
2 Damoiseaux RAMJ. Van Boerhaave tot academisch huisarts. Oratie Universiteit Utrecht, Utrecht, 11 september 2014.
3 Van Dijk N. Evidence Based Meducation. Oratie Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 7 april 2016.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Marlous Kortekaas, Marie-Louise Bartelink, Peter Zuithoff, Geert van der Heijden, Niek de Wit, Arno Hoes

EBM-onderwijs in de praktijk: moeilijker dan gedacht

Samenvatting

Kortekaas MF, Bartelink ME, Zuithoff NP, Van der Heijden GJ, De Wit NJ, Hoes AW. EBM-onderwijs in de praktijk: moeilijker dan gedacht. Huisarts Wet 2017;60(11):551-3.

ACHTERGROND Training in evidence-based medicine (EBM) is een belangrijk onderdeel van de huisartsopleiding. Onderzoek laat zien dat in de klinische praktijk geïntegreerd EBM-onderwijs betere resultaten geeft dan opzichzelfstaande (stand-alone) theoretische modules. Echter, deze onderzoeken werden niet uitgevoerd binnen de huisartsgeneeskunde en keken niet naar effecten op EBM-gedrag in de praktijk na de opleiding. Wij onderzochten de effecten van geïntegreerd versus het gebruikelijke stand-alone EBM-onderwijs op EBM-gedrag, -attitude en -kennis bij huisartsen bij afronding van de opleiding en een jaar daarna.

METHODEN In een pragmatische, cluster-gerandomiseerde trial werden zes groepen derdejaars aios huisartsgeneeskunde van het UMC Utrecht verdeeld over geïntegreerd of gangbaar EBM-onderwijs. Voor EBM-gedrag keken we naar het handelen volgens NHG-richtlijnen, het hebben van klinische dilemma's en het zoeken naar antwoorden. Aios hielden consultlogboeken bij. EBM-attitude en -kennis werden gemeten met behulp van gevalideerde vragenlijsten. Data werden verzameld aan het begin (T_0) en einde (T_1) van het derde jaar, en een jaar na afronding van de opleiding (T_2). Multilevel-analyses werden uitgevoerd op basis van intention-to-treat.

RESULTATEN Van 82 aios in 6 groepen deden er 79 mee (96%); 39 in de interventiegroep, 40 in de controlegroep. Van 76 (96%) hiervan waren logboekdata op baseline (T_0) beschikbaar, van 60 (76%) op T_1 en van 53 (67%) op T_2. We vonden geen significante verschillen tussen de groepen in EBM-gedrag, -kennis en attitude.

CONCLUSIE Meer in de praktijk geïntegreerd EBM-onderwijs heeft, vergeleken met het gebruikelijke, stand-alone, onderwijs, geen effect op EBM-toepassing, -attitude of -kennis van (toekomstige) huisartsen.

INLEIDING

Evidence-based medicine (EBM), dat wil zeggen 'expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs in combinatie met klinische expertise en de wensen van de patiënt bij het maken van een keuze voor de beste behandeling', is een van de hoekstenen van de moderne geneeskunde.[1] In Nederland leren aios gedurende hun driejarige opleiding te werken volgens de vijf stappen van EBM: vragen, zoeken, kritisch beoordelen, toepassen en evalueren.[2,3] Hoe je dat alles het best kunt onderwijzen, is echter nog niet helemaal duidelijk.[4] Huisartsopleidingen bieden vaak theoretische modules aan, maar een systematische review heeft al in 2004 laten zien dat die alleen de kennis over EBM vergroten en dat praktisch onderwijs nodig is om ook de nodige vaardigheden, attitude en gedrag aan te leren.[5] Dat effect van geïntegreerd EBM-onderwijs is echter nog nooit in gecontroleerd onderzoek gemeten, laat staan dat gekeken is naar de effecten na het afstuderen.[5,6] Bovendien is het nooit onderzocht in de huisartsenpraktijk, waar zowel de setting (één supervisor en één aios) als de patiëntenpopulatie ingrijpend verschillen van de ziekenhuisomgeving.

Wij ontwikkelden een geïntegreerd EBM-onderwijsprogramma voor aios Huisartsgeneeskunde waarin de nadruk lag op de laatste twee stappen van EBM: toepassen en evalueren. We gaven de huisartsopleiders een bijscholing waarin de nadruk lag op hun voorbeeldfunctie bij het integreren en bespreken van EBM in de praktijk.[7] Vervolgens vergeleken we in een RCT de effecten van dit geïntegreerde EBM-onderwijs met die van losse theoretische EBM-modules (zie [**online tabel 1**]).

METHODE

Opzet en deelnemers

Voor deze pragmatische, clustergerandomiseerde trial benaderden we alle 82 aios die in 2011 begonnen met het derde jaar Huisartsgeneeskunde aan de huisartsopleiding Utrecht. Wij vormden zes groepen van elk ongeveer 12 aios en wezen deze aan het begin van het studiejaar gerandomiseerd toe aan een interventiearm en een controlearm (clusterrandomisatie).

Wat is bekend?

- Huisartsen raadplegen de NHG-Standaarden vaak, maar in de praktijk lijkt er nogal wat te schorten aan hun evidence-based handelen.
- Evidence-based medicine (EBM) wordt in de huisartsopleiding onderwezen in losse, theoretische modules.
- Theoretische modules vergroten alleen kennis over EBM; in de praktijk geïntegreerd EBM-onderwijs is nodig om ook de nodige vaardigheden, attitude en gedrag aan te leren.

Wat is nieuw?

- Een geïntegreerd EBM-onderwijsprogramma in het laatste jaar van de huisartsopleiding leidt niet tot grote verbeteringen in de kennis over, aandacht voor en houding jegens EBM.
- Aios en opleiders zijn weinig geneigd zelf op zoek te gaan naar wetenschappelijke onderbouwing van hun klinisch handelen.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Utrecht: dr. M.F. Kortekaas, huisarts-epidemioloog; dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog; dr. N.P.A. Zuithoff, statisticus; prof.dr. N.J. de Wit, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. A.W. Hoes, epidemioloog, hoogleraar Klinische epidemiologie. AMC/VUmc, afdeling Sociale tandheelkunde, Amsterdam: prof.dr. G.J.M.G. van der Heijden, epidemioloog, hoogleraar Sociale tandheelkunde. • Correspondentie: m.f.kortekaas@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een Nederlandse bewerking van Kortekaas MF, Bartelink MEL, Zuithoff NPA, et al. Does integrated training in evidence-based medicine (EBM) in the general practice (GP) specialty training improve EBM behaviour in daily clinical practice? A cluster randomised controlled trial. BMJ Open 2016;6: e010537. Publicatie gebeurt met toestemming.

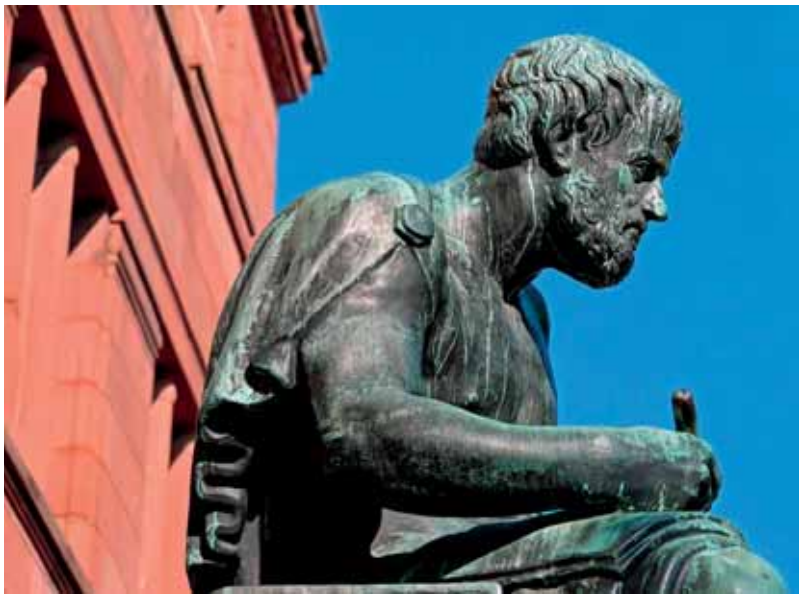


Foto: Shutterstock

EBM draait om de integratie ervan met de eigen klinische expertise en de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Er waren drie meetmomenten: bij aanvang van de opleiding (T_0), aan het einde van de opleiding (T_1) en een jaar na het afstuderen (T_2). Als aanvangskenmerken noteerden we leeftijd, geslacht, medische opleiding, klinische ervaring en score op de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK),[8] en de score die de deelnemers gaven aan hun eigen EBM-attitude en -kennis op een vijfpunts Likert-schaal (1 = erg slecht, 5 = erg goed).

De medisch-ethische commissie van UMC Utrecht achtte voor dit onderzoek geen informed consent nodig van patiënten. We vroegen de deelnemende aios om informed consent voor het gebruik van de gegevens.

Interventie

In beide onderzoeksarmen behandelden de onderwijsprogramma's de vijf essentiële EBM-stappen, maar in de interventiearm legde het geïntegreerde programma meer nadruk op de laatste twee stappen van EBM, toepassen en evalueren (zie [**online tabel 1**]).[9,10] Het EBM-onderwijs op de terugkomdagen voor de interventiegroep pasten we zodanig aan dat de relatie tussen theorie en praktijk meer werd benadrukt. Ten slotte coachten we de huisartsopleiders zodat zij EBM beter konden integreren op de werkplek.

Meetinstrumenten en metingen

We onderzochten of de deelnemers handelden volgens richtlijnen, dat wil zeggen de kernaanbevelingen in de NHG-Standaarden volgden dan wel daar beredeneerd van afweken. Hiervoor gebruikten we een nieuw, gevalideerd instrument dat keek naar 23 aandoeningen uit 27 verschillende NHG-Standaarden.[11] Mogelijke scores waren: 'niet in lijn met de richtlijn' (–1), 'discutabel' (0) en 'in lijn met de richtlijn of hier bewust van afgeweken' (1).

Daarnaast keken we naar het EBM-zoekgedrag. De deelnemende aios hielden in een logboek bij hoe vaak ze gebruikmaakten van bronnen om een klinisch dilemma uit de dagelijkse praktijk te beantwoorden.[12] Klinische dilemma's waren 'alle consultgerelateerde vragen die aanleiding kunnen zijn om te zoeken naar een antwoord'.[13] In het logboek werden alle face-to-face patiëntcontacten, inclusief visites maar exclusief telefonische contacten, bijgehouden en deze konden per patiënt meer dan één vraag of zoekactie bevatten. Bij de aanvangsmeting waren de logboeken op papier of digitaal, op T_1 en T_2 alleen digitaal.

Om de EBM-attitude te meten gebruikten we een gevalideerde vertaling van de McColl-vragenlijst, met zeven vragen.[14-16]

De kennis over EBM maten we met de U-CEP, een zelf ontwikkelde, gevalideerde lijst met vijftig vragen over klinische epidemiologie.[17]

Tot slot vroegen we alle aios en opleiders uit de interventiegroep aan het einde van de opleiding (T_1) hoe ze het geïntegreerde programma vonden en gevolgd hadden.

Analyse

De aanvangskenmerken gaven we weer als gemiddelde met standaarddeviatie (SD), mediaan met interkwartielafstand (IQR) of proportie. Het handelen volgens richtlijnen en het zoekgedrag rapporteerden we als proportie, voor de vergelijking tussen beide onderzoeksarmen berekenden we het relatieve risico (RR) met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). EBM-attitude en -kennis rapporteerden we als gemiddelde met 95%-BI.

Het effect van de interventie berekenden we met behulp van meervoudige analyses, rekening houdend met mogelijke associaties tussen de uitkomsten op de verschillende meetpunten (waaronder T_0), clusterrandomisatie, type logboek (digitaal of papier) en LHK-score.[22] De analyses werden uitgevoerd volgens het *intention to treat*-principe. Ontbrekende data imputeerden we niet.

RESULTATEN

Van de 82 aios die werden benaderd stemden er 79 (96%) in met deelname; 39 aios werden toegewezen aan in de interventiearm en 40 aan de controlearm, Hun aanvangskenmerken en scores op de T_0-meting waren vergelijkbaar, behalve voor LHK-score, handelen volgens richtlijnen en zoekgedrag (zie [**online tabel 2**]).

Op T_0 hielden 76 aios (96%) een logboek bij, op T_1 60 (76%) en op T_2 53 (67%). De logboeken hadden betrekking op in totaal 15.894 consulten (gemiddeld 72 per aios, SD 33, uitersten 6 tot 169), waarvan 7614 (48%) op T_0, 4973 (31%) op T_1 en 3307 (21%) op T_2. In totaal 81% van de logboeken werd digitaal bijgehouden, met op T_0 een significant verschil tussen de interventiegroep (16% digitaal) en de controlegroep (79% digitaal, $p < 0{,}05$).

Op T_0 vulden 79 aios (100%) de vragenlijsten over EBM-attitude en -kennis in, op T_1 66 (84%) en op T_2 58 (73%).

In de interventiearm was meer loss to follow-up dan in de

controlearm (41 versus 25% voor logboeken, 33 vs. 20% voor vragenlijsten).

Bij de metingen aan het einde van de opleiding (T_1) en een jaar daarna (T_2) vonden we geen significante verschillen tussen de interventie- en de controlearm op het gebied van zoekgedrag, handelen volgens richtlijnen, EBM-attitude en EBM-kennis.

Aan het einde van de opleiding (T_1) gaven 17 aios uit de interventiearm (44%) feedback over het onderwijsprogramma. Zestien van hen (94%) hadden EBM-leergesprekken met hun opleider gehad, 2 (12%) zelfs wekelijks. Iets meer dan de helft (53%) had nauwelijks artikelen besproken, 29% had dat minder dan eenmaal in de twee maanden gedaan. Ze waardeerden het EBM-onderwijsprogramma met gemiddeld een 6 op een schaal van 1 tot 10.

BESCHOUWING

Sterke punten en beperkingen

Ons onderzoek was het eerste gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek waarin is gekeken of geïntegreerd EBM-onderwijs in het laatste jaar van de huisartsopleiding leidt tot verbetering in kennis, attitude en gedrag ten opzichte van gangbare, losse onderwijsmodules. Een ander sterk punt is dat we dit hebben onderzocht tot een jaar na het afstuderen.

Vergeleken met het gangbare onderricht leidde het geïntegreerde EBM-onderwijsprogramma dat we ontwikkelden niet tot betere EBM-kennis, -attitude en -gedrag. We kunnen daar wel een paar kanttekeningen bij plaatsen. Misschien gebruikten we niet de juiste meetinstrumenten – er is discussie over de juiste manier om EBM-kennis en -gedrag in kaart te brengen, de uitersten in onze uitkomsten lagen ook ver uiteen.[30] Daarbij scoorden onze aios al bij de start van het onderzoek goed op een aantal vaardigheden, zodat er relatief weinig ruimte was voor verbetering. Tot slot was de uitvoering van onze interventie niet altijd optimaal, waardoor het geïntegreerde onderwijs misschien onvoldoende contrasteerde met het gangbare programma, dat per slot ook met praktijkvoorbeelden werkt.

De verdere inbedding van het geïntegreerde EBM-programma in de praktijk viel uiteindelijk tegen. Daarvoor waren we grotendeels afhankelijk van de aios en opleiders, want we wilden bewust niet te veel interveniëren omdat onze resultaten anders niet representatief zouden zijn voor de situatie buiten onderzoeksverband. Het gevolg was dat er grote verschillen waren in de implementatie van de verschillende onderwijsonderdelen. We hebben aios en opleiders zo nauw mogelijk betrokken bij het onderzoek en ook de EBM-attitude expliciet aan de orde gesteld, maar toch hebben we onderschat hoeveel weerstand er nog altijd was. Dat was niet alleen weerstand tegen deelname aan het onderzoek, maar ook een basale, deels onbewuste weerstand tegen het begrip EBM.[16,31]

Betekenis voor de praktijk

Nog steeds denken veel huisartsen dat EBM alleen gaat over wetenschappelijk onderzoek en interpretatie van literatuur, terwijl het juist draait om de integratie daarvan met de eigen klinische expertise en met de wensen en voorkeuren van de patiënt.[32] Juist in een tijd waarin arts en patiënt beschikken over een overvloed aan informatie. moeten ze die op waarde kunnen schatten, ook om zo nodig weloverwogen en expliciet te kunnen afwijken van een aanbeveling. Niet voor niets zijn in een recent overzichtsartikel de volgende drie samenhangende competenties voor de huisarts geformuleerd in de huidige, hectische praktijk: een bewuste, reflectieve benadering van EBM en alle factoren die onze besluitvorming beïnvloeden, pragmatisch zoeken en evalueren van evidence, en kennis van de patiënt.[33]

We deden dit onderzoek om meer zicht te krijgen op de beste manier om EBM-gedrag aan te leren. Huisartsen zijn voldoende competent als het gaat om klinische expertise en rekening houden met de patiënt, maar in de praktijk schort het vaak aan de juiste attitude en kennis om daarbij ook evidence-based te handelen.[16] Dat zagen we terug in ons onderzoek.

We zouden de lezer graag een spiegel voorhouden: hoe staat het met je eigen EBM-gedrag, attitude en kennis? Natuurlijk gebruik je vaak de NHG-Standaarden en betrek je daarbij je eigen expertise en de wensen van je patiënt. Maar weet je bijvoorbeeld ook waarop de aanbevelingen in de NHG-Standaard gebaseerd zijn en wanneer je ervan zou moeten afwijken? Hoe weeg je de evidence af tegen je eigen expertise en de wensen van je patiënt? Wat doe je als de standaard geen antwoord geeft? Hoe vaak heb je een klinisch dilemma tijdens het spreekuur en wat doe je dan? Hoe bespreek je de evidence en je afwegingen met collega's? Ben je in staat pragmatisch naar nieuwe en bestaande evidence te zoeken en die te beoordelen en toe te passen bij, of aan te passen aan, de patiënt die voor je in de spreekkamer zit? Als we dat doen, doen we uiteindelijk nog beter waar huisartsen goed in zijn; kwalitatief goede zorg leveren waarin de patiënt centraal staat. ■

DANKBETUIGING

De onderzoekers Yvonne Spoormans, Lisanne Welink en Jeroen van Duijn analyseerden de consultdata omtrent het volgen van richtlijnen.

LITERATUUR

1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray J a M, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. BMJ 1996;312:71-2.
2 Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: 2005.
3 Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ 2005;5:1.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Fred Tromp, Claudia Maria Greijn, Lidwien Bernsen

Een leven lang leren, wat zeggen aios?

Samenvatting

Tromp F, Greijn CM, Bernsen L. Een leven lang leren, wat zeggen aios? Huisarts Wet 2017;60(11):554-7.

Doordat veranderingen elkaar in rap tempo opvolgen en kennis sneller veroudert wordt het steeds belangrijker voor huisartsen om een leven lang te blijven leren. Vinden aanstaande huisartsen dat zij voldoende worden voorbereid op de praktijk, waarin zij bij moeten blijven om goede zorg te kunnen leveren? Wij hebben deze vraag onderzocht via focusgroepgesprekken onder aios die hun opleiding in Nijmegen volgen. Daaruit kwamen vier thema's naar voren: vertrouwen in eigen kunnen, voorbereid zijn op de toekomst, reflectie en intervisie. Net afgestudeerde huisartsen blijken bereid te zijn om hun leven lang te blijven leren omdat ze tijdens de opleiding geleerd hebben om de verantwoording te nemen voor het eigen leertraject en omdat er tijdens de huisartsenopleiding aandacht is voor reflectie op het eigen handelen. Welke langetermijneffecten het onderwijs heeft is nog niet bekend en we weten ook nog niet of de afgestudeerde huisartsen kans zien om hun goede voornemens waar te maken.

INLEIDING

Binnen de medische wereld volgen de ontwikkelingen elkaar snel op. Daarom moeten artsen hun kennis en vaardigheden voortdurend blijven ontwikkelen.[1] De driejarige huisartsenopleiding in Nederland is een competentiegerichte, duale opleiding. De aios (arts in opleiding tot specialist) is verantwoordelijk voor het eigen leerproces en stuurt zichzelf via een individueel ontwikkelingsplan, in samenspraak met en gecoacht door de huisartsenopleider en de groepsdocenten.[2] Deze opzet legt de basis voor zelfsturend leren: leren wat nodig is op het juiste moment en de juiste plaats, binnen de gegeven kaders van de opleiding. Het belang van zelfsturend leren is dat aios bepaalde vaardigheden opdoen, zodat zij weten hoe ze moeten leren en deze methode hun hele leven kunnen blijven toepassen.

Een factor die een belangrijke rol speelt bij zelfsturend leren is reflectie.[3] Bij de Vervolgopleiding tot huisarts (Voha) in Nijmegen heeft het ontwikkelen van reflectievaardigheden altijd een grote rol gespeeld.[4,5] Deze opleiding kent de zogenaamde Lijn Professionaliteit, een onderwijslijn waarin de aios leert om door middel van reflectie na te denken over het eigen handelen. Om de kwaliteit te meten vindt geregeld een evaluatie plaats van de onderwijsprogramma's van de Lijn Professionaliteit.

Ons onderzoek maakt deel uit van een breder onderzoek naar de kwaliteit van het onderwijs.[6] In dit artikel gaan we nader in op de vraag of het onderwijs de aios voorbereid heeft op een leven lang leren. We geven met dit exploratieve onderzoek geen volledig beeld, maar een eerste indruk van hetgeen er onder aios leeft. De onderzoeksvraag luidt: 'Hoe vinden de aios van de huisartsenopleiding dat het onderwijs hen heeft voorbereid op het zelfstandig werken als huisarts in de toekomst?'

METHODE

Doelgroep

Dit onderzoek vond plaats onder aios van de Voha die binnen enkele weken hun opleiding zouden voltooien. In de periode van het onderzoek betrof dit 57 aios. Zij kregen allen een uitnodiging om deel te nemen aan een focusgroepgesprek.

Focusgroepgesprekken

Voor dit onderzoek hebben we gebruikgemaakt van focusgroepgesprekken, een kwalitatieve onderzoeksvorm waarbij een groep mensen gevraagd wordt naar hun percepties, ideeën en meningen.[7] Het gaat om semigestructureerde discussies, waarbij meerdere deelnemers aanwezig zijn en een topiclijst de richtlijn vormt voor elk gesprek [**Tabel 1**]. Een klankbordgroep van stafmedewerkers van de Voha heeft de topiclijst ontwikkeld; deze klankbordgroep richt zich op het 'leren leren' van de aios.

In de periode april 2016 tot maart 2017 hebben er vier gesprekken plaatsgevonden, waarbij het aantal personen varieerde van drie tot zes personen. Voorafgaand aan het gesprek hebben de aios en de onderzoeker een toestemmingsverklaring getekend om de informed consent, anonimiteit van de deelnemers en de vertrouwelijkheid van de informatie te waarborgen. Twee onderzoekers (FT & CMG) hebben de

Wat is bekend?

- Een leven lang leren is nodig om een goede professional te blijven.
- Mensen zijn niet goed in het inschatten van hun eigen tekortkomingen.
- Om inzicht te krijgen in het eigen functioneren is het oordeel van anderen nodig.

Wat is nieuw?

- De huidige huisartsopleiding legt de basis voor zelfsturend leren.
- Pas afgestudeerde huisartsen zijn zich ervan bewust dat de toekomst veel veranderingen zal brengen binnen het huisartsenvak.
- Zij zijn bereid om hun kennis en vaardigheden up to date te houden.

Huisartsopleiding Nijmegen, Radboudumc, Nijmegen: F. Tromp, onderzoeker van onderwijs; L. Bernsen, hoofd Vervolgopleiding tot huisarts. SGBO, Nijmegen: C.M. Greijn, gedragswetenschappelijk docent • Correspondentie: Fred.Tromp@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 De topiclijst

Topiclijst	
Toekomst	Hoe vind jij dat je voorbereid bent om zelfstandig te werken in de toekomst?
Competenties	Op welke manier zijn de competenties aan bod gekomen in de opleiding? Was dit voldoende/Sloot dit goed aan?
Reflecteren	Wat heb je geleerd om te blijven reflecteren op je eigen handelen? Was dit voldoende/Sloot dit goed aan?
Leertraject	Wat heb je geleerd om je eigen leertraject te blijven sturen in de toekomst? Was dit voldoende/Sloot dit goed aan?

gesprekken op band opgenomen, uitgewerkt en onafhankelijk van elkaar gecodeerd met behulp van ATLAS.ti.

RESULTATEN

Er hebben negentien aios deelgenomen aan de gesprekken, elf vrouwen en acht mannen (respons 33%). De lage opkomst is deels te verklaren doordat de gesprekken uit praktische overwegingen na werktijd plaatsvonden. Van alle aios die we hebben uitgenodigd gaf ruim de helft aan dat het tijdstip voor hen niet goed uitkwam. Van de deelnemers was 58% vrouw en 42% man. Er waren geen duidelijke verschillen tussen de antwoorden van de mannen en die van de vrouwen. Uit de gesprekken met de aios kwamen vier thema's naar voren: vertrouwen in eigen kunnen, voorbereid zijn op de toekomst, reflectie en intervisie.

Vertrouwen in eigen kunnen

> *"Ik werk al een tijdje in de praktijk, voel me soms een werkpaard, maar daardoor weet ik: ik kan dit werk doen. Normaal als de opleider op vakantie gaat, dan komt er een waarnemer, nu komt de aios. Op zich is dat prettig, dan voel je dat je het kunt." (Focusgroepgesprek (FGG) 3)*

> *"Ik heb laatst voor het eerst een consultdienst zelfstandig gedaan, ook een visitedienst zelfstandig gedaan. Ik zei tegen mijn opleider "Het voelt een beetje of je net je rijbewijs hebt." Je weet het allemaal, je hebt het geleerd, maar als je op honderd dingen tegelijk moet letten, dan vind ik het echt nog wel moeilijk en dan merk ik hoeveel ik nog niet weet. Dus in die zin ben ik er wel klaar voor, maar ik weet dat ik nog heel veel moet leren." (FGG 4)*

Deze citaten zijn kenmerkend voor de manier waarop de aios naar hun toekomst kijken. Ze hebben vertrouwen in hun eigen capaciteiten en zijn ervan overtuigd dat ze in staat zijn hun beroep zelfstandig uit te oefenen. Dankzij de opbouw van het curriculum, van begeleid leren in het begin naar meer zelfstandigheid later in de opleiding, hebben de aios vertrouwen opgebouwd. Ze werken al een tijdje 'zelfstandig' en dat heeft hen vertrouwen gegeven. Het verschil tussen de aios en opleider is naarmate de opleiding vordert kleiner geworden en dat heeft de aios zekerder gemaakt. Zij hebben een transitie doorgemaakt van huisarts in opleiding naar huisarts.

Voorbereid zijn op de toekomst

> *"Ik denk wel dat ik heb 'leren leren'. Maar goed ook, ik denk namelijk dat ik nog best wel wat dingen moet leren. We hebben tijdens de opleiding wel de tools gekregen om onszelf te blijven ontwikkelen, we zijn goed uitgerust om te blijven bijsturen." (FGG 2)*

> *"Ik weet wat ik kan en wat ik niet kan, moet nog het een en ander leren en daar ga ik zeker mijn tijd in stoppen. Je bent wel gediplomeerd, maar je bent nooit uitgeleerd – nu niet en in de toekomst ook niet." (FGG 3)*

Uit deze citaten blijkt dat de aios vinden dat zij in staat zijn om hun beroep te gaan uitoefenen, maar tegelijkertijd beseffen dat ze nog veel ervaring moeten opdoen. Daarnaast geven ze aan dat ze door medische en maatschappelijke ontwikkelingen hun hele werkzame leven zullen moeten blijven leren om aan de eisen van het beroep te kunnen voldoen. Ze weten dat dit een onderdeel van hun werk is en dat ze er tijd aan moeten besteden. Hier staan ze echter niet onwelwillend tegenover, ze vinden dat dit 'erbij hoort'.

Abstract

Tromp F, Greijn CM, Bernsen L. Lifelong learning, what do GP trainees say? Huisarts Wet 2017;60(11):554-7.

In a rapidly changing world, general practitioners need to be lifelong learners in order to keep their knowledge and skills up to date. Do nearly qualified GPs think they are adequately prepared for a future in which they must continue to deliver high-quality care? We investigated this in a qualitative study involving focus group interviews among final-year GP trainees following their medical training at Nijmegen Medical School. Four themes emerged from these interviews: confidence in their own abilities, being prepared for the future, reflection, and peer group supervision/review ('intervision'). Recently qualified GPs were prepared to be life-long learners because during their training they had learned to take responsibility for their own learning trajectory and much attention had been given to reflective learning. The long-term effects of reflective learning are not known and should be studied in order to find out whether the graduated GPs live up to their good intentions.

Huisartsen zijn bereid hun leven lang te leren.

Reflectie

> *"Ik heb het meest geleerd van waar ik het meest tegen opzag in het begin, namelijk dat zweverige evaluatie-/reflectiegedeelte. Had ik in het begin veel weerstand tegen, maar nu ik erop terugkijk zeg ik: daar heb ik het meest van geleerd. Ik heb het dan over supervisie, intervisie en de training Persoon en Beroep." (FGG2)*

> *"Door de training Persoon en Beroep en door de inbreng in de groep, door dat soort onderwijs vond ik de opleiding echt top! Om zaken samen te kunnen bespreken en te delen binnen de groep, dat was echt waardevol." (FGG 4)*

Uit deze citaten komt naar voren dat aios in het begin van de opleiding niet altijd positief over het reflectieonderwijs oordeelden. Dat kwam vooral door het beeld dat zij van dit onderdeel hadden. Naarmate de opleiding vorderde nam hun waardering ervoor toe en gaven ze aan het belang ervan in te zien. In de gesprekken kwam meermaals naar voren dat zij er veel van hadden geleerd, zoals we in het volgende thema verder toelichten.

Intervisie

> *"Reflectieonderwijs stimuleert je om intervisiegroepen te vormen, dat ga ik zeker doen. Je bent wel gediplomeerd, maar je bent nooit uitgeleerd. Het is goed dat je daar niet alleen in hoeft te staan, dat is het belang van een intervisiegroep." (FGG 1)*

> *"Je weet juist niet waar je blinde vlek zit, dus dan denk je: dit onderwerp ken ik wel, terwijl iemand die er echt verstand van heeft [...], dat kan enorm verhelderen." (FGG 4)*

In deze citaten zien we dat aios zich ervan bewust zijn dat er 'blinde vlekken' in hun kennis en vaardigheden kunnen ontstaan, vooral in een solistisch beroep als huisarts. Om die te kunnen opsporen, is de hulp van anderen nodig. Collega-huisartsen kunnen wijzen op kennishiaten en feedback geven op hun functioneren. Volgens de aios kunnen ook andere praktijkmedewerkers deze rol vervullen. Aios zeggen zich te willen blijven ontwikkelen door na de opleiding intervisiegroepen te vormen. Dankzij het reflectieonderwijs hebben zij geleerd zich toetsbaar op te stellen, om zo aan de eisen van het beroep te blijven voldoen.

BESCHOUWING

In dit onderzoek wilden wij antwoord krijgen op de vraag: 'Hoe vinden de aios dat het onderwijs hen heeft voorbereid op het zelfstandig werken als huisarts in de toekomst?' Wat de korte termijn betreft geven de aios aan dat zij in staat zijn om als zelfstandig huisarts te gaan werken. Zij zijn er zich wel van bewust dat ze nog veel moeten leren. Dit past bij het opleidingsplan: "De opleiding richt zich op het afleveren van 'competente' huisartsen. Competenties groeien na de opleiding door naar 'vakkundig' en eventueel 'expert'. De huisarts is dus nooit 'uitgeleerd', maar voor het starten als (basis)huisarts is de drempelwaarde van 'competent' voldoende."[2] Ook beseffen de aios dat de toekomst veel veranderingen zal brengen binnen het huisartsenvak.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat aios bereid zijn om zich na de opleiding verder te blijven ontwikkelen. Het is echter bekend dat mensen over het algemeen niet erg goed zijn in het inschatten van hun eigen tekortkomingen.[8] Om inzicht te krijgen in het eigen functioneren is het oordeel van anderen nodig.[9] Sargeant noemt dit *informed self-assessment* en beschouwt deze als de basis van levenslang leren.[10] Ook Eva concludeert dat artsen externe sturing nodig hebben wanneer ze met onbekende praktijkgebieden te maken krijgen.[11] In de gesprekken gaven aios aan dat zij na de opleiding intervisiegroepen willen gaan vormen. Dit collegiaal overleg heeft deskundigheidsbevordering als doel, waarbij artsen een beroep doen op hun collega's om mee te denken over persoonlijke en professionele vraagstukken.

Ons onderzoek laat zien dat aios vinden dat ze hun kennis en vaardigheden *up to date* moeten houden. Dit komt overeen met de verwachtingen die er zijn voor pas afgestudeerde huisartsen. Willen ze adequaat kunnen omgaan met continue veranderingen en op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen, dan zullen ze over een vermogen tot reflectie moeten beschikken.[12] Reflectie is essentieel voor de vorming van medisch leiderschap.[12] Medisch leiderschap is een actueel onderwerp. Het wordt gedefinieerd als 'verandering in de gezondheidszorg mogelijk maken middels jezelf, de ander en de maatschappij. Medisch leiderschap begint bij jezelf. Om verandering teweeg te brengen moet je allereerst kritisch naar jezelf kunnen kijken.'[12] Zoals gezegd speelt het ontwikkelen van reflectievaardigheden bij de vervolgopleiding tot huisarts een grote rol.[2,5]

Een beperking van dit onderzoek is dat het een eerste verkenning is met een klein aantal deelnemers. Uitgebreider onderzoek in meer opleidingsinstituten had wellicht een vollediger beeld opgeleverd. We kunnen geen eenduidig antwoord geven op de vraag of er verzadiging is opgetreden in het onderzoek. Het doel van het onderzoek was om een eerste, gedegen, indruk te krijgen van hetgeen er onder aios leeft. De focusgesprekken waren voldoende om deze eerste indruk te krijgen.

Een tweede beperking is dat het onderzoek in een van de acht huisartsenopleidingen is uitgevoerd. De training Persoon en Beroep, die onderdeel uitmaakt van de onderwijslijn Professionaliteit, is bovendien uniek voor Nijmegen. Het kan zijn dat dit consequenties heeft voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Ten slotte is er, zoals bij elk onderzoek, mogelijk sprake van deelnemersbias: gemotiveerde, goed presterende aios zullen eerder deelnemen aan onderzoek dan minder presterende aios.

Hoewel de eerste resultaten van ons onderzoek bemoedigend zijn, is meer onderzoek nodig om de langetermijneffecten van het onderwijs te kunnen evalueren en om te zien of de afgestudeerde huisartsen hun goede voornemens waargemaakt hebben. Daarom gaan we aan de hand van de resultaten van ons onderzoek een vragenlijst ontwikkelen die we jaarlijks naar alumni zullen sturen.

CONCLUSIE

Uit ons onderzoek blijkt dat afgestudeerde huisartsen bereid zijn om hun leven lang te blijven leren. Dat komt omdat de aios tijdens de opleiding geleerd heeft om de verantwoording te nemen voor het eigen leertraject en omdat er tijdens de huisartsenopleiding aandacht is voor reflectieonderwijs. ■

LITERATUUR

1 Vannieuwenborg L, Goossens M, De Lepeleire J, Schoenmakers B. Voortgezet medisch onderwijs voor huisartsen: een programmaconcept. Tijdschr Geneeskd 2015;71:1303-11.
2 Opleidingsplan Voha 2016-2022. Nijmegen: Radboud UMC, 2016.
3 Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. Med Teach 2009;31:790-801.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Esther Giroldi, Wemke Veldhuijzen, Jean Muris, Frits Bareman, Herman Bueving, Trudy van der Weijden, Cees van der Vleuten

Vaardig communiceren: ervaringen van aios en opleiders

Samenvatting

Giroldi E, Veldhuijzen W, Geelen K, Muris J, Bareman F, Bueving H, Van der Weijden T, Van der Vleuten C. Vaardig leren communiceren met patiënten: ervaringen van aios en opleiders. Huisarts Wet 2017;60(11):558-9.

De huisartsopleiding onderschrijft het belang van 'vaardige arts-patiënt communicatie' – communicatie die zich voegt naar de situatie – en is bezig het curriculum daaraan aan te passen. In een aantal focusgroepinterviews, onderwijsbijeenkomsten en individuele interviews onderzochten we hoe aios (arts-in-opleiding tot specialist) vaardige communicatie leren en hoe opleiders hen daarbij kunnen ondersteunen. We vonden dat aios via een iteratieve leercyclus een persoonlijk communicatierepertoire ontwikkelen. Opleiders kunnen dit leerproces ondersteunen door aios concrete voorbeeldzinnen aan te reiken die ze kunnen uitproberen, om vervolgens samen te evalueren hoe deze uitgepakt hebben.

Communicatie is een kerncompetentie van de huisarts. In de opleiding verschuift de nadruk van *communication skills, communicatievaardigheden, naar skilled communication, vaardige communicatie.*[1] Vaardige arts-patiëntcommunicatie betekent rekening houden met de context van het consult en vraagt om flexibiliteit en creativiteit.[2-4] Bij het leren van context-specifieke communicatie spelen de werkplek en de opleider een essentiële rol.[2 5] Om aanbevelingen te kunnen doen voor de verdere ontwikkeling van het communicatieonderwijs onderzochten wij hoe aios vaardige communicatie aanleren en hoe hun opleiders hen bij dit leerproces ondersteunen op de werkplek.

METHODE

Om in dit kwalitatieve onderzoek een zo rijk mogelijk beeld te krijgen van het leerproces van aios in de huisartsopleiding, benaderden we de onderzoeksvraag uit verschillende richtingen (triangulatie) en gebruikten we verschillende bronnen. Twee theorieën, *tranformative learning en mimetic learning,*[7,8] vormden het startpunt voor een thematische netwerkanalyse.[9] De gegevens daarvoor verzamelden we uit drie focusgroepinterviews met opleiders, vijf onderwijsbijeenkomsten met aios en opleiders en vijf individuele interviews met aios.

RESULTATEN

Uit onze analyse kwam naar voren dat aios een leercyclus doorlopen die bestaat uit zes leerfasen [**figuur**]. Het leren start normaliter met een 'impactvolle ervaring', bijvoorbeeld een consult waarin de communicatie niet goed verliep (fase 1). Door te reflecteren op deze ervaring worden aios zich bewust van hun gedrag en van hun persoonlijke referentiekader (fase 2). Deze bewustwording motiveert hen op zoek te gaan naar alternatieve communicatiestrategieën, vaak in de vorm van concrete voorbeeldzinnen (fase 3).

> *'Ik ben vaak zoekende naar de juiste woorden. Soms vind ik het wel fijn om dan, ja, heel kinderachtig, maar gewoon echt een duidelijke zin te hebben van: nou ja, gooi die er eens in, hè, kijk eens wat er dan gebeurt' (eerstejaars aios).*

De aios proberen deze alternatieve strategieën uit (fase 4) en evalueren vervolgens of de nieuwe aanpak effectief is, aansluit bij hun persoonlijke stijl en past bij de specifieke situatie (fase 5). Deze fase kan verschillende uitkomsten hebben. Als de nieuwe aanpak niet effectief blijkt, gaat de aios op zoek naar een alternatieve communicatiestrategie (middelste ring). Als de aanpak wél effectief is, kan hij verder verfijnd worden (binnenste ring) of resulteren in een verandering in het referentiekader (buitenste ring). Uiteindelijk gaat de nieuwe strategie tot het persoonlijke repertoire behoren (fase 6) en kan de aios hem op flexibele en natuurlijke wijze inzetten.

Wat is bekend?

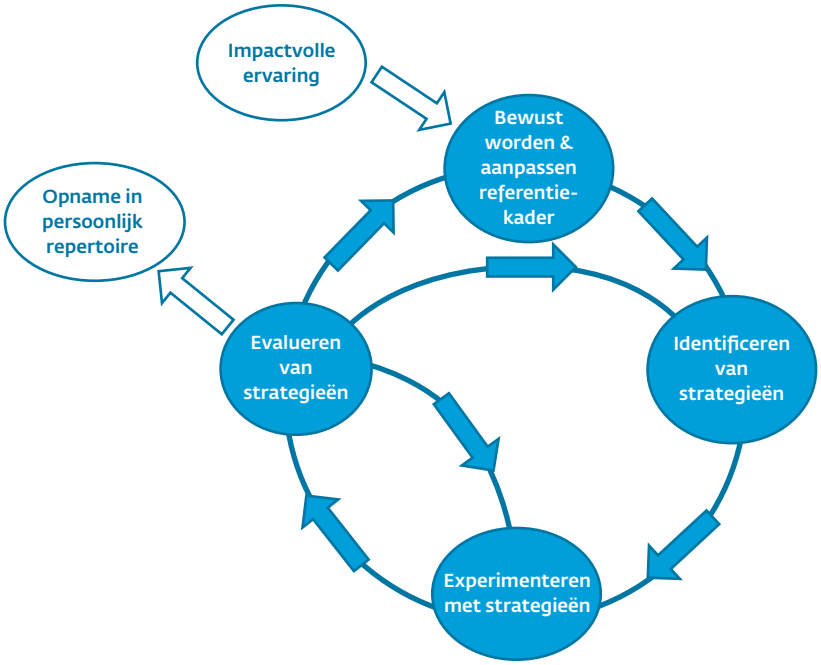
- In de huisartsopleiding verschuift de nadruk van algemene communicatievaardigheden naar contextspecifieke 'vaardige communicatie'.
- Het vergt flexibiliteit en creativiteit om je communicatie met de patiënt steeds te laten passen bij de actuele situatie.
- Vaardig communiceren leer je niet alleen op terugkomdagen, maar ook op de werkplek.

Wat is nieuw?

- Vaardig leren communiceren is een cyclisch proces waarin de aios steeds nieuwe strategieën uitprobeert, evalueert en verfijnt
- Opleiders kunnen deze leercyclus ondersteunen door aios concrete voorbeeldzinnen en oefenopdrachten te geven
- Aios moeten de tijd krijgen om de leercyclus te doorlopen om een bepaald aspect van communicatie eigen te maken.

Universiteit Maastricht, CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: dr. E.J.W. Giroldi, gezondheidswetenschapper (tevens werkzaam Erasmus MC); dr. J.W. Veldhuijzen, huisarts-onderzoeker prof.dr. J.W.M. Muris, huisarts, vakgroepvoorzitter Huisartsgeneeskunde; prof.dr. G.D.E.M. van der Weijden, arts-epidemioloog, hoogleraar Implementatie van richtlijnen in de geneeskunde. Universiteit Maastricht, SHE, vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, Maastricht: C.P.M. van der Vleuten, hoogleraar Onderwijskunde. Erasmus MC, Rotterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: F. Bareman, gedragswetenschapper], plaatsvervangend hoofd Huisartsopleiding; dr. H.J. Bueving, huisarts, hoofd Huisartsopleiding. • Correspondentie: esther.giroldi@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een Nederlandse bewerking van Giroldi E, Veldhuijzen W, Geelen K, Muris J, Bareman F, Bueving H, van der Weijden T, van der Vleuten C. Developing skilled doctor-patient communication in the workplace: a qualitative study of the experiences of trainees and clinical supervisors. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2017 Feb 20 [Epub ahead of print]. Gepubliceerd onder licentie van Creative Commons.



Figuur Leercyclus van vaardige communicatie in zes fasen.

> *'De eerste keer zijn dat standaardzinnetjes die je probeert te onthouden. En nu doe je dat op je eigen manier en dan gebeurt het ook, zonder dat je puur alleen maar denkt: hulpvraag, hulpvraag, hulpvraag. Doordat je gaat oefenen doe je er echt iets mee en als ik er iets mee doe, dan blijft het, ja, hoe het op mijn manier goed voelt en bij mij past, zit het nu in mij' (eerstejaars aios).*

In iedere fase van de leercyclus zetten opleiders ondersteunende acties in. Daartoe behoorde onder andere het inplannen van uitdagende patiënten bij de aios. Ook confronteerden ze aios met hun gedrag, vaak aan de hand van een video-opname, en stimuleerden ze hen op dit gedrag te reflecteren en de onderliggende mechanismen te identificeren. Andere ondersteunende strategieën die de opleiders noemden, waren het aanreiken of demonstreren van een voorbeeldzinnen; het geven van concrete oefenopdrachten; het creëren van veiligheid; het exploreren van het effect van diverse aanpakken en het faciliteren van herhaalde oefening en reflectie.

BESCHOUWING

Belangrijke voorwaarden voor aios om een persoonlijk communicatierepertoire te kunnen ontwikkelen, zijn dat men ze concrete voorbeeldstrategieën aanreikt en ze voldoende ruimte geeft om deze herhaaldelijk te oefenen en te evalueren, zodat ze ze zich eigen kunnen maken. Voor de opleiding betekent dit dat men de aios de gelegenheid moet bieden zich langer achtereen bezig te houden met één bepaald communicatiethema, -doel of -probleem. Opleiders kunnen gesterkt worden in hun rol als coach en rolmodel middels didactische trainingen waarin ze leren hoe ze aios optimaal kunnen ondersteunen bij hun ontwikkeling tot vaardig communicator.

Dit onderzoek heeft geen definitieve conclusie opgeleverd over hoe een training in vaardige communicatie er zou moeten uitzien. In een vervolgonderzoek valideren we de leercyclus door aios op de werkplek te volgen en bestuderen we het effect van ondersteunende acties van opleiders op het leren van aios. ■

LITERATUUR

1 Timmerman AA, Rietmeijer C, Essers G, Smit B, Van der Post C, Dielissen PW, et al. Projectgroep Communicatie Huisartsopleiding Nederland (2010-2014). Landelijk APC curiculum 2014. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2014.
2 Salmon P, Young B. Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. Med Educ 2011;45:217-26.
3 Veldhuijzen W. Challenging the patient-centred paradigm: Designing feasible guidelines for doctor-patient communication [dissertation]. Maastricht: Maastricht University, 2011.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Helga Raghoebar-Krieger, Henk Bosveld, Jan Winters

Huisartsopleiders over omgaan met evidence-based medicine

Samenvatting

Raghoebar-Krieger H, Bosveld H, Winters J. Huisartsopleiders over evidence-based medicine. Huisarts Wet 2017;60(11):560-3.

DOEL In het kader van een nascholing in evidence-based medicine (EBM) voor huisartsopleiders onderzochten wij of en hoe huisartsopleiders wetenschappelijke informatiebronnen gebruiken, hoeveel kennis zij hebben van onderzoeksbegrippen, of zij behoefte hebben aan nascholing terzake en in hoeverre zij betrokken zijn bij de PICO-CAT van hun aios.

METHODE Op een nascholingsdag voor huisartsopleiders in november 2014 vroegen we alle aanwezige opleiders een vragenlijst in te vullen.

RESULTATEN We ontvingen 107 vragenlijsten (96%) ingevuld retour. Als bron van wetenschappelijke informatie gebruikten de respondenten vooral NHG-standaarden (89%) en Google (67%), veel minder vaak websites zoals PubMed (7%) en Clinical Evidence (5%). Het kennisniveau van onderzoeksbegrippen varieert sterk: 91% wist wat incidentie betekent, slechts 2% wat een ROC-curve is. Hun vermogen om deze begrippen aan aios uit te leggen was gemiddeld 10-20% lager dan hun kennisniveau, maar slechts ongeveer de helft had behoefte aan EBM-nascholing. De helft wist over welk onderwerp zijn of haar laatste aios een CAT schreef, maar slechts 20% wist waar die afkorting voor staat.

CONCLUSIE EBM werd 25 jaar geleden geïntroduceerd, maar nog steeds schieten de kennis en vaardigheden van onze huisartsopleiders tekort om adequaat EBM-onderwijs aan aios te geven. Daarbij komt dat veel huisartsopleiders, ongeacht hun kennisniveau, geen behoefte zeggen te hebben aan EBM-scholing. Huisartsopleidingen moeten op zoek naar een manier om huisartsopleiders te overtuigen van de waarde van EBM.

Nederlandse huisartsen zijn nogal traag met het in praktijk brengen van evidence-based medicine (EBM).[1-2] Dat begint al in de opleiding. Als aios en opleiders een antwoord zoeken op een klinische vraag, blijkt dat ze eerder te rade gaan bij een collega of een NHG-Standaard dan bij andere (online) wetenschappelijke bronnen en dat ze weinig originele artikelen raadplegen.[2-3] Toch is de academische vorming al sinds lang een onderdeel van de huisartsopleiding en legt Huisartsopleiding Nederland sinds een aantal jaren nadruk op het academiseren van de opleidingspraktijk en het professionaliseren van de opleiders.[4-5] Onlangs is men aan de huisartsopleiding van UMC Groningen met dat laatste begonnen door een scholingsprogramma EBM aan te bieden. Daaraan voorafgaand onderzochten we vier dingen: (1) hoe gaan huisartsopleiders om met wetenschappelijke informatiebronnen in het begeleiden van hun aios? (2) wat is hun perceptie over hun eigen kennis van EBM en hun vermogen om die door te geven aan de aios? (3) wat is hun behoefte aan EBM-nascholing? (4) hoe staat het met hun bekendheid met *patient-intervention-comparison-outcome (PICO) en hun betrokkenheid bij het critically appraised topic (CAT) dat een aios maakt?*

METHODE

Vragenlijst

We stelden een vragenlijst op met zeven open vragen en 74 gesloten vragen die elk drie antwoordmogelijkheden hadden. Er waren vijf algemene vragen; de overige 76 betroffen drie domeinen: (1) literatuur zoeken en gebruiken; (2) onderzoeksbegrippen; (3) PICO-CAT. Domein 1 omvatte 11 vragen over het gebruik van kennisbronnen en scholingsbehoefte. Domein 2 omvatte 54 vragen over de kennis van onderzoeksbegrippen uit epidemiologie en statistiek, en over het vermogen die kennis over te dragen op de aios. Domein 3 omvatte elf vragen over PICO en CAT.

Goede nascholing is noodzakelijk om het huisartsgeneeskundig handelen naar een hoger plan te tillen

Wat is bekend?

- Nederlandse huisartsen, en hun opleiders, zijn nogal traag met het in praktijk brengen van evidence-based medicine. Deze zin anders formuleren (zie toelichting)
- Huisartsopleiders doen weinig met wetenschappelijke databases zoals PubMed en Clinical Evidence.
- Veel huisartsopleiders hebben onvoldoende tijd, kennis en vaardigheden om EBM toe te passen, of hechten er weinig belang aan.

Wat is nieuw?

- Als huisartsopleiders op zoek zijn naar klinische informatie, raadplegen ze vooral NHG-Standaarden en Google, veel minder vaak digitale databanken of originele artikelen.
- Slechts weinig huisartsopleiders zijn bekend met de begrippen die relevant zijn voor EBM, en nog minder kunnen die begrippen goed overdragen aan hun aios.
- Ondanks hun gebrek aan kennis zegt een aanzienlijk deel van de huisartsopleiders geen behoefte te hebben aan scholing in EBM.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. H. Raghoebar-Krieger, onderwijskundige; H. Bosveld, statisticus; dr. J.C. Winters, huisarts, opleider en groepsbegeleider • Correspondentie: h.raghoebar-krieger@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

Vooral de kennis van huisartsopleiders over relevante onderzoeksbegrippen moet bijgespijkerd worden.

Analyse

Tijdens de gemeenschappelijke scholingsdag van de Huisartsopleiding Groningen op 5 november 2014 vroegen we huisartsopleiders de vragenlijst – anoniem – in te vullen. De 111 aanwezige huisartsopleiders (77 mannen en 34 vrouwen) werden na een korte plenaire introductie over EBM opgesplitst in werkgroepen met tien tot twaalf leden. De werkgroepleider reikte na een korte instructie de vragenlijst uit aan de huisartsopleiders, die hem direct invulden en weer inleverden. De werkgroepleiders ontvingen zo in totaal 107 ingevulde vragenlijsten (96%).

Voor domein 2 (onderzoeksbegrippen) telden we per opleider op hoe vaak deze 'ja' had geantwoord op een vraag naar de behoefte aan scholing. We bepaalden de somscore over alle onderzoeksbegrippen met uitzondering van incidentie en prevalentie, omdat de meeste huisartsopleiders daarmee al goed bekend zijn. De somscores liepen van 0 (minimaal) tot 16 (maximaal).

We berekenden frequenties en percentages met behulp van SPSS 22.

RESULTATEN

Literatuur

Bijna de helft (45%) van de respondenten gaf aan dat zij in het kader van een nabespreking met aios vaak iets in de medische literatuur opzochten; de helft (51%) deed dat incidenteel en 4% nooit. Zoals [**figuur 1**] laat zien, gebruikten ze de NHG-Standaarden (90% vaak, 10% soms) en Google (67% vaak) het meest, PubMed (7% vaak) en Clinical Evidence (5% vaak) het minst.

De meeste huisartsopleiders zeiden dat ze een beetje (47%) of niet (36%) effectief konden zoeken in een digitale databank; slechts 17% zei dit wel te kunnen. Het merendeel (57%) zei niet te weten hoe ze toegang konden krijgen tot *full text*-artikelen; 20% wist dat wel en 23% wist het zo'n beetje.

Abstract

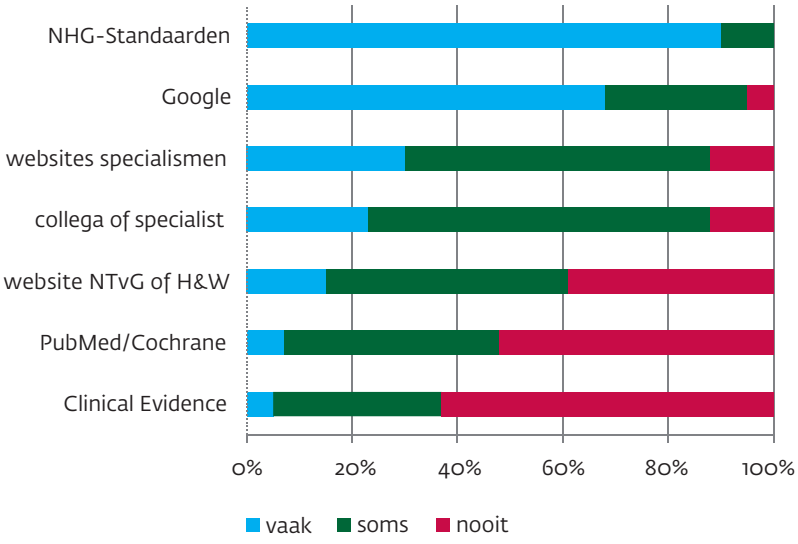
Raghoebar-Krieger H, Bosveld H, Winters J. GP-trainers and evidence-based medicine. Huisarts Wet 2017;60(11):560-3.

GOAL In order to develop a course on evidence-based medicine (EBM) for general practitioner trainers (GP trainers), we assessed whether and how they use scientific information resources, their knowledge of research concepts, their need for continuing education in EBM, and their knowledge of the PICO concept and their involvement in the critically appraised topics (CATs) made by trainee GPs.

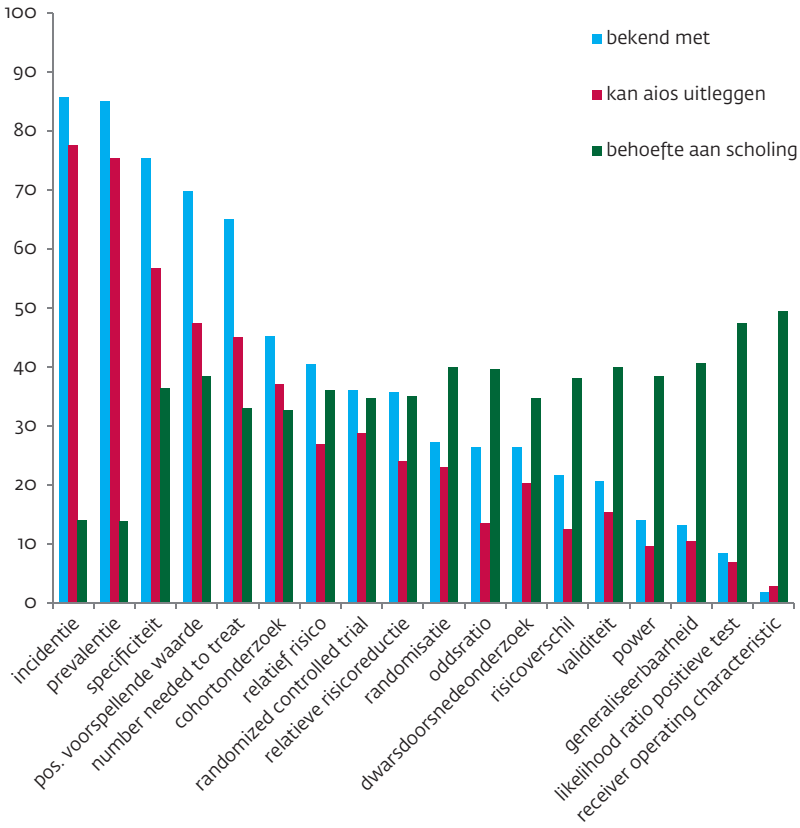
METHOD GP trainers attending a refresher course in 2014 were asked to complete a written questionnaire.

RESULTS The response rate was 96% (107 GP trainers). As source of scientific information, GP trainers used the guidelines of the Dutch College of General Practitioners (89% of the GP trainers), Google (67%), PubMed (7%), and Clinical Evidence (5%). Their knowledge of research concepts varied from 2% (ROC curve) to 91% (incidence). Their ability to explain these terms and concepts to trainees was on average 10–20% lower than their level of knowledge. Yet only about 50% of the GP trainers wanted continuing education in EBM. While 50% of the GPs knew the CAT of their last trainee, only 20% knew what the abbreviation meant.

CONCLUSION Despite the introduction of EBM 25 years ago, the knowledge and skills of the GP trainers interviewed are insufficient to provide adequate EBM education and training to GP trainees. Moreover, many GP trainers, regardless of their level of knowledge, do not feel the need for continuing education in EBM. GP training courses need to find ways to convince GP trainers of the value and importance of EBM.



Figuur 1 **Waar zoeken opleiders vakliteratuur?**



Figuur 2 **Met welke onderzoeksbegrippen zijn huisartsopleiders bekend?**

Een meerderheid (59%) van de huisartsopleiders had behoefte aan scholing op het gebied van literatuur, 28% had er geen behoefte aan en 13% had geen mening.

Onderzoeksbegrippen

De onderzoeksbegrippen die huisartsopleiders het best kennen, zijn 'incidentie' en 'prevalentie' [**figuur 2**]. Het minst bekend zijn 'likelihood ratio' en 'receiver operating characteristic curve' (ROC-curve). Hun vermogen om deze begrippen uit te leggen aan aios is evenredig aan hun kennisniveau, maar wel 10-20% lager.

De behoefte van de opleiders aan scholing staat niet altijd in verhouding tot hun kennis van het begrip of tot hun vermogen het uit te leggen aan aios. Voor ROC-curve en likelihood ratio was de scholingsbehoefte het grootst, voor incidentie en prevalentie het kleinst, voor de andere begrippen bewoog de behoefte zich in een nauwe band tussen 33 en 41% van de opleiders.

Van de huisartsopleiders met de laagste somscore gaf 40% aan dat ze geen behoefte hadden aan scholing in welk begrip ook, 41% wilde scholing op 1 tot 15 begrippen en 19% wilde scholing in alle 16 begrippen.

PICO en CAT

Kennis bij huisartsopleiders over de betekenis van de zeven letters uit de afkorting PICO en CAT varieert tussen 4 en 20%. De helft kon het onderwerp noemen waarover zijn of haar laatste aios een CAT schreef; 42% kon dat niet en 8% vulde n.v.t. in. Slechts 28% werd door de aios betrokken bij het schrijven van een CAT, 63% niet en 9% vulde n.v.t. in.

Algemeen

Op de vraag hoe opleiders EBM-scholing zouden willen volgen, kon men in drie vragen aangeven of men daar al dan niet voor zou kiezen. Plaats voor EBM-scholing tijdens terugkomdagen voor opleiders werd door 63% aangegeven, 71% gaf een dagdeel tijdens de opleiderstweedaagse aan en 37% een aparte cursus.

Ruim de helft (53%) van de huisartsopleiders zou wel betrokken willen zijn bij lopende wetenschappelijke onderzoeken op de afdeling Huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld bij patiëntinclusie, voor 28% zou dat niet hoeven en 19% had er geen mening over. Een klein deel (21%) zei interesse te hebben in het doen van wetenschappelijk onderzoek, 65% had geen interesse en 14% had er geen mening over.

BESCHOUWING

Huisartsopleiders maken niet optimaal gebruik van wetenschappelijke bronnen bij het begeleiden van hun aios. De meest gebruikte wetenschappelijke bron is de NHG-Standaard, andere bronnen zoals PubMed en Clinical Evidence worden minder of helemaal niet gebruikt. Deze bevindingen bevestigen die uit eerder onderzoek.[2,3] Het lijkt er nog steeds op dat de toegankelijkheid van de bron het gebruik van wetenschappelijke informatie bepaalt.[3] Van veel begrippen die

relevant zijn voor het interpreteren van onderzoeksinformatie gaven onze respondenten aan dat ze er niet bekend mee waren. Ze konden die begrippen ook niet uitleggen aan aios, al lukte dat wel beter naarmate ze er bekender mee waren. Kennis over onderzoeksbegrippen lijkt echter de behoefte aan scholing niet geheel te bepalen: 40% van de respondenten had geen interesse in verdere scholing; 20% was heel geïnteresseerd en wilde maximaal geschoold worden; 40% zweefde hier tussenin.

Gegeven dit lage kennisniveau is het opmerkelijk dat de huisartsopleiders zelf weinig behoefte hebben aan EBM-scholing. Verder lijken ze een weinig open of positieve houding te hebben tegenover wetenschappelijk onderzoek. Zij voelen zich niet betrokken bij lopend onderzoek op de afdeling Huisartsgeneeskunde en hebben nauwelijks interesse in zelf onderzoek doen. Eerder is aangetoond dat dergelijke factoren een barrière vormen om wetenschap te integreren in het huisartsgeneeskundig redeneren en het zou nuttig zijn te weten bij welk type huisartsen deze barrière een rol speelt.[6] Dat kan bijvoorbeeld helpen bij de werving van huisartsopleiders. Bij dit onderzoek hebben we echter niet naar persoonsgegevens gevraagd. Dat blijkt achteraf een gemiste kans; er zou in een volgend onderzoek rekening mee gehouden moeten worden.

Huisartsopleiders moeten leren waar ze naar literatuur kunnen zoeken

Een andere beperking van het onderzoek is dat we niet naar het gedrag van huisartsopleiders hebben gekeken, maar hen hebben gevraagd naar hun eigen mening daarover. Uit de literatuur weten we dat het oordeel van professionals over zichzelf niet zo betrouwbaar is en dat ze hun kennen en kunnen nogal eens overschatten.[7,8] Dit kan betekenen dat de werkelijke uitkomsten nog minder gunstig zijn voor EBM dan we nu hebben vastgesteld.

CONCLUSIE

Huisartsopleiders bezitten onvoldoende kennis en vaardigheden om EBM aan aios te onderwijzen. Misschien komt dat doordat veel huisartsopleiders zijn opgeleid voordat EBM zijn intrede deed, maar er is ook een cultuuromslag nodig aangezien een aanzienlijk deel niets voelt voor EBM-scholing.

Goede nascholing alleen mag dan niet voldoende zijn om het huisartsgeneeskundig handelen naar een hoger evidence-based plan te tillen,[9] het is wel een noodzakelijke voorwaarde. Het integreren van EBM in de klinische besluitvorming vergt een aantal basisvaardigheden. Uit ons onderzoek blijkt dat vooral de kennis van huisartsopleiders over relevante onderzoeksbegrippen bijgespijkerd moet worden en dat ze moeten leren waar ze naar literatuur kunnen zoeken en hoe ze moeten zoeken. Eenmaal uitgerust met deze kennis verwachten wij dat ze het beter zullen kunnen uitleggen aan de aios, en zelf ook makkelijker wetenschappelijke informatie tot zich kunnen nemen.

Geef huisartsopleiders een rol in de CATS die hun aios maken

Omdat gebleken is dat de opbrengsten van zo'n EBM-scholing alleen tegenvielen,[6] verdient het aanbeveling huisartsopleiders ook nauwer te betrekken bij het wetenschappelijk onderwijs aan aios door ze een rol te geven in de CAT's die hun aios maken. Huisartsopleiders kunnen hier ook van hun aios leren. De huisartsopleidingen zelf zullen moeten investeren in het ontwerpen, voor alle opleidingsjaren, van goed wetenschappelijk onderwijs dat een relatie heeft met de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Kortekaas MF, Bartelink MEL. Evidence-based medicine, meer dan evidence alleen. Huisarts Wet 2017;60(9):450.
2 Kortekaas MF. Improving evidence-based general practice [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2016.
3 Verhoeven AAH. Information-seeking by general practitioners [dissertation]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Ariëtte Sanders

Een training in gedeelde besluitvorming

Samenvatting

Sanders ARJ. Een training in gedeelde besluitvorming. Huisarts Wet 2017;60(11):564-7.

DOEL We onderzochten het effect van een training in gedeelde besluitvorming voor huisartsen bij patiënten met lagerugpijn, waarbij de arts ook de verwachtingen van de patiënt over de gekozen aanpak bekrachtigde.

METHODE Voor een clustergerandomiseerde trial beoordeelden we video-opnamen van 86 consulten door 23 artsen die de traning volgden en 89 consulten door 19 ongetrainde artsen. Onze primaire uitkomsten waren de score op het instrument Observing Patient Involvement in Decision Making (OPTION), plus een globale inschatting van de mate van positieve bekrachtiging. Secundaire uitkomstmaten waren autonomie van de patiënt in de besluitvorming, bespreken van het gunstige spontane beloop en consultduur.

RESULTATEN De consulten in de interventiearm scoorden significant hoger op de meeste OPTION-elementen en op autonomie, maar duurden drie minuten langer. Het niveau van de gedeelde besluitvorming bleef onbevredigend.

CONCLUSIE De training leidt tot meer gedeelde besluitvorming en tot meer autonomie van de patiënt, maar dat is vooral het gevolg van betere informatieverstrekking; er is niet meer aandacht voor het perspectief van de patiënt. Het meetinstrument voor positieve bekrachtiging van verwachtingen bleek onbetrouwbaar.

PRAKTISCHE AANBEVELING In de toepassing van gedeelde besluitvorming, moeten professionals meer aandacht geven aan de verwachtingen van patiënten over hun behandeling.

Patiënten herstellen beter als ze positieve verwachtingen hebben over het beloop van hun aandoening of het plan van aanpak.[1] Artsen doen er goed aan die verwachtingen te bekrachtigen, maar meestal besteden ze weinig aandacht aan het perspectief van de patiënt.[2] Dat wordt anders naarmate patiënt en arts een gelijkwaardiger rol krijgen, zodat er een proces van gedeelde besluitvorming ontstaat waarin de patient meer autonomie krijgt in beslissingen over de eigen gezondheid [3] Het proces van gedeelde besluitvorming is door Elwyn geoperationaliseerd in een aantal stappen: de arts informeert de patiënt over het besluitvormingsproces, legt uit wat de mogelijkheden zijn met hun voor- en nadelen, en inventariseert de zorgen en verwachtingen van de patiënt; daarna nemen arts en patiënt gezamenlijk een besluit.[4]

Er zijn allerlei interventies ontwikkeld om edeelde besluitvorming te implementeren, van keuzehulpen tot trainingprogramma's met rollenspelen en groepsdiscussies in kleine groepen, maar het blijft lastig de voorkeuren van de patiënt te incorporeren.[5] Gevraagd naar factoren die een rem zetten op gedeelde besluitvorming, noemen zorgverleners vooral dat het zoveel tijd kost.[6]

In het kader van een instrumentevaluatie van een clustergerandomiseerde trial naar het effect van versterkte verwachtingen van patiënten met niet-chronische lagerugklachten op het herstel, ontwikkelden we een trainingsprogramma gedeelde besluitvorming voor huisartsen. Tijdens de training leerden de huisartsen ook het gezamenlijk gekozen plan van aanpak te bekrachtigen. Om het effect van de training te meten, onderzochten we of huisartsen na deze training meer aan gedeelde besluitvorming en bekrachtiging deden dan ongetrainde huisartsen, die de gebruikelijke aanpak volgden.

METHODE

We vroegen 261 huisartsopleiders van de Huisartsopleiding Utrecht en 833 aan die opleiding gelieerde huisartsen (bijvoorbeeld opleiders van coassistenten en huisartsen van de lokale huisartsenpost) of ze wilden meedoen aan de clustergerandomiseerde trial. De 68 huisartsen die instemden met deelname wezen we at random toe aan een controlegroep (n = 34) of een interventiegroep (n = 34). We vroegen alle deelnemers tien patiënten met lagerugklachten te rekruteren en het consult met deze patiënten op video op te nemen. Van de 226 consul-

Wat is bekend?

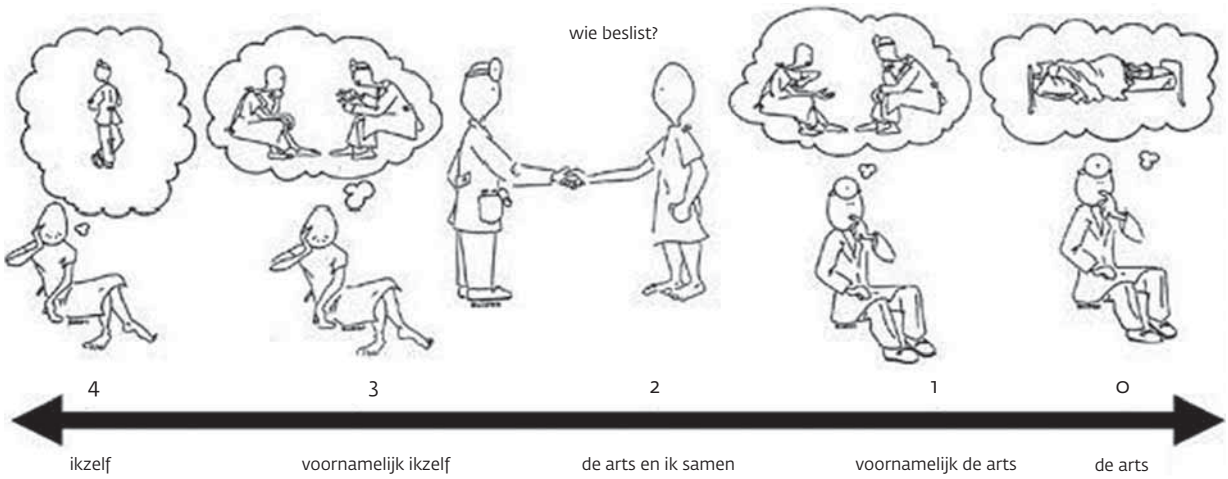
- Patiënten herstellen beter als ze positieve verwachtingen hebben over het beloop van hun aandoening.
- Het proces van gedeelde besluitvorming biedt de huisarts een goede gelegenheid om positieve verwachtingen van patiënten over een plan van aanpak te bekrachtigen.
- Zorgverleners zien het belang van gedeelde besluitvorming in, maar ervaren het als een tijdrovend proces. Het is de vraag of dit – na goede training – werkelijk zo is.

Wat is nieuw?

- Deze training in gedeelde besluitvorming bij lagerugpijn verbeterde de informatieverstrekking door de huisarts, maar niet de aandacht voor het patiëntenperspectief.
- Huisartsen hebben er moeite mee open vragen te stellen in de beleidsfase.
- Huisartsen worstelen met gedeelde besluitvorming als het patiëntenperspectief niet strookt met het richtlijnadvies.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Utrecht: A.R.J. Sanders, huisarts • Correspondentie: a.r.j.sanders-vanlennep@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: ZonMw heeft het onderzoek gesubsidieerd (subsidienummers 42011009 en 510000005) maar was niet betrokken in het onderzoeksproces. Het onderzoeksprotocol voor het oorspronkelijke onderzoek (Netherlands National Trial Register (NTR) number: NTR1960) is beoordeeld door de Ethische Commissie van het UMCU als niet WGBO-plichtig. De huisartsen vroegen de patiënten toestemming voor de video-opnames.

Dit artikel is een Nederlandse bewerking van Sanders AR, Bensing JM, Essed MA, Magnée T, De Wit NJ, Verhaak PF. Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations? Patient Educ Couns 2017;100(3):563-74. Publicatie gebeurt met toestemming.



Figuur 2 **De Control Preferences Scale.**[7]

4 = autonoom, 3 = gedomineerd door de patiënt, 2 = gedeelde besluitvorming, 1 = geïnformeerde keus, 0 = paternalistisch.

ten werden er 175 op video opgenomen en gebruikt voor deze analyse [**online figuur 1**].

Trainingsprogramma

De 34 artsen in de interventiegroep volgden twee trainingssessies van elk tweeëneenhalf uur in groepen van drie tot vijf deelnemers [**online tabel 1**]. De nadruk lag op het proces van gedeelde besluitvorming en de evidence-based behandeling van lagerugpijn. We stimuleerden de deelnemers om de gunstige prognose van lagerugpijn te bespreken en het effect van de gezamenlijk gekozen behandeling positief te bekrachtigen. Er werd een simpele keuzehulp geïntroduceerd naast een 'spiekbriefje' met open vragen en standaardzinnen voor op het bureau. Zie de [**online bijlagen**].

De huisartsen in de controlegroep kregen geen training en leverden de gebruikelijke zorg. Zij wisten wel dat de interventieartsen een training kregen om placebo-effecten te optimaliseren. Praktijkmedewerkers rekruteerden de patiënten. Praktijkmedewerkers, patiënten en observatoren waren niet geïnformeerd over de training.

Metingen

Twee observatoren beoordeelden onafhankelijk van elkaar de video-opnamen van de consulten. De betrouwbaarheid van de observaties maten we door beide observatoren hun eigen en elkanders observaties deels opnieuw te laten doen en deze uitkomsten met elkaar te vergelijken.

Primaire uitkomstmaten

Onze primaire uitkomstmaten waren gedeelde besluitvorming (de optelsom van de proceselementen) en positieve bekrachtiging.

De prestaties van de huisartsen inzake gedeelde besluitvorming beoordeelden we met een gevalideerd observatie-instrument, *Observing Patient Involvement in Decision Making* (OPTION). OPTION bevat twaalf deelelementen ('proceselementen'), elk met een scorebereik van 0 tot en met 4; de somscore wordt weergegeven als percentage van de maximale score (48 punten).

De observatoren gaven aan de hand van voorbeeldzinnen, een globale score van 0 (geen bekrachtiging) tot en met 4 (optimale bekrachtiging) aan de mate van positieve bekrachtiging die de arts aan het genomen besluit gaf, ongeacht welk besluit dat was of wie het besluit nam.

Secundaire uitkomstmaten

Secundaire uitkomstmaten waren de autonomie van de patiënt in de besluitvorming, de mate waarin de huisarts het gunstige spontane beloop besprak en de duur van de drie fasen van het consult: intake, lichamelijk onderzoek en besluitvormingsfase.

De observatoren scoorden de autonomie in de besluitvorming met de Control Preferences Scale, een gevalideerde vragenlijst voor patiënten naar de wijze van besluitvorming die we transformeerden tot een observatie-instrument. Deze schaal heeft een scorebereik van 0 (paternalistisch) tot en met 4 (autonoom door de patiënt), de score 2 staat voor optimale gedeelde besluitvorming [**figuur 2**].[7] De observatoren bepaalden de score op basis van hun persoonlijke perceptie van het niveau van autonomie gedurende de besluitvorming.

De observatoren scoorden de mate waarin huisarts het verwachte gunstige spontane beloop besprak op dezelfde wijze als de mate van positieve bekrachtiging (zie boven).

De observatoren bepaalden op de video-opname, die liep vanaf de binnenkomst van de patiënt tot diens vertrek, van ieder consult hoe lang de intake, het lichamelijk onderzoek en de besluitvormingsfase duurden. Alle niet-consultgerelateerde tijd werd van de totale consultduur afgetrokken.

Statistische analyse

Vanwege het geneste design voerden we een meervoudige lineaire regressieanalyse uit, waarin werd gecorrigeerd voor de clustering op artsniveau. Voor iedere afhankelijke (de primaire en secundaire uitkomsten) hebben we een apart model

gedraaid. In elk model is het gemiddelde van de variabele per allocatie geschat en is met de chikwadraattoets getoetst of deze gemiddelden van elkaar verschillen. In het volledig gecorrigeerde model werd significantie op het verschil bereikt bij een p-waarde < 0,05.

RESULTATEN

De 47 deelnemende huisartsen rekruteerden in totaal 226 patiënten ([**online figuur 1**]). Twee patiënten gaven geen toestemming voor een video-opname, bij 49 consulten mislukte de opname door praktische problemen. Uiteindelijk werden in de interventiearm 86 consulten op video opgenomen door 23 huisartsen; in de controlearm 89 consulten door 19 huisartsen. [**Online tabel 2**] toont de aanvangskenmerken.

Primaire uitkomstmaten

De huisartsen in de interventiearm scoorden significant hoger op acht van de twaalf proceselementen van het OPTION-instrument, en ook hun OPTION-somscore, zonder overigens een bevredigend niveau te behalen (het gemiddelde was nog geen 40% van het maximaal haalbare). Ook gaven zij significant meer positieve bekrachtiging. De huisartsen in de controlearm behaalden op geen enkel aspect een hogere score dan de artsen in de interventiearm [**tabel 3**].

Onze meting van positieve bekrachtiging bleek in de analyse onvoldoende betrouwbaar.

Secundaire uitkomstmaten

De huisartsen in de interventiearm gedroegen zich minder paternalistisch dan de huisartsen in de controlearm, maar ook zij bereikten nog niet het niveau van gelijkwaardige besluitvorming (vergelijk [**tabel 3**] en [**figuur 2**]).

Consultduur

De gemiddelde duur van de consulten in de interventiearm was 16 minuten, in de controlearm 13 minuten. De huisartsen die de training gevolgd hadden, besteedden met name meer tijd aan de intake en de besluitvorming, de artsen die geen training hadden gehad namen meer tijd voor het lichamelijk onderzoek. Een langere consultduur correleerde sterk met een hogere OPTION-somscore (p < 0,001).

BESCHOUWING

Getrainde huisartsen vergrootten de mate van betrokkenheid van patiënten in de besluitvorming en versterkten vaker de positieve verwachtingen over het plan van aanpak, getuige de stijging van de gemiddelde OPTION-somscore met bijna 15% en de mate van positieve bekrachtiging met 0,77 punt (19%). Toch bereikten de scores op beide schalen nog niet het niveau waarop men echt van gedeelde besluitvorming en autonomie van de patiënt kan spreken. Wel duurden de consulten in de interventiearm gemiddeld drie minuten langer.

Informeren, niet betrekken

Uit een eerdere review met vier vergelijkende onderzoeken kwamen soortgelijke resultaten naar voren: ongetrainde huisartsen behaalden gemiddeld een OPTION-somscore van 26% en getrainde huisartsen 36%.[6] In deze review bleek dat de consultduur nauw samenhing met de informerende aspecten van het consult, maar patiëntgericht gedrag – de patiënt vragen naar diens voorkeuren en zorgen, en of hij de informatie begrepen heeft – werd zelden waargenomen.[6]

Van de afzonderlijke proceselementen kregen vooral de elementen 1 (aankondiging van het besluitvormingsproces), 4 (opsommen van de opties), 5 (bespreken van voor- en nadelen) en 6 (exploreren van de verwachtingen van de patiënt) meer nadruk onder invloed van de training.[8] Opvallend is dat wij element 6 (exploratie) vooral observeerden in de intakefase, hetgeen aansluit bij de NHG-adviezen. Dat huisartsen in de besluitvormingsfase van het consult zelden vragen stellen aan de patiënt, strookt met twee onderzoeken, uitgevoerd door het NIVEL.[9,10] We kunnen concluderen dat de huisartsen hun patiënten na onze training wel beter informeerden, maar niet dat het patiëntenperspectief werd geëxploreerd en betrokken bij de besluitvorming.

Trainingen hebben over het algemeen meer effect op het gedrag dan op de attitude.[11] Gebleken is bijvoorbeeld dat keuzehulpen meer invloed hebben op een informerende gedragsverandering dan op bewuste pogingen om naar de voorkeuren van de patiënt te informeren.[6] Ook in ons onderzoek informeerden de huisartsen na een training hun patiënten beter over de behandelingsopties en informeerden ze naar de verwachtingen van patiënten over de behandelkeuze, maar dat gebeurde vooral tijdens de intake. Ze namen de verwachtingen van de patient mee in de besluitvormingsfase maar voerden de discussie over de behandelkeuze uiteindelijk nog steeds op een artsgedomineerde, richtlijngestuurde wijze. Dat onderstreept de conclusie van het NIVEL dat huisartsen tegenwoordig meer georiënteerd zijn op biomedische taken en minder op het betrekken van patiënten bij de besluitvorming.[9,10] In de besluitvormingsfase vroegen onze deelnemers weinig naar de verwachtingen en zorgen van de patiënt, en naar diens behoefte om vragen te stellen. We verwachten daarom niet dat het positieve bekrachtigen van de aldus gekozen behandeling veel effect zal hebben, want het is dan voornamelijk de keus van de huisarts die bekrachtigd wordt.

Waarom houden artsen vast aan artsgestuurde besluitvorming?

Waarom houden huisartsen vast aan deze artsgestuurde attitude? In de training gaven onze deelnemers aan dat ze het 'onprofessioneel' vonden behandelopties te accepteren die niet conform de richtlijn zijn. Opmerkelijk genoeg erkenden ze de tegenstrijdigheid dat de NHG-Standaarden therapeutische keuzes afwijzen als die het placebo-effect niet overstijgen terwijl bekend is dat verwachtingen een substantieel placebo-effect hebben bij lagerugklachten. Ze wezen de voorkeur van de patiënt dus af als deze gebaseerd was op een placebo-effect, zelfs nu de 'open' placebowerking gebaseerd is op evidence en ze handvatten kregen om het onderliggende mechanisme openlijk met de patiënt te bespreken.[12]

Tabel 3 Gemiddelde scores van de huisartsen op gedeelde besluitvorming, positieve bekrachtiging, autonomie van de patiënt en bespreking van het gunstige spontane beloop

	met training (n = 86)	zonder training (n = 89)	verschil
Primaire uitkomsten			
OPTION-somscore (schaal 0-100; gemiddelde met 95%-BI)*	38,53 (35,31 tot 41,74)	23,66 (20,25 tot 27,08)	**14,86**
Positieve bekrachtiging (schaal 0-4; gemiddelde met 95%-BI)	1,16 (0,82 tot 1,50)	0,50 (0,14 tot 0,87)	**0,77**
Secundaire uitkomsten			
Mate van autonomie	1,74 (0,11)	0,86 (0,11)	**0,91**
Bespreking van het gunstige spontane beloop	1,55 (0,25)	1,50 (0,27)	−0,05
OPTION-subschalen			
1. Aandacht vragen voor het besluitvormingsproces	1,18 (0,15)	0,52 (0,16)	**0,66**
2. Vermelden dat er meer dan één oplossing is	1,21 (0,23)	0,17 (0,25)	**1,03**
3. Vaststellen op welke wijze de patiënt het liefst geïnformeerd wordt	0,84 (0,12)	0,25 (0,13)	**0,59**
4. Opsommen van de mogelijkheden (inclusief 'niets doen')	3,59 (0,19)	1,97 (0,21)	**1,62**
5. De voor- en nadelen van elke optie bespreken (inclusief 'niets doen')	1,65 (0,14)	0,98 (0,15)	**0,67**
6. De verwachtingen en ideeën van de patiënt exploreren	1,82 (0,13)	1,41 (0,13)	**0,42**
7. De zorgen en angsten van de patiënt exploreren	0,13 (0,05)	0,02 (0,05)	0,11
8. Controleren of de patiënt de informatie begrijpt	1,09 (0,10)	0,96 (0,11)	0,12
9. De mogelijkheid bieden om vragen te stellen	1,20 (0,14)	0,90 (0,15)	0,30
10. Nagaan in hoeverre de patiënt betrokken wil zijn bij de besluitvorming	2,18 (0,18)	0,96 (0,19)	**1,22**
11. De noodzaak aangeven dat een besluit genomen of uitgesteld wordt	0,88 (0,09)	0,38 (0,10)	**0,50**
12. Aangeven dat het besluit herzien of herroepen kan worden	2,67 (0,33)	2,82 (0,35)	−0,72

Alle waarden zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot 4, met standaardfout, tenzij anders aangegeven. Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn **vetgedrukt**. In de meervoudige regressieanalyse is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de patiënt, voor leeftijd en geslacht van de huisarts, voor geslachtsovereenkomst tussen huisarts en patiënt, voor observatievolgorde en voor consultduur.
* Cronbachs alfa = 0,728.

Dat roept vragen op over de manier waarop artsen en patiënten aankijken tegen het concept van gedeelde besluitvorming.

Een consult bij een Nederlandse huisarts duurt gemiddeld 10,2 minuten en een toename met 3 minuten is dus substantieel. Je kunt je afvragen of gedeelde besluitvorming efficiënter zou zijn als de huisarts minder tijd zou besteden aan informeren en meer aan luisteren.

Sterke punten en beperkingen

De training en keuzehulp die we ontwikkelden, beantwoordt aan internationaal geaccepteerde richtlijnen en is conform de laatste wetenschappelijke inzichten.[5] De toename van de OPTION-somscore tussen de beide onderzoeksarmen was congruent met de toename in autonomie in de besluitvorming. We keken niet alleen naar de positieve bekrachtiging van de gekozen therapie maar analyseerden ook het bespreken van het gunstige spontane beloop en de benodigde tijdsinvestering.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van ons meetinstrument voor positieve bekrachtiging bleek onvoldoende om conclusies toe te laten, waarschijnlijk als gevolg van de lage scores voor dit element.

Onze deelnemers werden gerekruteerd en getraind door een collega-huisarts. De deelnemers in de controlearm waren bekend met de allocatie maar niet bekend met de inhoud van de training. De trainingsintensiteit varieerde; een derde van de artsen kreeg feedback op minder dan vijf in plaats van de beoogde tien video-opnamen. Dit kan het verschil tussen de onderzoeksarmen hebben verkleind; de scores op geobserveerde trainingseffecten verschilden echter voldoende.[6]

CONCLUSIE

Training van huisartsen in gedeelde besluitvorming heeft een positief effect op de toepassing van gedeelde besluitvorming, maar gaat ten koste van drie minuten consultduur. Vooral de informatieoverdracht verbetert, maar niet de aandacht voor het patiëntenperspectief. Huisartsen blijven weerstand houden tegen gedeelde besluitvorming als die leidt tot besluiten die niet in lijn zijn met de richtlijnadviezen.

In het behandelplan kunnen artsen meer aandacht besteden aan het patiëntenperspectief en de zorgen en vragen van de patiënt. Vervolgonderzoek naar mogelijkheden om daadwerkelijke betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming te vergroten zou zich moeten richten op de percepties van patiënten en artsen.

DANKBETUIGING

De auteur dankt alle patiënten en huisartsen die vrijwillig hebben deelgenomen aan het onderzoek. Hans van Lennep en Joeky Senders deden de pilot van de video-observaties, Amy Los en Ilse van de Ende voerden de video-observaties uit, Jan Maessen bracht de observatiegegevens over in het statistiekprogramma en Peter Spreeuwenberg deed de statistische analyses. ■

LITERATUUR

1 Benedetti F, Amanzio M. Mechanisms of the placebo response. Pulm Pharmacol Ther 2013;26:520-3.
2 Bensing J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Couns 2000;39:17-25.
3 Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. BMJ 2012;344:e256.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Laury de Jonge

Opvattingen over werkplekbeoordelingen

Samenvatting

De Jonge LPJWM. Opvattingen over werkplekbeoordelingen. Huisarts Wet 2017;60(11):568-9.

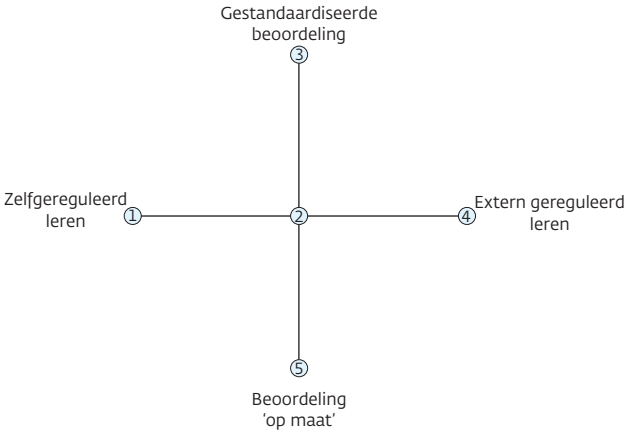
De effectiviteit van een werkplekbeoordeling van een aios (arts-in-opleiding tot specialist) hangt sterk af van de manier waarop opleider, aios en instituutsbegeleider de beoordelingsinstrumenten gebruiken. Wanneer zij daar verschillende opvattingen over hebben, kan dat onder andere leiden tot spanningen tussen de betrokkenen. Een onderzoek naar de rol van opvattingen over werkplekbeoordelingen.

INLEIDING

Een belangrijk onderdeel van het opleiden betreft het beoordelen van de aios in de praktijk, ook wel werkplekbeoordelen genoemd. Werkplekbeoordelingen kunnen formeel van aard zijn, zoals de Korte Praktijk Beoordeling (KPB) of Video Toets +, of minder formeel, zoals eigenlijk iedere observatie- of nabespreking van een patiëntcontact. Uit medisch-onderwijskundig onderzoek blijkt dat de effectiviteit van deze werkplekbeoordelingen niet zozeer afhangt van de kwaliteit van de beoordelingsinstrumenten of -methoden, als wel van de manier waarop de betrokkenen deze instrumenten gebruiken.[1] En die hangt weer af van de opvattingen die de betrokkenen hebben over leren en beoordelen op de werkplek. Verschillen in opvattingen kunnen leiden tot verschillen in het gebruik van beoordelingsinstrumenten en tot uiteenlopende resultaten (of uitkomsten) van de beoordeling. Daarnaast kunnen verschillen in de opvattingen de acceptatie en het gebruik van feedback, en dus het leren op de werkplek, beïnvloeden. Het doel van ons onderzoek was om inzicht te krijgen in de onderliggende opvattingen over werkplekbeoordelingen bij de verschillende betrokken partijen.

METHODE

Voor ons onderzoek gebruikten we Q-methodologie, een gemengd kwantitatief-kwalitatieve methode, waarbij je door het rangschikken van stellingen over een onderwerp inzicht kan verkrijgen in onderliggende opvattingen over dat onderwerp. Wij legden 48 stellingen over werkplekbeoordelingen voor aan een weloverwogen mix van 48 betrokkenen bij deze beoordelingen (opleiders, aios, instituutsbegeleiders) in de huisartsopleidingen van Maastricht en Nijmegen.



Figuur **Schematische weergave van de verschillende opvattingen over werkplekleren.**

De verkregen resultaten hebben we geanalyseerd met factoranalyse, waarbij we significant correlerende clusters van opvattingen hebben onderscheiden. Deze clusters hebben we kwalitatief geduid door onderlinge overeenkomsten en verschillen te interpreteren.

RESULTATEN

We vonden vijf verschillende opvattingen over werkplekbeoordelen. Deze opvattingen verschilden van elkaar op twee belangrijke gebieden, zoals getoond in de [**figuur**]. Deze spanningsvelden staan op de assen en elk cijfer representeert een opvattingencluster. De plaats van het cijfer in het diagram geeft aan hoe we deze opvatting kunnen relateren aan de spanningsvelden op de assen.

BESCHOUWING

De resultaten laten zien dat er verschillende opvattingenclusters bestaan over werkplekbeoordelen, waarbij twee spanningsvelden bepalend zijn. Ten eerste denken de deelnemers aan ons onderzoek verschillend over de mate waarin de aios zelf zijn leerproces zou moeten sturen: wie bepaalt er wat er geleerd moet worden? Bepaalt de aios dit vooral zelf, of moet bijvoorbeeld de opleider of het opleidingsinstituut dat doen? Het tweede spanningsveld betreft de gewenste mate van standaardisering van een beoordeling. Moeten beoordelingen sterk gestandaardiseerd zijn of moeten ze aangepast zijn aan

Wie bepaalt wat er geleerd moet worden?

Afdeling Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht, Maastricht: L.P.J.W.M. de Jonge, sectorhoofd onderwijs basiscurriculum • Correspondentie: l.dejonge@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: De Jonge LPJWM, Timmerman AA, Govaerts MJ, Muris JW, Muijtjens AM, Kramer AW, et al. Stakeholder perspectives on workplace-based performance assessment: towards a better understanding of assessor behaviour. Adv Health Scie Educ Theory Pract 2017:1-31 [Epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming.

de klinische context? Het bestaan van verschillende opvattingenclusters is belangrijk voor de acceptatie en de bruikbaarheid van werkplekbeoordelingen in de opleidingspraktijk. Zo kan een zelfsturende aios met eigen leerdoelen het gebruik van een gedetailleerde, gestandaardiseerde scorelijst niet relevant of van weinig waarde vinden. Omgekeerd kan een opleider met een sterke voorkeur voor gestandaardiseerde beoordelingen het gevoel hebben dat hij belangrijke competenties niet naar behoren kan beoordelen als hij alleen vaart op het persoonlijke leerplan van de aios. Voor een effectieve beoordeling moeten opleider en aios dus overeenstemming bereiken over het doel en de wijze van beoordelen.

Voor een effectieve beoordeling moeten opleider en aios overeenstemming hebben over doel en beoordelingswijze

Daarnaast kunnen er spanningen ontstaan tussen bijvoorbeeld aios, opleider en opleidingsinstituut als zij verschillende opvattingen hebben over het doel van een beoordeling: is deze vooral bedoeld om van te leren (formatief) of juist om te bepalen of de aios aan de maat is (summatief)?

De door ons beschreven opvattingenclusters weerspiegelen actuele spanningsvelden in de medisch-onderwijskundige literatuur. Allereerst betreffen ze discussies over de mogelijkheden en beperkingen van het zelfsturend leren op de werkvloer, en de rol die toetsing daarin speelt. Het tweede spanningsveld reflecteert discussies rondom een meer psychometrische (gestandaardiseerd, reproduceerbaar) versus sociaal-constructivistische benadering van toetsen (toetsen is contextafhankelijk).

Het is overigens niet zo dat we alle gebruikers kunnen indelen in vaste 'opvattingentypen'. Gebruikers kunnen zich herkennen in een of meer opvattingenclusters. Dat laat onverlet dat we rekening moeten houden met de verschillende gebruikersopvattingen. Zo kunnen we spanningsvelden overbruggen of ten minste expliciet maken. Dat zal de bruikbaarheid van werkplekbeoordelingen ten goede komen. Een mooi onderwerp voor het volgende leergesprek met uw aios?

Opleiders, aios en instituutbegeleiders die deelnamen aan ons onderzoek kunnen verschillend denken over de mate waarin de aios zelf zijn leerproces zou moeten sturen.

CONCLUSIE

Dit onderzoek draagt bij aan onze kennis over de rol van gebruikersopvattingen over werkplekbeoordelingen. Als we rekening houden met mogelijke verschillen in gebruikersopvattingen, kan dat de bruikbaarheid en acceptatie van werkplekbeoordelingen ten goede komen. ■

LITERATUUR

1 Van der Vleuten C, Verhoeven BH. In-training assessment developments in postgraduate education in Europe. ANZ J Surg 2013;83:454-9.

Marijn Janssen, Margaretha Sagasser, Elisabeth Laro, Jacqueline de Graaf, Nynke Scherpbier-de Haan

Intraprofessionele consultatie: leerzaam op vele fronten

Samenvatting

Janssen M, Sagasser MH, Laro EAM, De Graaf J, Scherpbier-de Haan ND. Intraprofessionele consultatie: leerzaam op vele fronten! Huisarts Wet 2017;60(11):570-2.

Samenwerking tussen artsen uit de eerste en de tweede lijn wordt steeds belangrijker, maar behoeft ook verbetering. Gezamenlijk onderwijs in samenwerken lijkt daartoe een veelbelovende strategie. De huidige vervolgopleidingen besteden hier nog weinig aandacht aan. Wij hebben een innovatief project geëvalueerd waarbij aios huisartsgeneeskunde aios interne geneeskunde konden raadplegen en gezamenlijk onderwijs volgden. Via focusgroeponderzoek hebben wij onderzocht wat en hoe de deelnemers geleerd hebben. De deelnemers en hun begeleiders gaven aan dat het project hen in staat stelde om zich consultatie- en samenwerkingsvaardigheden eigen te maken die in hun eigen opleidingen niet in die mate aan de orde komen. Interactie met elkaar en met hun begeleiders bleek een belangrijke factor in het leerproces te zijn. Daarnaast hebben we zowel belemmerende als faciliterende factoren gevonden die van invloed zijn op het leerproces van de aios. De bevindingen van dit onderzoek kunnen behulpzaam zijn bij het verder ontwikkelen van onderwijsprogramma's voor artsen uit de eerste en tweede lijn.

INLEIDING

Samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt steeds belangrijker. Vergrijzing, multimorbiditeit, polyfarmacie en transities van tweede naar eerste lijn nemen toe.[1,2] Tweedelijnszorgverleners zien het aantal opnamen van patiënten met multimorbiditeit toenemen en de technische mogelijkheden groeien. Om goede keuzen ten aanzien van diagnoses en behandelingen te kunnen maken hebben zij kennis over de patiënt en diens context uit de eerste lijn nodig. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de eerste en tweede lijn nog onvoldoende met elkaar samenwerken.[3] Reden dus om deze samenwerking te verbeteren. Gezamenlijk onderwijs lijkt daartoe een veelbelovende strategie. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat het samen leren van verschillende zorgprofessionals (interprofessioneel) een positief effect heeft op de kwaliteit van de samenwerking.[4]

Er is nog niet zoveel bekend over opleidingsvormen waarbij artsen van verschillende disciplines (intraprofessioneel) samenwerken. Om de ontwikkeling van intraprofessionele samenwerkingsvaardigheden tijdens de medische vervolgopleidingen te stimuleren, hebben we een innovatief consultatieproject ontworpen voor aios huisartsgeneeskunde (aios HA) en aios interne geneeskunde (aios IG). We hebben een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in wat deelnemers hebben geleerd en welke processen en activiteiten aan het leerproces bijdroegen.

Consultatieproject

Het consultatieproject is gestart in november 2014. Aios HA zaten in het derde jaar van hun opleiding, aios IG in hun vierde, vijfde of zesde jaar. Deelname was vrijwillig. In totaal hebben veertig aios HA en hun acht groepsbegeleiders, en twaalf aios IG en hun drie supervisors deelgenomen aan het project. Aios HA konden in de loop van het project instromen en uitstromen. Om de vier maanden heeft een andere groep van vier aios IG aan het project deelgenomen.

Consultatie en supervisie

De aios HA konden aios IG raadplegen via een webbased tool die gekoppeld was aan het elektronisch patiëntendossier (EPD) in de huisartsenpraktijk [**figuur**]. Ze konden relevante gegevens, zoals voorgeschiedenis, medicatie en laboratoriumresultaten, uit het EPD opnemen en deze automatisch invoegen in een webbased consultatieformulier. Aios IG kregen een e-mail wanneer er een nieuwe vraag was binnengekomen. Ze hadden 48 uur om de vraag te beantwoorden. Ze stuurden hun advies elektronisch naar de aios HA, die het in het EPD importeerden. De aios HA bepaalden vervolgens wat er met het advies gebeurde. Aios IG hadden elke twee weken een bijeenkomst met een supervisor om hun antwoorden op de vragen te bespreken.

Wat is bekend?

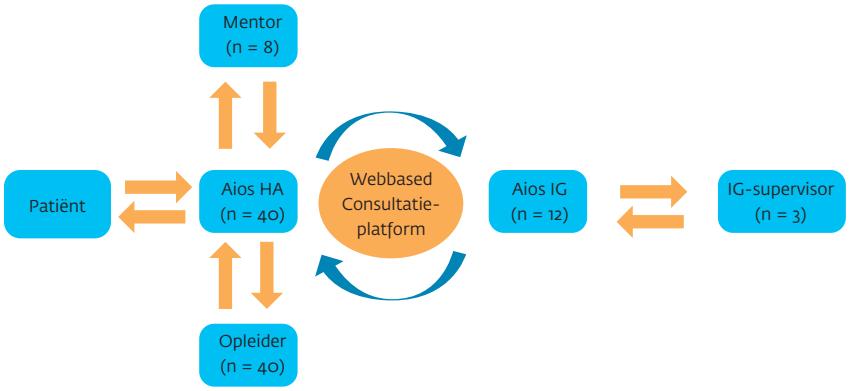
- Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsartsen wordt steeds belangrijker. Dit vraagt om artsen met goede samenwerkingsvaardigheden.
- Gezamenlijk onderwijs is een veelbelovende strategie om de samenwerking te verbeteren. Wetenschappelijk onderzoek laat een positief effect zien van het samen leren van verschillende zorgprofessionals (interprofessioneel) op de kwaliteit van het samenwerken.

Wat is nieuw?

- Deelname aan het consultatieproject tussen aios huisartsgeneeskunde en interne geneeskunde gaf de aios de mogelijkheid om zich consultatie- en samenwerkingsvaardigheden eigen te maken die niet in die mate aan de orde komen in hun eigen opleidingen.

Afdeling Interne geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen: M. Janssen, aios interne geneeskunde; prof.dr. J. de Graaf, internist, opleider medische vervolgopleidingen Radboudumc. Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen: dr. M.H. Sagasser, onderwijskundige huisartsenopleiding Nederland, ten tijde van het onderzoek onderwijskundige afdeling eerstelijnsgeneeskunde Radboudumc; MSc E.A.M. Laro, aios specialist ouderengeneeskunde, ten tijde van het onderzoek student geneeskunde; dr. N.D. Scherpbier-de Haan, huisarts, opleider eerstelijnsvervolgopleidingen Radboudumc • Correspondentie: marijn.janssen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Janssen M, Sagasser MH, Laro EAM, Graaf J de, Scherpbier-de Haan ND. Learning intraprofessional collaboration by participating in a consultation programme: what and how did primary and secondary care trainees learn? BMC Med Educ. 2017;17:125. Publisher: BioMed Central. Publicatie gebeurt met toestemming.



Figuur Schematische weergave van het consultatieproject (HA: huisartsgeneeskunde, IG: interne geneeskunde)

Intraprofessionele bijeenkomsten

Bij de start van het project hebben we alle deelnemers uitgenodigd voor een *kick-off*-bijeenkomst, waarop ze met elkaar kennismaakten en een uitleg kregen over de doelen en werkprocedures van het project. We bespraken de twee verschillende vervolgopleidingen en daagden de aios uit om verwachtingen van en vooroordelen over elkaar te bespreken. Na zeven maanden konden aios tijdens een lunchbijeenkomst ervaringen uitwisselen en voorbeelden van consultatievragen en antwoorden bespreken.

METHODE

Om inzicht te krijgen in wat deelnemers hebben geleerd, en welke processen en activiteiten hebben bijgedragen aan hun leerproces hebben we focusgroepgesprekken georganiseerd. Deze werden geleid door een onderwijskundige met ervaring in het leiden van focusgroepgesprekken, en geobserveerd door een onderzoeksassistent. Deelname was vrijwillig. De deelnemers hebben van tevoren informed consent gegeven.

De transcripten hebben we geanalyseerd met een kwalitatieve content-analyse, een proces waarbij lezen, coderen, interpreteren en discussiëren leiden tot het bepalen van thema's als antwoord op de onderzoeksvraag.[5] Gegevensverzameling en -analyse wisselden elkaar af, waardoor onduidelijkheden of nieuwe vragen tijdens een volgend focusgroepgesprek belicht konden worden, wat tot een grotere betrouwbaarheid van de bevindingen heeft geleid. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Gedurende het analyseproces hebben we een reflectiedagboek bijgehouden. Om de validiteit te vergroten hebben we een samenvatting van de focusgroepgesprekken naar de deelnemers gestuurd, met het verzoek om aan te geven of onze eerste interpretaties overeenkwamen met hun ervaringen.[6]

Tabel Deelnemers, duur en volgorde van de focusgroepgesprekken (HA: huisartsgeneeskunde, IG: interne geneeskunde)

	Aios HA	Docenten HA en supervisors IG		Aios IG
Aantal deelnemers	7	3	3	5
Geslacht				
■ Man	2	1	1	1
■ Vrouw	5	2	2	4
Duur focusgroepgesprek	57 min	63 min		47 min
Volgorde	1	2		3

RESULTATEN

We hebben drie focusgroepgesprekken gehouden: een met aios HA, een met aios IG en een met supervisoren IG en huisartsdocenten [**tabel**]. De gesprekken zijn zeven maanden na de start van het project gehouden.

Wat leerden de aios?

We onderscheiden vijf thema's van leeropbrengsten: kennisverwerving, consultatievaardigheden, samenwerking, professionaliteit en maatschappelijk handelen. Deelnemers rapporteerden dat zij kennis en vaardigheden op het vlak van samenwerking hebben opgedaan die ze niet konden verwerven tijdens hun reguliere vervolgopleiding.

Kennisverwerving

Zowel aios HA als aios IG gaven aan nieuwe medische kennis op te doen door deelname aan het project. Een aios IG zegt hierover: "Het was juist inderdaad wel leuk als het buiten je vakgebied (subspecialisatie binnen IG – red.) ging, dat je zelf weer even gestimuleerd werd om, van o ja dit moet ik misschien eigenlijk weten en dan kun je het ook weer door het te lezen duidelijk uitleggen aan diegene (de consulterende aios HA – red.), dus dan leer je er zelf ook wat van."

Consultatievaardigheden

Beide groepen deden ervaring op met het opstellen van een goede vraag en een goed antwoord. Een aios HA zei het volgende geleerd te hebben: "Nou, ik denk een duidelijke samenvatting geven van een casus waar je een vraag over hebt en dan een goede vraag bedenken en die, ja gewoon zo duidelijk mogelijk zijn, want je moet het kort in dat consult zetten."

Samenwerking

Op het gebied van samenwerking leerden de aios een samenwerkingsgerichte houding aan te nemen en kwamen ze meer

te weten over de werkplek en de expertise van de samenwerkingspartner. Ten aanzien van de laatste twee aspecten leerden vooral de aios IG veel, zoals te lezen is in het volgende citaat: "Wat ik wel geleerd heb is dat je, ja de huisarts ziet natuurlijk een andere populatie dan wij en die heeft ook een andere manier van werken en dat je je ook altijd een beetje moet verplaatsen in de positie van de huisarts."

Professionaliteit

Aios in beide groepen leerden om meer verantwoordelijkheid te nemen en ook kritisch over hun consultatievraag of antwoord na te denken. Een supervisor IG noemde het volgende leerpunt voor aios IG: "Zelfstandigheid, het durven antwoorden hè, want ze (aios IG – red.) doen het al echt, zonder dat ze met ons hebben overlegd."

Maatschappelijk handelen

Vooral aios HA en hun begeleiders dachten na over maatschappelijk handelen. Zo zei een docent HA: "Het is niet alleen maar voor de leuk, het is ook dat, dat straks minder snel wordt ingestuurd."

Hoe leerden de aios?

De aios hebben vooral veel geleerd door interactie met elkaar tijdens het gezamenlijk onderwijs en door de contacten met docenten en supervisors tijdens nabesprekingen. Daarnaast leerden ze op individueel niveau door het opstellen van een vraag of een antwoord en het opzoeken van informatie naar aanleiding van de vraag of het antwoord hierop.

Factoren die het leren beïnvloeden

Behalve wat en hoe de aios leerden kwamen ook factoren naar boven die het consulteren en leren belemmerden of juist faciliteerden. Enthousiasme van de docenten en supervisors, het bespreken van wederzijdse vooroordelen en het feit dat de aios zich in dezelfde positie bevonden bleken het leren te faciliteren. Een aios HA zei hierover het volgende: "Nou, het is gewoon laagdrempeliger en omdat je allebei beetje van dezelfde leeftijd bent en ja je denkt daar wat makkelijker over denk ik... In plaats van ja het ziekenhuis, het heilige ziekenhuis zeg maar, het is nu meer dat je op gelijk niveau bent."

BESCHOUWING

Het doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in wat aios IG en HA hebben geleerd door deelname aan het consultatieproject, en welke processen en activiteiten daaraan hebben bijgedragen. We hebben vijf thema's van leeropbrengsten gevonden: kennisverwerving, consultatievaardigheden, samenwerking, professionaliteit en maatschappelijk handelen. Interactie met elkaar en met hun supervisors was belangrijk voor het leerproces.

Hoewel aios HA vaak al werkervaring hebben in het ziekenhuis en stages in het ziekenhuis volgen, meldden de deelnemende aios HA dat zij dankzij het project nieuwe kennis en vaardigheden over intraprofessionele samenwerking hadden verworven. Dit komt mogelijk doordat consulteren een specifiek proces is dat zij niet leren tijdens hun stages in het ziekenhuis. Ook zijn de verschillende stages in het ziekenhuis vaak gericht op het verwerven van medische kennis op specifieke terreinen en niet op het gebied van (toekomstige) samenwerking.

Een van de weinige onderzoeken over intraprofessionele samenwerking heeft essentiële vaardigheden bepaald voor goede communicatie tussen consulenten (urologen) en verwijzend artsen. Een aantal vaardigheden bleek vergelijkbaar met onze bevindingen: communicatie, het formuleren van een goede vraag en een duidelijk antwoord, kennis over de competenties van de verwijzend arts en wederzijds respect.[7]

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het zich richt op intraprofessioneel opleiden en samenwerken. Volgens ons is dit een van de weinige onderzoeken gericht op opleiden in samenwerking tussen artsen uit de eerste en de tweede lijn. Dankzij de focusgroepgesprekken met de deelnemersgroepen zijn de verschillende perspectieven aan bod gekomen.

Het is belangrijk om rekening te houden met een mogelijke selectiebias. Alle deelnemers hebben vrijwillig deelgenomen aan het programma en de focusgroepgesprekken. Daarmee zou er een selectie van bovenmatig gemotiveerde aios kunnen zijn ontstaan.

Verder onderzoek zal zich moeten richten op de vraag wat werkt, voor wie en waarom. Zo kunnen we interventies ontwikkelen die effectief en efficiënt zijn. Opleidingsprogramma's zijn immers al zeer gevuld en de organisatie van een dergelijke onderwijsvorm vergt veel inspanning. Met de ontwikkeling van goede interventies kunnen we verdere stappen maken in het opleiden van artsen met goede intraprofessionele samenwerkingsvaardigheden. Wellicht kunnen ook gevestigde huisartsen en medisch specialisten hiervan profiteren.

CONCLUSIE

Deelname aan een innovatief consultatieproject gaf aios huisartsgeneeskunde en interne geneeskunde de mogelijkheid om zich consultatie- en samenwerkingsvaardigheden eigen te maken die niet in die mate aan de orde komen gedurende de reguliere opleidingen. Interactie bleek een belangrijke factor in het leerproces te zijn. De bevindingen van dit onderzoek kunnen helpen bij het verder ontwikkelen van onderwijsprogramma's voor artsen uit de eerste en tweede lijn. ■

LITERATUUR

1 Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med 2002;162:2269-76.
2 Mastellos N, Car J, Majeed A, Aylin P. Using information to deliver safer care: a mixed-methods study exploring general practitioners' information needs in North West London primary care. J Innov Health Inform 2015;22:207-13.
3 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007;297:831-41.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Jelle van Gurp, Marianne Dees

Teleconsultatie: optimalisering van palliatieve thuiszorg?

Samenvatting

Van Gurp J, Dees M. Teleconsultatie: optimalisering van palliatieve thuiszorg? Huisarts Wet 2017;60(11):573-6.

Moderne communicatietechnologieën, zoals e-mail, internet en de mobiele telefoon, hebben de afgelopen drie decennia snel hun intrede in de huisartsenpraktijk gedaan. Allemaal vragen ze om nieuwe communicatievormen en -normen. Zo ook een van de meest recente toepassingen: videoconsultatie met patiënten. Deze beschouwing beschrijft de ervaringen met videoconsultaties in een context waarin technologie alom gevreesd wordt om zijn onpersoonlijke karakter: bij palliatieve zorg thuis. We laten zien hoe, in deze context, videoconsultatie zorg- en werkrelaties beïnvloedt.

INLEIDING

In 2010 startte in het Radboudumc, Nijmegen, een door NWO gesubsidieerd onderzoek met als doel 'optimalisering van de samenwerking tussen patiënt, huisarts en specialist palliatieve zorg (SPZ) bij complexe casus in de thuissituatie met behulp van *teleconsultatie*'. Uitgangspunten waren de voorkeur van Nederlandse burgers om thuis te sterven, de Nederlandse huisarts als spil bij dit sterfproces[1] en de beperkte kennis van en ervaring met complexe, soms zeer technische palliatieve zorg bij een deel van de huisartsen.[2] De verwachting was dat teleconsultatie niet alleen zou bijdragen aan meer patiëntgerichte zorg, maar dat de uitwisseling tussen specialisten en huisartsen rond actuele casus ook een leereffect bij huisartsen zou bewerkstelligen.

De uitwerking in een (kwalitatief) empirisch-ethisch onderzoek naar de impact en gepastheid van videoconsultatie voor palliatieve zorg thuis, en een kwantitatieve trial waarin huisartszorg plus videoconsultatie vergeleken wordt met *care as usual*, leidde in 2016 tot een eerste proefschrift, met de titel *Teleconsultation: enhancing personalized palliative care at home. An empirical-ethical analysis*.[3] Een kwalitatief multipel caseonderzoek dat centraal staat in dit proefschrift dient als basis voor deze beschouwing: 18 ernstig zieke patiënten die palliatieve zorg behoeven (16 patiënten met kanker, 2 met COPD; leeftijd 24-85 jaar) en hun zorgverleners werden tot aan het overlijden gevolgd (observaties en kwalitatieve interviews), terwijl zij gebruikmaakten van teleconsultatie.[4,5]

Samenwerking huisarts en specialist palliatieve zorg

Het multidisciplinaire onderzoeksteam (huisarts, specialisten palliatieve zorg, ethici, een gezondheidswetenschapper en sociale wetenschappers) ontwierp voorafgaand aan het onderzoek een interdisciplinair zorgmodel voor de videoconsultatiepraktijk. De huisarts zou bij de patiënt thuis aanschuiven en samen met de patiënt de SPZ digitaal consulteren [**figuur 1**]. Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat dit interdisciplinaire model in de praktijk nauwelijks functioneerde: in slechts een van de achttien casus was de huisarts in staat geregeld bij de patiënt thuis aan te schuiven voor een gesprek. In de andere zeventien casus gaven de betrokkenen aan dat gebrek aan tijd en flexibiliteit het moeilijk maakten zo'n gezamenlijk videogesprek te organiseren. In deze casus ontstond een multidisciplinair zorgmodel. In dit model hebben zowel de SPZ als de huisarts onafhankelijk van elkaar contact met de patiënt (de eerste via videoconsultatie), waarna de zorgprofessionals elkaar via communicatie 'in de coulissen' – vaak even een kort telefonisch gesprek of een toevallige ontmoeting – op de hoogte hielden en zich zo, idealiter, als één team aan de patiënt presenteerden [**figuur 2**].

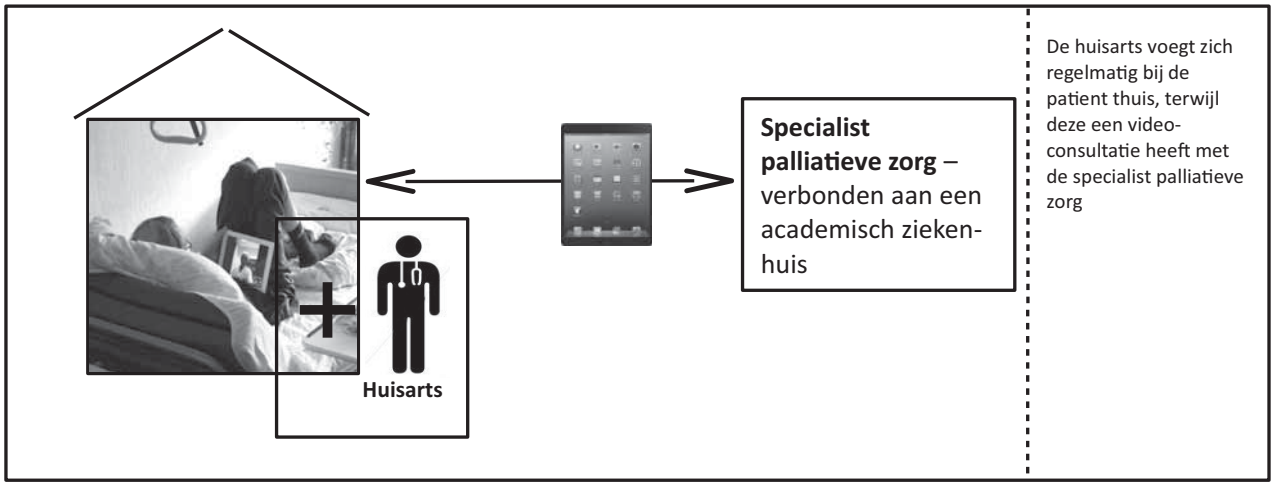
Het interdisciplinaire zorgmodel

Uit de analyse, volgens de gefundeerde theoriebenadering,[6] blijkt dat professionals in de interdisciplinaire zorgmodelcasus intensievere kennisdeling en een efficiëntere verdeling van verantwoordelijkheden ervoeren. Bovendien kon de huisarts voorafgaand aan het consult met de patiënt enkele gespreksonderwerpen voorbespreken en na het consult eventuele onduidelijkheden, bijvoorbeeld complexe medisch-technische onderwerpen, verder toelichten. Maar het interdisciplinaire zorgmodel heeft ook zijn schaduwkanten: allianties tijdens een consult tussen verschillende deelnemers veroorzaakten terughoudendheid, verlies van controle over het gesprek en vervreemdend taalgebruik. Als de speci-

De kern

- Meestal gaat men ervan uit dat (communicatie)technologie warme zorg onmogelijk maakt.
- Videoconsultatie eist echter juist aandacht voor de ander, ze vraagt ons gericht te kijken en te luisteren.
- Professionals ervaren het verlies van fysieke nabijheid als problematisch, maar patiënten rapporteren dat de afstand die de techniek creëert, samen met de vertrouwelijkheid en het gemak van het thuis-zijn, ruimte schept om in een teleconsult ziel en zaligheid te tonen.
- Teleconsultatie vraagt om nauwkeurig geïntegreerde teamzorg, en dus om respectvolle en bescheiden samenwerking tussen zorgprofessionals via periodiek overleg 'in de coulissen'.
- Een specialist palliatieve zorg (of een kaderhuisarts palliatieve zorg) is dankzij videoconsultatie beter op de hoogte van zowel de situatie van de patiënt als de bijzonderheden van de thuispraktijk.

Radboudumc, afdeling Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Nijmegen: dr. J. van Gurp, onderzoeker, universitair docent medische ethiek, klinisch ethicus. IQ healthcare, Nijmegen: dr. M. Dees, huisarts, onderzoeker • Correspondentie: Jelle.vanGurp@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Figuur 1 Het interdisciplinaire samenwerkingsmodel.

alist tegenover de huisarts en patiënt kwam te staan leidde dat tot afstandelijke en formele taal die niet overeenstemde met de intieme setting van een (digitaal) huisbezoek. Raakten de huisarts en de SPZ met elkaar in gesprek, dan leidde dat al snel tot veel medisch-technisch jargon over het hoofd van de patiënt.

> *SPZ: "... Wat je zou kunnen overwegen is dat wanneer mevrouw begint over te geven en dat toeneemt, tot het punt dat ze eronder lijdt, dat je dan een ascitespunctie uitvoert."*

> *PA: "Juist ja, maar nu in het Nederlands alsjeblieft."*

Het multidisciplinaire zorgmodel

In het multidisciplinaire model staan bilaterale contacten tussen patiënt en huisarts, patiënt en SPZ én huisarts en specialist centraal. Meer ervaren huisartsen stelden dat de teleconsultatie tussen de SPZ en de patiënt nauwelijks iets toevoegde aan hun palliatieve zorgpraktijk, maar dat patiënten met complexe problemen de extra tijd en aandacht binnen zulke teleconsultaties goed konden gebruiken.

> *HA: "... Ik denk dat ze het erg prettig vond om een specialistisch team te hebben als een aanvulling op mij als huisarts. Ik denk dat het haar geruststelde."*

Gesprekken tussen de SPZ en de patiënt toevoegen aan de zorg thuis kent echter ook enkele risico's: patiënten gaan zich bijvoorbeeld door de frequente gesprekken ook aan 'hun' SPZ hechten. Dit nauwe contact tussen patiënt en specialist kan ertoe leiden dat de huisarts minder in beeld is. En de SPZ, op hun beurt, zijn in langdurige trajecten sneller geneigd om de patiënt direct behandeladvies te geven, zonder daarbij de huisarts te raadplegen. Periodieke coördinatie tussen huisarts en SPZ, veelal 'in de coulissen', is dus essentieel, omdat urgente problemen anders uit het zicht van de huisarts of de specialist kunnen raken. Het contact met een dankzij de teleconsultatie goed ingevoerde SPZ verlichtte voor enkele huisartsen de last van het zorgen voor een patiënt met complexe problematiek:

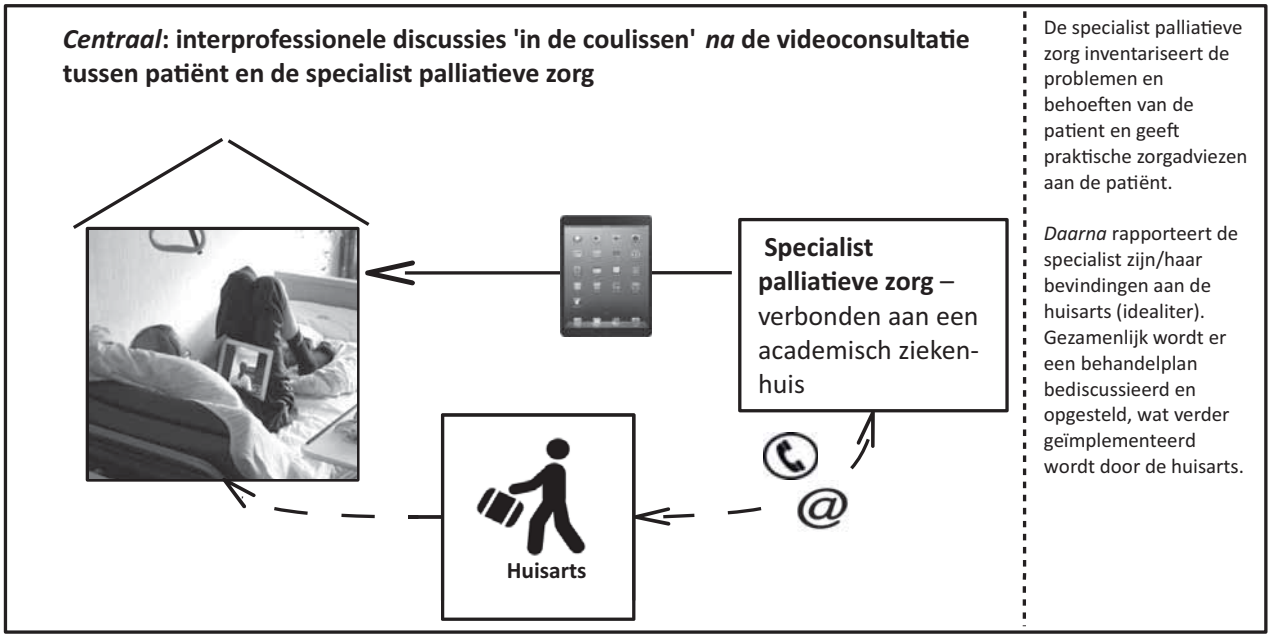
> *HA: "(De teleconsultatiepraktijk) is ondersteunend. Ik heb het gevoel dat ik er niet alleen voorsta. Een gevoel dat ik soms wel heb als huisarts in de laatste fase (van het leven van een patiënt)."*

Als de samenwerking tussen huisarts en SPZ uit elkaar valt en er slechts gecommuniceerd wordt *via* de patiënt, kan dat snel leiden tot gevoelens van onveiligheid bij de patiënt en diens naasten.[7]

Dankzij teleconsulten en het daaropvolgende intensievere onderlinge contact raakten huisartsen en SPZ meer vertrouwd met de voordelen en beperkingen van elkaars praktijken, waardoor ze adviezen meer op maat konden formuleren,[8] onder voorwaarde dat beide partijen wederzijds respect, bescheidenheid en tact aan de dag leggen.[9] Gerapporteerde nieuwe inzichten waren onder andere (het gebrek aan) directe beschikbaarheid van medicatie, de gevolgen van de dynamiek van familiezorg en de technische oplossingen die voorhanden zijn in een ziekenhuissetting.

KWETSBARE PATIËNTEN ADEQUAAT BIJSTAAN

Uit de literatuur leren we dat communicatie tussen een zorgprofessional en een patiënt in de palliatieve zorg essentieel is om te 'verbinden' en om '(soms moeilijke) waarheden' te kunnen delen.[10,11] Wat betekent de toevoeging van communicatietechnologieën, zoals iPads om mee te videobellen, voor de kwaliteit van deze gespreksvormen?



Figuur 2 Het multidisciplinaire samenwerkingsmodel

Face-to-face communicatie

In de praktijk van de palliatieve zorg hebben *face-to-face* communicatie en fysieke nabijheid de absolute voorkeur.[11] Men veronderstelt vaak dat technologie een warme nabijheid verstoort of onmogelijk maakt,[12] waarmee ze relaties tussen zorgprofessionals en patiënten ontmenselijkt en moeilijke gesprekken over diagnoses en prognoses onmogelijk maakt. Kan een SPZ via de technologie wel eerlijk zijn? Troost bieden? Hoop geven in bange dagen? En bieden teleconsultaties patienten voldoende ruimte om actief te participeren in zorgbeslissingen?

Zorgverleners en patiënten waardeerden teleconsultatietechnologie in ieder geval om haar 'dwingende blik': het scherm eist aandacht voor de ander, het verzoekt ons te kijken [**figuur 3**].[12] Zo intensief naar elkaar kijken via technologie leidt tot de ervaring van een 'op elkaar gericht'-zijn, waar luisteren en aandacht voor non-verbale tekenen juist een belangrijke plaats innemen.

> *PA: "Het is onmogelijk om de schone schijn hoog te houden, en eigenlijk is dat best prettig. Dat ze meteen zien dat je je ellendig voelt."*

Techniek verbindt sociale omgevingen

De communicatietechniek verbindt niet alleen mensen, maar ook sociale omgevingen – thuis en hospitaal/dokterspraktijk – met elkaar. Dat levert zorgverleners veel extra kennis op over de sociale situatie. Maar gesprekspartners zijn ook de controle over de fysieke omgeving deels kwijt, en daarmee over de privacy binnen het gesprek. Zoals bij de naaste die een teleconsultatie accepteert terwijl zichtbaar is dat de patiënt wordt gewassen of bij de plotselinge interruptie van een collega-professional die al die tijd al in de ruimte bleek te zijn. Op zulke momenten voelen patiënten zich vooral bekeken en zorgen frustratie en schaamte ervoor dat de intensieve concentratie op elkaar direct verloren gaat.

Fysieke nabijheid

Het onderzoek toont dat vooral SPZ een verlies van fysieke nabijheid ervaren tijdens teleconsultatie: je *moet* nabij zijn om gevoelige onderwerpen te kunnen aansnijden. Geëmotioneerde patiënten thuis 'achterlaten', zoals soms bij teleconsultaties het geval is, beschouwen SPZ als slechte zorg. Patiënten rapporteerden echter dat de afstand die door de techniek gecreëerd werd, samen met de vertrouwelijkheid van het thuis zijn (PA: '(hier – thuis – ben ik me) er niet zo nadrukkelijk bewust van dat ik een stervende patiënt ben'), juist ook ruimte maakte om in een teleconsult ziel en zaligheid te delen, waarna ze het dagelijks leven gemakkelijker op kunnen pakken.

> *PA: "Ik huilde tijdens het gesprek, (maar daarna) was ik weer kalm. Opgelucht ook. Je hebt gewoon de mogelijkheid om even je hart te luchten."*

Verbinding met het ziekenhuis

Patiënten en mantelzorgers waren van mening dat teleconsultatie belastende bezoeken aan het ziekenhuis overbodig maakt.

> *Mantelzorger: "... Ze was niet langer in staat om naar het ziekenhuis te komen. Het contact met het specialistisch team was toen erg handig. Want als ze elke keer naar het ziekenhuis had gemoeten, daar was ze gewoon te moe voor."*

Figuur 3 Meneer S. videobelt met de verpleegkundig specialist. Hij komt de laatste dagen niet meer van zijn bed af.

Teleconsultatie biedt patiënten de mogelijkheid om verbonden te blijven met (professionals in) het ziekenhuis. Dat zou het leed van patiënten over het vaak abrupte afscheid van vertrouwde specialisten kunnen compenseren:[13] (PA tijdens een eerste teleconsultatie) "Ik dacht dat ik je kwijt was."

De techniek als object

Goede teleconsultatietechnologie verdwijnt als het ware naar de achtergrond. De kwaliteit van beeld en geluid zijn onopvallend goed en de technologie gaat op in woonkamers en werkruimten. Als de technologie in het oog springt, zoals de wat lompe eerste teleconsultatiecomputers die in dit onderzoek werden gebruikt, benadrukt de technologie het naderende einde van de patiënt[14]:

> *PA: "Zo'n ding (een teleconsultatiecomputer) heb je niet in huis als je in volle glorie bent... Het herinnert je aan het naderend einde."*

CONCLUSIE

Videoconsultatie voor palliatieve zorg thuis lijkt vooralsnog het best te passen binnen een multidisciplinair zorgmodel. Dat vraagt van zorgprofessionals om de onderlinge samenwerking op respectvolle en bescheiden wijze vorm te geven en in te zetten op periodiek overleg 'in de coulissen', dat de integratie versterkt.

SPZ moeten leren het belang van fysieke nabijheid voor goede zorg niet te overschatten. Als SPZ investeren in geconcentreerde aandacht via teleconsultatie en de technologie een vloeiend gesprek niet in de weg staat, kunnen professionals op deze wijze een betekenisvolle relatie met hun patiënten aangaan en onderhouden. Voor deze patiënten geldt dan dat zij vanuit de vertrouwdheid en zekerheid van hun eigen omgeving kunnen meedenken en -beslissen over behandeling en zorg. ■

LITERATUUR

1 Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol 2012;23:2006-15.

2 Groot MM, Vernooij-Dassen MJ, Verhagen SC, Crul BJ, Grol RP. Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. Palliat Med 2007;21:697-703.

3 Van Gurp JLP. Teleconsultation: enhancing personalized palliative care at home. An empirical-ethical analysis. Proefschrift. Nijmegen: Radboudumc, 2015.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

E-health: gewoon doen!

In deze H&W rapporteren Van Gurp en Dees over het inzetten van teleconsultatie (lees: videoconsulten) in de palliatieve zorg.[1] Geen voor de hand liggende toepassing in deze setting en zeker niet eenvoudig, maar met verrassende resultaten. Het stuk illustreert prachtig hoe waardevol en succesvol e-health kan zijn wanneer professionals en patiënten niet bang zijn om aan de slag te gaan met innovatie; want dat is e-health in de meeste gevallen nog steeds.

De meest opvallende bevindingen uit het artikel van Van Gurp op een rij:

1. 'Warme zorg' met inzet van een 'koude' technologie blijkt wél mogelijk.
2. Patiënt en arts beleven deze vorm van e-health verschillend, waarbij de patiënt positiever is dan de arts.
3. Tijdens de invoering komt men voor allerlei logistieke en organisatorische problemen te staan waar creatieve oplossingen voor moeten worden gezocht.
4. Er zijn onverwachte resultaten, zowel positief (bijvoorbeeld: teleconsultatie vereist gericht kijken en luisteren en dat waardeert de patiënt) als negatief (bijvoorbeeld: privacyaspecten, zoals een collega die in dezelfde ruimte is zonder dat de patiënt het weet).

Fors aanbod, gebruik blijft achter

Onderzoek zoals Van Gurp en Dees dat deden naar het gebruik en de effectiviteit van e-health applicaties is nog maar bar weinig gedaan. Naast onbekendheid en misschien drempelvrees, is dit een van de dingen die het lastig maakt voor de huisarts om te beslissen of en hoe hij e-health applicaties gaat inzetten in de praktijk. Ondanks het forse aanbod online blijft het gebruik in de praktijk dan ook achter: ik zie nog maar weinig collega's die aan de slag gaan met videoconsulten, teledermatologie of apps anders dan de NHG-richtlijnen, Thuisarts en het Farmacotherapeutisch Kompas.

Dit geldt ook voor patiënten: kijk eens naar de eHealth-monitor 2016 (tip: bekijk de Infographic gemaakt door het NICTIZ, die het aanbod en gebruik van relatief eenvoudige e-health toepassingen voor de huisartsgeneeskunde laat zien).[2] Wat blijkt: wij huisartsen bieden wel e-health mogelijkheden aan, zoals herhaalrecepten aanvragen (75% van de huisartsen), een vraag stellen online (60% van de huisartsen) en via de site afspraken maken (37% van de huisartsen), maar het gebruik van deze mogelijkheden door patiënten blijft dramatisch achter. Herhaalrecept: 16%, een vraag stellen: 3%, online afspraak maken: 2%. De verklaring van het NICTIZ is dat patiënten niet weten dat hun huisarts deze e-health mogelijkheden biedt en dat patiënten vasthouden aan oude gewoontes.

Waarom e-health?

Waar doen we het dan eigenlijk voor? Wat moet ik als huisarts sowieso met e-health? Moet ik hier mijn tijd en geld wel insteken?

Ik denk van wel en niet alleen omdat ik als 'early adopter' het gewoon leuk vind om allerlei toepassingen uit te proberen. Ik ben ervan overtuigd dat de tendens meer en meer online te gaan doen alleen maar doorzet en veel voordelen kan hebben, zeker voor een drukbezette huisarts.[3] Juist voor e-health geldt echter dat het geen zin heeft om alleen te lezen of te horen over toepassingen, maar dat je zogenaamde 'hands-on' ervaring op moet doen. Verwacht dan niet dat alles direct van een leien dakje gaat; de techniek werkt niet altijd in één keer perfect. Er zijn onverwachte organisatorische en logistieke zaken die opgelost moeten worden en er zullen ook onverwachte positieve resultaten zijn en tevreden patiënten.

Wacht niet tot u een volledig 'overzicht' heeft van al het beschikbare e-health aanbod, want dit verandert voortdurend. Juist door gewoon aan de slag te gaan en zelf te experimenteren ontwikkelt u de vaardigheden voor het succesvol werken met e-health. U kunt beginnen met relatief bekende en geteste applicaties zoals bijvoorbeeld de apps die elke maand besproken worden in H&W door Bart Timmers en ondergetekende.

Vertel uw patiënten erover

Vergeet vooral niet de mogelijkheden die u gaat bieden actief onder de aandacht te brengen van uw patiënten, want dat is voorwaarde voor succes. In mijn praktijk wordt inmiddels 30-40% van de afspraken online gemaakt, maar wel na vier maanden lang actief persoonlijk attenderen op de mogelijkheid en het uitdelen van folders. Daar pluk ik nu de vruchten van.

Daarom e-health: gewoon doen! ■

Annet Sollie

LITERATUUR

1 Van Gurp J, Dees M. Teleconsultatie: optimalisering van palliatieve thuiszorg? Huisarts Wet 2017;60(11):573-6.
2 https://www.nictiz.nl/ehealth/ehealth-monitor/ehealth-monitor-2016.
3 https://publicaties.zonmw.nl/ehealth/implementatie-van-ehealth-door-de-patientprofessional.

E-health: het gebruik van ICT (Informatie en CommunicatieTechnologie) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

Carpentras, Frankrijk: dr. A. Sollie, huisarts, tevens e-redactielid van Huisarts en Wetenschap • Correspondentie: annetsollie@gmail.com • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Tjerk Wiersma

Context geen basis voor bewijs

Recentelijk verscheen bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) het rapport Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.[1] Blijkens de ondertitel meent de raad dat medisch-wetenschappelijk onderzoek onvoldoende basis levert voor goede zorg. Door de nadruk te leggen op gestandaardiseerde situaties en datgene wat meetbaar is met de pretentie van universele geldigheid, zou de evidence-based beweging met haar vlaggenschip de randomized controlled trial (RCT) onvoldoende rekening houden met verschillen tussen patiënten en hun persoonlijke waarden en voorbijgaan aan de pluriformiteit van de werkelijkheid. Om de problematiek te boven te komen houdt de raad een pleidooi voor context-based practice, waarbij ook kennisbronnen worden gebruikt die de evidence-based practice onderbenut. Denk hierbij aan klinische expertise, kennis van patiënten, kennis van de context, zoals leefomstandigheden, en voorkeuren van patiënten en kennis van de waarden die in het geding zijn.

De raad schetst besluitvorming in de zorg als een experiment in het verbinden van deze verschillende kennisbronnen. Onzekerheid speelt hierbij altijd een rol. Van deze besluiten kan veel geleerd worden, vindt de raad. Hij houdt een pleidooi voor een continu proces van samen leren en verbeteren dat zorgprofessionals en -organisaties voornamelijk op lokaal niveau moeten vormgeven.

Het voorstel van de raad om via besluitvorming op basis van integratie van contextvariabelen al experimenterend nieuwe leerervaringen op te doen, is in feite een miskenning van het karakter van wetenschappelijke kennis en is zeker geen stap voorwaarts.

DE VERDIENSTEN VAN RCT'S

Wie het rapport leest, krijgt de indruk dat de geneeskunde met de nadruk op evidence-based handelen op een verkeerd spoor terecht is gekomen en dat de wissels moeten worden omgezet. Daarbij komt de vraag op hoe dit allemaal zo is gekomen. Meerdere auteurs hebben zich het hoofd gebroken over de vraag hoe te verklaren valt dat RCT's na de Tweede Wereldoorlog in betrekkelijk korte tijd op grote schaal in de geneeskunde ingang hebben gevonden. Volgens de toen dominante geneeskunde was het zaak rationele therapie op basis van (patho)fysiologische inzichten te grondvesten. Het gebruik van statistische methoden was hierbij niet noodzakelijk en zelfs ongewenst.[2-5]

De verklaring hiervoor is dat RCT's bruikbaar bleken bij een reeds veel langer bestaand streven de evaluatie van effecten van geneesmiddelen een grotere betrouwbaarheid te verschaffen, onder andere om claims van de farmaceutische industrie op waarde te kunnen schatten. Randomisatie levert een mechanisme om vooringenomenheid van de onderzoeker te elimineren door de toewijzing van patiënten aan een behandel- of controlegroep te automatiseren en de effectbeoordeling te blinderen. Bovendien levert de ontwikkeling van de significantietest een methode voor weging van de resultaten. Zo beschouwd is de RCT niets anders dan een uitvinding om dikwijls subtiele verschillen in effectiviteit van behandelingen te meten, onafhankelijk van gemakkelijk vertekende persoonlijke beoordelingen door onderzoekers.

Daarmee past de opkomst van *clinical trials* in een al veel langer aanwezig streven de geneeskunde een grotere objectiviteit te verschaffen. Aan dit streven naar objectivering en meetbaarheid, heeft de westerse geneeskunde een groot deel van haar succes te danken.

BEPERKINGEN

RCT's zijn beslist niet ideaal en in zekere zin te beschouwen als een noodoplossing, omdat de geneeskunde de experimentele condities op individueel niveau onvoldoende in het vizier heeft of niet in staat is deze afdoende te controleren. De uitkomsten betreffen vaak een verandering in de kans op verbetering of genezing bij een groep patiënten. Dit betekent onder andere dat er altijd rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid dat de resultaten niet gelden voor een nog niet identificeerbare subgroep, bijvoorbeeld door een afwijkend genetisch profiel. Een belangrijke beperking van RCT´s is dat zij geen zicht geven op de mechanismen die verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten. Anders dan de raad meent, pretenderen trials niet kennis te genereren over universele wetmatigheden. Integendeel: het zijn experimenten 'just to see what happens', waarbij de generaliseerbaarheid van het gevonden effect naar andere tijd of plaats nog moet worden aangetoond. Replicatie van de uitkomsten van RCT's is dan ook steeds nodig.[6]

CONTEXT IS GEEN BASIS VOOR KENNIS

Het bewijs als basis voor goede zorg is dus een illusie, zo schrijft de RVS. Voor zover daarmee bedoeld wordt dat evidence-based practice met haar voorkeur voor RCT's niet in staat is een antwoord te geven op alle zorgvragen, heeft hij met die uitspraak gelijk. De voordelen van een bewezen effectieve interventie moeten immers ook voor de individuele patiënt de moeite waard zijn en uitstijgen boven de lasten ervan.

Bedenkelijk is de suggestie van de raad dat de evidence-based practice beweging dat ooit ontkend zou hebben. Voor zover er afwijkingen zijn in de zin van ongewenste standaardisering van zorg, zijn die uitgelokt door ongepast gebruik van indicatoren en bijbehorende beloningssystemen.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: Tjerk Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: t.wiersma@nhg.org • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Werken in de huisartsenwetenschap

nederlands huisartsen genootschap

Op wetenschappelijke basis bezig zijn met huisartsgeneeskunde, naast uw werkzaamheden in de huisartsenpraktijk? Dat kan bij het NHG, de wetenschappelijke vereniging van en voor huisartsen. Met ruim 130 collega's maken we de meest actuele huisartsgeneeskundige kennis beschikbaar voor alle huisartsen. Het NHG heeft drie vacatures voor praktiserende huisartsen.

Wetenschappelijk medewerker kwaliteit en beleid (0,4 - 0,6 fte, vacaturenummer OKE2017)

In deze functie maakt u producten voor de implementatie van de NHG-Standaarden en de praktijk organisatorische richtlijnen; en producten die onze leden helpen bij de organisatie en systematische bewaking van de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk. U ontwikkelt onder meer indicatoren bij de NHG-Standaarden. We zoeken een praktiserend huisarts met meer dan gemiddelde kennis en ervaring van kwaliteitsbeleid en praktijkorganisatie, die kan samenwerken met andere professionele organisaties en patiëntenorganisaties en die beschikt over uitstekende schriftelijke vaardigheden.

Wetenschappelijk medewerker nascholing (0,4 fte, vacaturenummer NS2017)

In deze functie houdt u zich bezig met de ontwikkeling, acquisitie, bemiddeling en uitvoering van de nascholing voor huisartsen en praktijkmedewerkers, waaronder ook Erkende Kwaliteits Coördinatoren (EKC'en).
We zoeken een praktiserend huisarts die ervaring en affiniteit heeft met het ontwikkelen van nascholing, beschikt over didactische vaardigheden en die externe docenten kan begeleiden bij het verzorgen van dit onderwijs.

Wetenschappelijk medewerker preventie (0,4 fte, vacaturenummer PV2017)

In deze functie werkt u mee aan onze preventie-activiteiten op het gebied van baarmoederhalskanker, darmkanker, griep en 'preventie in de buurt'. Dit is een tijdelijke functie voor een half jaar. We zoeken een praktiserend huisarts met belangstelling voor en ervaring met preventie, sterk in samenwerken en in het onderhouden van contacten.

Wat bieden wij?

Afhankelijk van opleiding en ervaring bedraagt het salaris bij een fulltime aanstelling minimaal € 4.223 bruto per maand en maximaal € 5.427 bruto per maand (schaal 12), exclusief 8% vakantiegeld en eindejaarsuitkering (8,3 %) en een tegemoetkoming in de ziektekosten.

Informatie & sollicitatie

Meer informatie over de drie functies vindt u op de website van het NHG www.nhg.org/werken-bij-het-nhg. Margriet Bouma (*m.bouma@nhg.org*) is aanspreekpunt voor de vacature kwaliteit en beleid, Liesbeth van der Jagt (*L.vanderjagt@nhg.org*) voor de vacature nascholing en Ton Drenthen (*T.drenthen@nhg.org*) voor de vacature preventie. Zij zijn ook te bereiken via tel. 030-2823500.
Sollicitaties voorzien van een curriculum vitae kunt u (o.v.v. het vacaturenummer) sturen naar Lonneke Paijens, afdeling P&O, *solliciteren@nhg.org*. U kunt tot en met vrijdag 17 november reageren.

AMGEN®
Cardiovascular

HELP UW PATIËNT
MET EEN TE HOOG LDL-C

REPATHA®
WANNEER HET LAGER MOET

KRACHTIG EN VOORSPELBAAR

+ Krachtige en aanhoudende **LDL-c verlaging tot 75%.**# Met als gevolg regressie van coronaire atherosclerose bij 64% van de patiënten[1-5]

VEILIG

+ Veiligheidsprofiel **vergelijkbaar met (placebo) controlegroepen**[5,6]

EENVOUDIG

+ **Eén dosering,** elke twee weken via een patiëntvriendelijke SC-toediening met de SureClick® auto-injector[1]

VS. Placebo.
* Zie voor meer productinformatie, vergoedingscriteria en referenties elders in deze uitgave.

NL-P-145-0817-053743. September 2017

Repatha®
(evolocumab)

Verkorte productinformatie ACARIZAX®
2017-06ACA-01

Farmaceutische vorm en samenstelling: ACARIZAX® is een lyophilisaat voor oraal gebruik (een soort smelttablet) voor specifieke immunotherapie en bevat SQ gestandaardiseerd allergeenextract van van de huisstofmijten Dermatophagoides pteronyssinus en Dermatophagoides farinae, in een concentratie van 12 SQ-HDM per tablet. **Therapeutische indicatie:** ACARIZAX® is geïndiceerd voor volwassen en adolescenten patiënten (12-65 jaar) met aanhoudend matige tot ernstige allergische rhinitis door huisstofmijt ondanks het gebruik van symptomatische medicatie, gediagnosticeerd op basis van klinisch relevante klachten waarbij de diagnose is gesteld op basis van een positieve huidpriktest en/of specifieke IgE-test op huisstofmijt. **Dosering en wijze van toediening:** De aanbevolen dosis voor volwassenen is dagelijks één lyofilisaat voor oraal gebruik (12 SQ-HDM). Slikken dient te worden vermeden gedurende één minuut. Het wordt aanbevolen om de eerste inname onder medisch toezicht in te nemen. Behandeling met ACARIZAX® dient te worden gestart door artsen met ervaring in de behandeling van allergische aandoeningen. **Klinische effect:** Het klinisch effect treedt naar verwachting 8-14 weken na aanvang van de behandeling op. Internationale behandelrichtlijnen geven aan dat met allergie immunotherapie een gunstig effect op het natuurlijke beloop van de aandoening kan worden bereikt na een behandelperiode van 3 jaar. Gegevens m.b.t. de werkzaamheid van ACARIZAX® bij volwassenen zijn beschikbaar voor een behandelperiode van 18 maanden; er zijn geen gegevens bekend over een behandeling van 3 jaar. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor hulpstoffen, een FEV1 < 70% van de voorspelde waarde bij aanvang van de behandeling, actieve of slecht onder controle gebrachte auto-immuunziekten, immuundisfuncties, immunodeficiënties, immunosuppressie of maligne neoplastische ziekten met huidige klinische relevantie. Patiënten bij wie in de afgelopen 3 maanden sprake was van een ernstige verergering van astma. Bij patiënten met astma die een acute luchtweginfectie krijgen, dient behandeling met ACARIZAX® te worden uitgesteld totdat de infectie over is. Patiënten met een acute ernstige mondontsteking of wonden in de mond. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Verslechtering van astma, ernstige ontsteking, wonden in de mond of na een operatie in de mond, waaronder het trekken van tanden en kiezen. Bij patiënten die in het verleden een systemische reactie kregen op subcutane immunotherapie voor huisstofmijtallergie, kan het risico op het optreden van een ernstige allergische reactie met ACARIZAX® verhoogd zijn. Patiënten met een hartziekte kunnen een verhoogd risico hebben in geval van systemische allergische reacties. **Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie:** Gelijktijdige behandeling met symptomatische anti-allergische medicatie kan de tolerantiegrens van de immunotherapie verhogen. **Zwangerschap en borstvoeding:** Geen klinische ervaring. Dierstudies duiden niet op een verhoogd risico. Behandeling dient niet te worden gestart tijdens de zwangerschap. **Bijwerkingen:** Patiënten die met ACARIZAX® worden behandeld, kunnen in eerste instantie milde tot matige lokale allergische reacties verwachten in de eerste paar dagen. Deze reacties verdwijnen bij voortzetting van de behandeling (1-3 maanden). In de meeste gevallen zal de reactie binnen 5 minuten na het innemen van ACARIZAX® optreden en na enkele minuten tot uren afnemen. Ernstigere oro-faryngeale allergische reacties kunnen optreden. Afzonderlijke gevallen van ernstige acute verslechtering van astmasymptomen en eosinofiele oesofagitis zijn gerapporteerd. Indien de patiënt significante bijwerkingen heeft dient anti-allergische medicatie te worden overwogen. Indien astmasymptomen acuut verslechteren of er ernstige systemische allergische reacties, angio-oedeem, moeite met slikken, moeite met ademhalen, verandering van stem, hypotensie of een vol gevoel in de keel optreden, dient onmiddellijk contact te worden opgenomen met een arts. In sommige gevallen is een ernstige systemische allergische reactie opgetreden op doseringen volgend op de eerste dosering. Hypertensieve crisis gevolgd door ademhalingsproblemen zijn gemeld kort na inname van ACARIZAX®. **Overdosering:** Doseringen tot 32 SQ-HDM werden goed verdragen bij volwassenen. **Hulpstoffen:** Gelatine (afkomstig van vissen), mannitol, natriumhydroxide. **Houdbaarheid:** 3 jaar. Inhoud van de verpakking: Aluminium blisterverpakkingen met 90 tabletten. **Registratiehouder:** ALK-Abelló A/S Denemarken. **RVG nummer: 118889.** Uitgebreide product informatie; Voor de volledige informatie (SmPC) en literatuurservice: ALK-Abelló BV, Postbus 60022, 1320 AA Almere, tel 036 – 539 78 40.

ALK

Repatha® – evolocumab – verkorte productinformatie.

Samenstelling: Elke voorgevulde pen bevat 140 mg evolocumab in 1 ml oplossing. **Afleveringsvorm:** Verpakkingsgrootten met één of twee voorgevulde pennen. **Farmacotherapeutische groep:** overige antilipaemica, ATC-code: C10AX13. **Indicaties:** Hypercholesterolemie en gemengde dyslipidemie: Repatha is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen met primaire hypercholesterolemie (heterozygoot familiaire en niet-familiaire) of gemengde dyslipidemie als toevoeging aan een dieet: in combinatie met een statine of een statine met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die hun LDL-C-doel niet bereiken met een maximaal verdraagbare dosis van een statine, of alleen of in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die statines niet verdragen of bij wie een statine is gecontra-indiceerd. Homozygote familiaire hypercholesterolemie: Repatha is geïndiceerd voor gebruik in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij volwassenen en jongeren van 12 jaar en ouder met homozygote familiaire hypercholesterolemie. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Nierfunctiestoornis: Patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (gedefinieerd als eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis. Leverfunctiestoornis: Bij patiënten met een matig ernstige leverfunctiestoornis, werd een vermindering van de totale blootstelling van evolocumab opgemerkt die zou kunnen leiden tot een verminderd effect op de LDL-C-verlaging. Daarom kan bij deze patiënten een nauwkeurige controle noodzakelijk zijn. Patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (Child-Pugh-klasse C) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis. Overige: De naaldbeschermer van de glazen voorgevulde pen is gemaakt van droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex), dat allergische reacties kan veroorzaken. **Bijwerkingen:** *Vaak:* influenza, nasofaryngitis, infectie van de bovenste luchtwegen, huiduitslag, misselijkheid, rugpijn, artralgie, reacties op de plaats van injectie. *Soms:* urticaria. **Aflevering en vergoeding:** U.R. Repatha wordt volledig vergoed. Voor prijzen zie Z-index. Gebaseerd op SmPC februari 2017. Amgen B.V. Minervum 7061, 4817 ZK te Breda, tel. 076-5732500.

Zie voor meer informatie de geregistreerde productinformatie. Deze productinformatie wordt regelmatig aangepast. Voor de meest recente versie van de productinformatie verwijzen wij u daarom naar de website van de European Medicines Agency (EMA) www.ema.europa.eu.

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Alle vermoedelijke bijwerkingen dienen te worden gemeld.

Referenties: 1. SmPC Repatha®, februari 2017. **2.** Robinson JG, et al. JAMA. 2014;311:1870-1883. **3.** Stone NJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2014; 63: 2889-2934. **4.** Raal FJ, et al. Lancet. 2015;385:331-340. **5.** Nicholls SJ, et al. JAMA. 2016;316:2373-2384. **6.** Toth PP, et al. Circulation. 2017;135:1819-1831.

AMGEN
Cardiovascular

Repatha®
(evolocumab)

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE TRIMBOW® 87/5/9 MICROGRAM/DOSIS, AËROSOL, OPLOSSING

Samenstelling en farmaceutische vorm: beclometasondipropionaat 87 mcg, formoterolfumaraatdihydraat 5 mcg en glycopyrronium 9 mcg per dosis als aërosol, oplossing. **Indicaties**: Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta-2-agonist. **Dosering en wijze van toediening**: 2 maal daags 2 inhalaties. Trimbow mag gebruikt worden met een AeroChamber Plus. **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor een van de werkzame of hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** Niet voor acuut gebruik. Acute overgevoeligheidsreacties en paradoxale bronchospasmen kunnen optreden. Behandeling niet abrupt staken. Wees voorzichtig bij patiënten met hartritmestoornissen, m.n. derdegraads AV-blok en tachyaritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte (m.n. acuut myocardinfarct, ischemische hartziekte, congestief hartfalen), occlusieve vaatziekten (m.n. arteriosclerose), arteriële hypertensie en aneurysma. Wees ook voorzichtig bij de behandeling van patiënten die (vermoedelijk) verlenging van het QTc-interval hebben, hetzij congenitaal hetzij door geneesmiddelen. Bij anesthesie met gehalogeneerde anesthetica Trimbow niet toedienen gedurende minstens 12 uur voor begin hiervan i.v.m. risico op cardiale aritmieën. Toename van pneumonieën, ook die met ziekenhuisopname, is waargenomen bij COPD-patiënten die geïnhaleerde corticosteroïden kregen. Systemische effecten kunnen met elke inhalatiecorticosteroïde optreden. Dien voorzichtig toe aan patiënten met actieve of latente pulmonaire tuberculose, of schimmel en virusinfecties van de luchtwegen. Mogelijk ernstige hypokaliëmie kan optreden met een bèta-2-agonist; dit kan tot cardiovasculaire bijwerkingen leiden. Voorzichtigheid is m.n. geboden bij ernstige COPD, omdat dit effect kan worden versterkt door hypoxie. Hypokaliëmie kan ook toenemen door gelijktijdige behandeling met andere middelen die hypokaliëmie kunnen induceren, zoals xanthinederivaten, steroïden en diuretica en bij gebruik van meerdere bronchodilatoren. De inhalatie van formoterol kan een stijging van de bloedglucosegehaltes veroorzaken. Controleer het bloedglucose bij diabetes. Glycopyrronium moet voorzichtig worden gebruikt bij patiënten met nauwekamerhoekglaucoom, prostaathyperplasie of urineretentie. Informeer patiënten dat bij symptomen van acute nauwekamerhoekglaucoom ze Trimbow moeten staken en onmiddellijk contact moeten opnemen met hun arts. Langdurige, gelijktijdige toediening met andere anticholinergica wordt niet aanbevolen. Bij ernstige nierinsufficiëntie alleen gebruiken als voordeel opweegt tegen nadeel. Na gebruik mond goed spoelen. **Interacties**: *Farmacokinetische interacties:* vanwege mogelijk systemische effecten bij gelijktijdig gebruik van krachtige CYP3A-remmers (bijv. ritonavir, cobicistat) en beclometason wordt voorzichtig gebruik en passende controle hierbij geadviseerd. *Farmacodynamische interacties:* nietcardioselectieve bètablokkers (waaronder oogdruppels) moeten worden vermeden bij gelijktijdig gebruik van formoterol per inhalatie: het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Gelijktijdig gebruik van andere bèta-adrenergica kan potentieel aanvullende effecten hebben; derhalve is voorzichtigheid hierbij geboden. Gelijktijdige behandeling met kinidine, disopyramide, procaïnamide, antihistaminica, monoamineoxidaseremmers, tricyclische antidepressiva en fenothiazines kan leiden tot een verlengd QT-interval en een verhoogd risico op ventriculaire aritmieën. Ldopa, Lthyroxine, oxytocine en alcohol kunnen leiden tot verminderde tolerantie van het hart voor bèta-2-mimetica. Gelijktijdige behandeling met monoamineoxidaseremmers, waaronder middelen met vergelijkbare eigenschappen, zoals furazolidon en procarbazine, kan een versterkende werking hebben op hypertensieve reacties. Risico op aritmieën is verhoogd bij gelijktijdige anesthesie met gehalogeneerde koolwaterstoffen. Gelijktijdige behandeling met xanthine-derivaten, steroïden of diuretica kan het hypokaliëmische effect van bèta-2-agonisten versterken. Hypokaliëmie kan de dispositie voor aritmieën verhogen bij patiënten die digitalisglycosiden krijgen. Langdurige gelijktijdige toediening met andere anticholinergica, is niet onderzocht en wordt dus niet aanbevolen. **Bijwerkingen**: *Vaak (1/10-1/100):* pneumonie, faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie, nasofaryngitis, hoofdpijn, dysfonie; *soms (1/100-1/1.000):* griep, orale schimmelinfectie, orofaryngeale, slokdarm en vulvovaginale candidiasis, sinusitis, rinitis, gastro-enteritis, allergische dermatitis, hypokaliëmie, hyperglykemie, rusteloosheid, tremor, duizeligheid, dysgeusie, hypo-esthesie, salpingitis, atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyaritmie, hartkloppingen, hyperemie, overmatig blozen, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, bloedneus, diarree, droge mond, dysfagie, nausea, dyspepsie, branderig gevoel van de lippen, cariës, huiduitslag, urticaria, pruritus, hyperhidrose, spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit, skeletspiersteselborstpijn, vermoeidheid, asthenie, verhoging van C-reactief proteïne, bloedplaatjestelling, vrije vetzuren, bloedinsuline en bloedketonlichaam, verlaging van bloedcortisol. **Bewaren**: In koelkast bewaren (2-8ºC). Na aflevering nog maximaal 4 maanden houdbaar bij maximaal 25ºC. **Afleverstatus**: UR. **Registratienr:** EU/1/17/1208/002. **Vergoeding en prijzen:** Trimbow wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor de prijs: zie Z-index. **Registratiehouder**: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, Parma, Italië. **Datum**: 14 juni 2017. **Chiesi Pharmaceuticals B.V.** Evert van de Beekstraat 1-120, 1118 CL Schiphol. **Referentie: 1.** SmPC Trimbow®.

Referentie:
1. Samenvatting van de productkenmerken van Champix®, juli 2016.

Verkorte productinformatie Champix (opgesteld: juli 2016). **De volledige productinformatie (SPC) is op aanvraag verkrijgbaar. Samenstelling:** Champix 0,5 en 1 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 0,5 en 1 mg varenicline (als tartraat). **Indicatie:** Champix is geïndiceerd voor het stoppen met roken bij volwassenen. **Farmacotherapeutische categorie:** overige geneesmiddelen werkzaam op het zenuwstelsel; geneesmiddelen gebruikt bij verslavingsaandoeningen; geneesmiddelen gebruikt bij nicotineafhankelijkheid, ATC-code: N07BA03. **Dosering:** Dag 1 t/m 3 van de behandeling: 0,5 mg eenmaal per dag; dag 4 t/m 7: 0,5 mg tweemaal per dag; dag 8 tot einde behandeling: 1 mg tweemaal per dag. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** *Effect van stoppen met roken:* Fysiologische veranderingen door het stoppen met roken, met of zonder behandeling met Champix, kunnen de farmacokinetische of de farmacodynamische eigenschappen van een aantal geneesmiddelen veranderen. Hiervoor kan een aanpassing van de dosering nodig zijn (voorbeelden zijn theofylline, warfarine en insuline). Aangezien roken CYP1A2 induceert, kan stoppen met roken leiden tot een toename van de plasmaconcentraties van CYP1A2-substraten. *Neuropsychiatrische symptomen:* Veranderingen in gedrag of denken, angst, psychose, stemningswisselingen, agressief gedrag, depressie, zelfmoordgedachten en -gedrag en zelfmoordpogingen zijn gemeld uit post-marketingervaring bij patiënten die proberen te stoppen met roken met behulp van Champix. Er is een groot gerandomiseerd, dubbelblind, met werkzaam middel en met placebo gecontroleerd onderzoek uitgevoerd om het risico op ernstige neuropsychiatrische voorvallen te vergelijken. Dit is gedaan bij patiënten met en zonder voorgeschiedenis van een psychiatrische aandoening, die werden behandeld om te stoppen met roken met behulp van varenicline, bupropion, nicotinevervangende pleister (NRT) of placebo. Het primaire veiligheidseindpunt was een samenstelling van neuropsychiatrische bijwerkingen die zijn gemeld als postmarketingervaring. Voor het samengestelde primaire eindpunt ging het gebruik van varenicline bij patiënten met of zonder voorgeschiedenis van een psychiatrische aandoening niet gepaard met een verhoogd risico op ernstige neuropsychiatrische voorvallen vergeleken met placebo. Een terneergeslagen stemming, in zeldzame gevallen gepaard gaand met zelfmoordgedachten en zelfmoordpoging, kan een symptoom van nicotine-onttrekking zijn. Artsen dienen alert te zijn op het mogelijke optreden van ernstige neuropsychiatrische symptomen bij patiënten die proberen te stoppen met roken met of zonder behandeling. Als er tijdens de behandeling met varenicline ernstige neuropsychiatrische symptomen optreden, dienen patiënten het gebruik van varenicline onmiddellijk stop te zetten en contact op te nemen met een zorgverlener voor een herevaluatie van de behandeling. *Voorgeschiedenis van psychiatrische aandoeningen:* Stoppen met roken, met of zonder farmacotherapie, is in verband gebracht met verergering van een onderliggende psychiatrische aandoening (bijv. depressie). Daarom is voorzichtigheid geboden bij patiënten met een voorgeschiedenis van een psychiatrische aandoening en dienen patiënten overeenkomstig te worden ingelicht. *Insulten:* Tijdens klinische onderzoeken en uit post-marketing ervaring zijn er meldingen geweest van insulten bij patiënten met of zonder voorgeschiedenis van insulten die werden behandeld met Champix. Champix dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met een voorgeschiedenis van insulten of andere aandoeningen die de insultdrempel kunnen verlagen. *Staken van de behandeling:* Aan het einde van de behandeling werd het staken van Champix geassocieerd met een toename in geïrriteerdheid, neiging om te roken, depressie en/of slapeloosheid bij maximaal 3 % van de patiënten. De voorschrijver dient de patiënt hierover te informeren en de noodzaak voor het afbouwen van de dosis te bespreken of te overwegen. *Cardiovasculaire voorvallen:* Patiënten die Champix gebruiken, dienen geïnstrueerd te worden hun arts te informeren over nieuwe of verergerende cardiovasculaire symptomen en dienen direct medische verzorging in te roepen indien zij klachten en symptomen van een myocardinfarct of beroerte opmerken. *Overgevoeligheidsreacties:* Er zijn postmarketingmeldingen van overgevoeligheidsreacties, waaronder angio-oedeem, bij met varenicline behandelde patiënten. Klinische symptomen omvatten zwelling van het gezicht, de mond (tong, lippen en tandvlees), de hals (keel en strottenhoofd) en de ledematen. Meldingen van levensbedreigend angio-oedeem waarbij spoedeisende medische hulp nodig was wegens bemoeilijkte ademhaling zijn zeldzaam. Patiënten die deze verschijnselen ondervinden, dienen de behandeling met varenicline te stoppen en onmiddellijk contact op te nemen met een zorgverlener. *Huidreacties:* Er zijn ook postmarketingmeldingen van zeldzame, maar ernstige huidreacties, waaronder syndroom van Stevens-Johnson en erythema multiforme, bij patiënten die varenicline gebruiken. Aangezien deze huidreacties levensbedreigend kunnen zijn, dienen patiënten de behandeling bij de eerste symptomen van huiduitslag of een huidreactie te stoppen en onmiddellijk contact op te nemen met een zorgverlener. Er is een beperkte hoeveelheid gegevens over het gebruik van varenicline bij zwangere vrouwen. Uit dierenonderzoek is reproductietoxiciteit gebleken. Varenicline wordt niet aanbevolen voor gebruik tijdens de zwangerschap. Vrouwen die zwanger kunnen worden, dienen te voorkomen dat ze zwanger worden tijdens de behandeling met varenicline. **Interacties:** Gebaseerd op de eigenschappen van varenicline en de klinische ervaringen tot nu toe, heeft Champix geen belangrijke geneesmiddeleninteracties. Er wordt geen dosisaanpassing aangeraden van Champix of de eventueel tegelijkertijd toegediende geneesmiddelen zoals die in de volledige productinformatie genoemd staan. **Bijwerkingen:** Stoppen met roken, met of zonder behandeling, gaat gepaard met onder meer dysfore of depressieve stemming, slapeloosheid, prikkelbaarheid, frustratie of woede, angst, concentratiemoeilijkheden, rusteloosheid, verlaagde hartslag, toegenomen eetlust of gewichtstoename. Er is geen poging ondernomen om in het ontwerp of de analyse van de onderzoeken naar Champix een onderscheid te maken tussen ongewenste voorvallen die te maken hebben met de behandeling met het onderzoeksgeneesmiddel of die mogelijk te maken hebben met nicotine-ontwenning. Bij patiënten behandeld met 1 mg tweemaal per dag na een initiële titratieperiode was misselijkheid het meest gemelde ongewenste voorval (28,6%). Meestal deed de misselijkheid zich voor in het begin van de behandelingsperiode, was ze licht tot matig ernstig en leidde ze zelden tot de stopzetting van de behandeling. De waargenomen bijwerkingen zijn: zeer *vaak (≥1/10):* nasofaryngitis, abnormale dromen, insomnia, hoofdpijn, misselijkheid; *vaak (≥1/100, <1/10):* bronchitis, sinusitis, gewichtstoename, verminderde eetlust, toegenomen eetlust, somnolentie, duizeligheid, dysgeusie, dyspneu, hoesten, gastro-oesofageale reflux ziekte, braken, constipatie, diarree, maagzwelling, buikpijn, tandpijn, dyspepsie, flatulentie, droge mond, huiduitslag, pruritus, artralgie, myalgie, rugpijn, pijn op de borst, moeheid, abnormaal leverfunctieonderzoek; *soms (≥1/1.000, <1/100):* schimmelinfectie, virusinfectie, hyperglykemie, zelfmoordgedachten, agressie, paniekaanval, abnormaal denken, rusteloosheid, stemmingswisselingen, depressie, angst, hallucinaties, toegenomen libido, verminderd libido, insult, tremor, lethargie, hypo-esthesie, conjunctivitis, oogpijn, tinnitus, hartinfarct, angina pectoris, tachycardie, hartkloppingen, verhoogde hartfrequentie, verhoogde bloeddruk, opvlieger, ontsteking van de bovenste luchtwegen, congestie van de luchtwegen, dysfonie, allergische rinitis, keelirritatie, congestie van de sinus, hoestsyndroom van de bovenste luchtwegen, rinorroe, hematochezia, gastritis, verandering in darmgedrag, oprispingen, afteuze stomatitis, pijn aan het tandvlees, erytheem, acne, hyperhidrose, nachtzweten, spierspasmen, musculoskeletale pijn in de borstkas, pollakiurie, nycturie, menorragie, borstklachten, griepachtige ziekte, pyrexie, asthenie, malaise; *zelden (≥ 1/10.000, < 1/1.000)* verminderd aantal bloedplaatjes, diabetes mellitus, polydipsie, psychose, slaapwandelen, abnormaal gedrag, dysforie, bradyfrenie, cerebrovasculair accident, hypertonie, dysartrie, coördinatiestoornissen, hypogeusie, circadiane slaapritmestoornis, scotoom, scleraverkleuring, mydriase, fotofobie, myopie, verhoogde traanproductie, atriumfibrillatie, ST-segmentdepressie op het elektrocardiogram, verlaagde T-golfamplitude op het elektrocardiogram, laryngeale jeuk, snurken, hematemese, abnormale feces, beslagen tong, ernstige huidreacties waaronder syndroom van Stevens-Johnson en erythema multiforme, anglo-oedeem, stijve gewrichten, costochondritis, glycosurie, polyurie, vaginale afscheiding, seksuele disfunctie, koudegevoel, cyste, abnormale sperma-analyse, verhoogd C-reactief eiwit, verlaagd calcium in het bloed. **Afleveringsstatus:** UR **Registratienummer:** EU/1/06/360/001-024. **Vergoeding en prijzen:** Champix wordt vergoed binnen bepaalde stoppen met roken programma's. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-Index taxe. **Voor medische informatie over dit product belt u met 0800-MEDINFO (6334636). Registratiehouder:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Verenigd Koninkrijk. **Neem voor correspondentie en inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Pfizer bv, Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel**.

PP-CHM-NLD-0103

Evidence levert niet het antwoord op alle vragen die zich in de praktijk voordoen.

Nog bedenkelijker is het dat de kritiek van de raad op evidence-based practice zich in feite laat lezen als kritiek op de westerse medische wetenschap als geheel. Evidence-based practice is immers niet veel meer dan het ordentelijk doorvlooien, systematisch samenvatten en duiden van de resultaten daarvan.

Natuurlijk is de medische wetenschap reductionistisch, heeft ze een voorkeur voor meetbare en objectiveerbare zaken en het zoveel mogelijk neutraliseren van verstorende variabelen en zijn de gekozen uitkomstmaten voor discussie vatbaar. Dezelfde kritiek viel ook ver voordat evidence-based practice was uitgevonden in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw op de medische wetenschap te beluisteren. Ook toen al kwam men vaak met holistische alternatieven.

Uiteraard moet een arts bij het gebruik van medische kennis in de praktijk ook rekening houden met 'context', zoals opvattingen, voorkeuren en waarden van patiënten. De meeste richtlijnteksten en praktiserende artsen zijn zich daar afdoende van bewust.

Het is onbegrijpelijk dat de raad voorstelt om besluiten die rekening houden met al deze 'pluriforme' en 'dynamische' variabelen te beschouwen als experimenten en het voor te stellen dat men daarvan kan leren, alsof deze experimenten bruikbare kennis zullen opleveren. Een experiment veronderstelt een heldere vraagstelling en afdoende controle van de relevante variabelen. De opbrengst van besluitvorming op basis van de 'verbinding' of 'integratie' van heterogene variabelen zal doorgaans niet meer zijn dan een verzameling oninterpreteerbare casuïstiek. Als artsen daar inzichten aan gaan ontlenen, zal het gaan om opvattingen waarvan de juistheid nog moet worden bewezen. Dergelijke opinies zijn gemakkelijk vertekend door persoonlijke preoccupaties en verschillen wezenlijk van kennis. Anders dan de raad stelt is kennis bij uitstek niet persoonlijk, behalve in de triviale zin dat een persoon kennis kan bezitten. Kennis veronderstelt een methode die ook voor anderen inzichtelijk en overdraagbaar is en is daarmee op zijn minst intersubjectief.

CONCLUSIE

In zijn rapport signaleert de raad een aantal beperkingen van evidence-based practice die allang bekend zijn. Evidence levert niet het antwoord op alle vragen die zich in de praktijk voordoen. Richtlijnmakers en de meeste artsen zijn zich daarvan goed bewust.

Het pleidooi voor context-based practice waarbij op basis van integratie van contextvariabelen al experimenterend nieuwe leerervaringen op worden gedaan, is in feite een miskenning van het karakter van wetenschappelijke kennis en vormt geen bruikbaar alternatief.

LITERATUUR

1 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag, 2017.
2 Marks HM. The progress of experiment. Science an dtherapeutic reform in the United States, 1900-1990. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
3 Bodewitz HJ, Buurma H, De Vries GH. Regulatory science and the social management of trust in medicine. In: Bijker WE, Hughes TP, Pinch TJ (eds). The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology. Cambridge, Massachusetts/London, England: The MIT Press, 1987.
4 Matthews JR. Quantification and the quest for medical certainty. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.
5 Porter TM. Trust in numbers. The persuit of objectivity in science and public life. Princeton: Princeton University Press, 1995.
6 Wiersma Tj. Twee eeuwen zoeken naar medische bewijsvoering. De gespannen verhouding tussen experimentele fysiologie en klinische epidemiologie. Amsterdam, Overveen: Boom, Belvédère, 1999.

Nout Willems, Arnold Romeijnders, Geert Smits

Verminderen van praktijkvariatie in de eerste lijn

Samenvatting

Willems N, Romeijnders A, Smits G. Verminderen van praktijkvariatie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2017;60(11):580-3.

Zorggroep PoZoB vergelijkt de prestaties van huisartsen onderling in de zorg voor een aantal chronische aandoeningen aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren zijn afgeleid van NHG-richtlijnen. De spiegelinformatie wordt met huisartsen besproken met als doel een individueel verbeterplan op te stellen. Hoewel de huisartsen bij PoZoB gemiddeld steeds beter presteren op de kwaliteitsindicatoren, is de praktijkvariatie groot. Zo is er een groep huisartsen die structureel laag presteert, maar ook een groep van best practices die zich ieder jaar verbetert. De huisartsen van PoZoB hebben minimale normen voor verantwoorde chronische zorg vastgesteld. PoZoB zet intensieve en niet-vrijblijvende ondersteuning in bij huisartsen die structureel onder deze minimale normen presteren. De ondersteuning richt zich vaak op praktijkorganisatie, deskundigheidsbevordering en commitment aan de doelstelling van de organisatie. De eerste resultaten van deze ondersteuning zijn positief. Binnen de zorggroep is er draagvlak om de gehanteerde werkwijze door te ontwikkelen.

PoZoB implementeert zorgprogramma's om de kwaliteit van zorg te verbeteren en maakt daarbij gebruik van spiegelinformatie met proces- en uitkomstindicatoren. Aanvankelijk richtte de vereniging zich op het verbeteren van het gemiddelde van bepaalde indicatoren. Alle praktijken kregen dezelfde doelstelling aangereikt, bijvoorbeeld het verbeteren van het percentage patiënten met een adequate bloeddruk of LDL-cholesterolgehalte. Elke praktijk werd daarvoor in dezelfde mate gestimuleerd en geschoold. Terwijl PoZoB goed scoort in de landelijke benchmark blijven we echter grote verschillen tussen huisartsenpraktijken onderling zien.[1]

De laatste jaren is de kwaliteitsdoelstelling verschoven naar het verkleinen van de verschillen tussen huisartsenpraktijken (praktijkvariatie). We hebben daarvoor een gerichte interventie ontwikkeld waarbij minder presterende huisartsenpraktijken worden verplicht om te verbeteren, totdat zij naar behoren presteren [**kader Interventie**].

MINIMALE NORMEN VOOR VERANTWOORDE ZORG

Wij hebben normen vastgesteld bij 84 indicatoren, die zijn afgeleid van de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2, Cardiovasculair Risicomanagement, COPD en Astma. Deze normen zijn ingericht als ondergrens voor minimaal verantwoorde zorg en voor best practice. Voor de minimale normen is een conceptgrens gesteld op grond van tweemaal de stan-

Zorggroep PoZoB, Veldhoven: N.A. Willems, manager zorgprogramma's; A.C.M. Romeijnders, medisch directeur, tevens huisarts. Huisartspraktijk Smits, Weert: G.H.J.M. Smits, kaderhuisarts hart- en vaatziekten • Correspondentie: n.willems@pozob.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

PoZoB

Zorggroep PoZoB is een coöperatieve vereniging van 150 huisartsenpraktijken met de missie om multidisciplinaire eerstelijnszorg te verbeteren. In haar 15-jarig bestaan implementeerde PoZoB zorgprogramma's voor mensen met diabetes mellitus type 2, astma, COPD, cardiovasculaire risicofactoren en -ziekten, klachten van geestelijke gezondheid en voor kwetsbare ouderen. Elke huisartsenpraktijk in de regio Zuidoost Brabant kan zich aansluiten bij PoZoB.

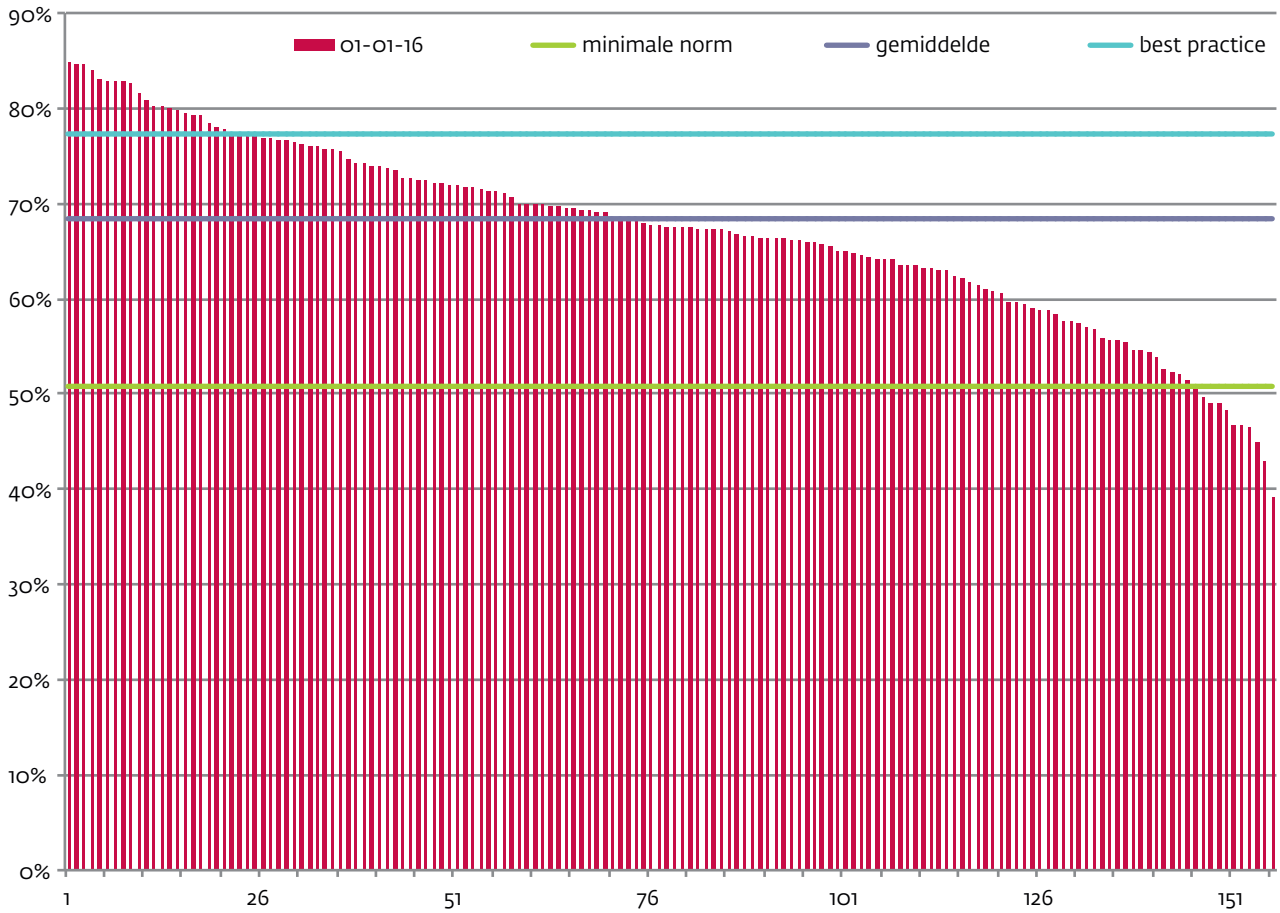
Interventie

De interventie richt zich op huisarts en praktijkondersteuner. Zij kunnen al langer actuele spiegelinformatie inzien over hun praktijkpopulatie in een benchmark met die van de eigen huisartsengroep en de hele zorggroep. Vanaf januari 2016 ontvangt iedere praktijk ook een aparte driemaandelijkse spiegelrapportage waarin minimale en best practice-normen zijn aangegeven. De rapportage wordt met de huisarts en de praktijkondersteuner besproken en geanalyseerd in samenhang met andere relevante praktijkfactoren. Hierbij passeren allerlei factoren rondom inhoud van zorg en praktijkvoering de revue. Vooral bij minder presterende praktijken gaat het over resultaatgerichtheid (aandacht voor het interpreteren van de spiegelrapportage en verbeteren naar tenminste het minimale niveau), het consequent toepassen en zo nodig beargumenteerd afwijken van richtlijnen, gestructureerd onderling overleg met opvolging van afspraken zodat de praktijkondersteuner zich gesteund voelt door de huisarts, adequate postverwerking en registratie, voldoende aanstellingsuren van de praktijkondersteuner, (dis)continuïteit van huisartsen of praktijkondersteuners, aard van de praktijkpopulatie en koppelingsproblemen met laboratoria, HIS of KIS.

Aan de hand van de uitkomsten van dit gesprek wordt een individueel praktijkplan opgesteld met de beoogde resultaten en een tijdslijn. Daarbij wordt afgestemd of de praktijk het plan zelfstandig oppakt dan wel gebruikmaakt van ondersteuning door de relatiemanager, een kaderhuisarts, zorgprogrammaverpleegkundige of anderszins. Bij praktijken met meer dan zeven indicatoren onder de minimale norm wordt het verbeterplan samen met de zorggroep opgesteld en actief gemonitord op resultaten. Bij onvoldoende resultaat worden inspanningen en benodigde hulp verplicht geïntensiveerd totdat het beoogde resultaat is bereikt. PoZoB verlangt van deze praktijken dat zij zich inzetten om zo snel mogelijk boven de minimale normen uit te komen. Als dit binnen een redelijke tijd niet lukt, of de praktijk zich niet inzet, wordt deelname aan zorgprogramma's heroverwogen en eventueel beëindigd.

De kern

- Hoewel de huisartsen van zorggroep PoZoB gemiddeld goed scoren op kwaliteitsindicatoren is de praktijkvariatie groot.
- Best practices verbeteren zich ieder jaar met behulp van het zorgprogramma en de daarbij horende kwaliteitscyclus en scholing.
- Voor de meeste huisartsen die laag presteren is het moeilijk om zelfstandig te verbeteren.
- Intensieve en niet-vrijblijvende ondersteuning van een zorggroep kan deze huisartsen daarbij helpen.



Figuur 1 **Percentage patiënten met verhoogd vasculair risico < 80 jaar met RR ≤ 140 mmHg per huisartsenpraktijk op 1-1-2016.**

Elke rode kolom geeft het percentage patiënten aan per huisartsenpraktijk met een bloeddruk ≤ 140 mmHg. De paarse lijn is het gemiddelde (68,4%) op 1 januari 2016, de groene lijn de minimale norm (50,8%) en de lichtblauwe lijn de best practice (77,3%).

daarddeviatie onder het gemiddelde. Voor een best practice is als conceptgrens eenmaal de standaarddeviatie boven het gemiddelde gebruikt. Vervolgens zijn deze indicatoren getoetst aan klinische relevantie en waar nodig bijgesteld. Dit gebeurde in consensusbijeenkomsten van kaderhuisartsen en stafverpleegkundigen (n = 9) en de daarna met de huisartsadviesraad. Na definitieve vaststelling zijn de normen verwerkt in een specifieke spiegelrapportage per praktijk. De normen zijn gedurende twee jaar gefixeerd om praktijken de gelegenheid te geven zich te spiegelen aan absolute verbeteringen.

Tijdens regionale feedbackbijeenkomsten staan het leren van elkaar en voortdurend verbeteren centraal.

Vanaf januari 2016 ontvangt iedere praktijk de driemaandelijkse spiegelrapportage met de minimale en best practice normen. Op grond van deze en andere praktijkinformatie wordt een verbeterplan opgesteld en de interventie ingericht. Praktijken kunnen hun verbeteringen inzien in zowel de actuele benchmarkgegevens van het KIS (Care2U) als de driemaandelijkse spiegelrapportage.

Tijdens regionale feedbackbijeenkomsten worden de resultaten van de huisartsen afgezet tegen elkaar. Het leren van elkaar en voortdurend verbeteren staan hierbij centraal. De beschreven interventie wordt toegepast bij alle zorgprogramma´s. In dit artikel gaan we als voorbeeld in op de eerste resultaten van de interventie bij VVR.

INTERVENTIE BIJ VERHOOGD VASCULAIR RISICO

Bij een verhoogd vasculair risico zijn er meerdere relevante uitkomstindicatoren zoals het percentage mensen met een adequate bloeddruk, LDL-cholesterol of dat niet (meer) rookt. In dit voorbeeld gaan we in op het percentage patiënten met een adequate bloeddruk. Het gemiddeld aantal patiënten per huisartsenpraktijk (groepspraktijk, duopraktijk of solist) is

Figuur 2 **Ontwikkeling van praktijken met het percentage patiënten met verhoogd vasculair risico < 80 jaar en RR ≤ 140 mmHg onder de minimale norm. De paarse lijn geeft de minimale norm aan.**

2711. Hiervan komen gemiddeld 229 patiënten (8,4%) met verhoogd vasculair risico in aanmerking voor deelname aan het zorgprogramma. Bij 49 patiënten spelen factoren waardoor zij niet deelnemen aan het programma zoals gebrek aan motivatie, multimorbiditeit, terminale aandoeningen, (zeer) hoge leeftijd of controle in de tweede lijn. Uiteindelijk nemen 180 patiënten per praktijk (6,6%) daadwerkelijk deel aan het zorgprogramma.

Een belangrijke (intermediaire) uitkomstindicator is het percentage patiënten < 70 jaar met een systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg. In 2016 was het landelijk gemiddelde van alle zorggroepen in Nederland 70%, met een spreiding van 45% tot 78%.[1] PoZoB scoort gemiddeld 74% met een grotere spreiding (39,1 tot 90,1%).

In [**figuur 1**] is de praktijkvariatie (156 huisartsenpraktijken) weergegeven van het percentage patiënten onder 80 jaar met een bloeddruk ≤ 140 mmHg op 1 januari 2016.

Op 1 januari 2016 scoorden elf praktijken onder de minimale norm van 50,8% [**figuur 2**]. Nader onderzoek leerde dat van deze elf praktijken er zes in 2015 ook al onder deze minimale norm presteerden en vijf net erboven. Alle elf scoorden dus al langer onvoldoende of laag.

Binnen anderhalf jaar na het begin van de interventie traden bij acht van de elf praktijken aanzienlijke verbeteringen op zodat op 1 juli 2017 nog maar drie praktijken onder de minimale norm scoorden. Vier van de elf praktijken kregen een intensievere begeleiding omdat ze op meer dan zeven verschillende indicatoren onder de minimale normen scoorden (5, 7, 9, 11). Twee van deze vier praktijken verbeterden tot boven de minimale norm.

In 2017 presteerden daarnaast nog vier nieuwe praktijken onder de minimale norm ten opzichte van 2016. Deze praktijken scoorden in 2015 en 2016 ook al laag, en in 2016 net niet onder de minimale norm. Het aantal best practices steeg tussen januari 2016 en juli 2017 van 21 naar 47. Veel (best practice) praktijken blijven jaarlijks verbeteren. Het gemiddelde percentage patiënten < 80 jaar met een bloeddruk ≤ 140 mmHg steeg van 68,4% naar 71,1%.

De meeste huisartsen en praktijkondersteuners zijn gemotiveerd om aan kwaliteit te werken.

In dit stadium is er geen bewijs dat deze verbeteringen het gevolg zijn van onze interventies. PoZoB paste tussen 2016 en 2017 de organisatie aan op de vragen en problemen die zij bij de interventie tegenkwam. Zo wordt de spiegelrapportage tijdiger en helderder gecommuniceerd naar praktijken, worden praktijken beter ondersteund bij het analyseren en opstellen van verbeterplannen, is er meer expertise beschikbaar en is

duidelijker wanneer en hoe escalatie plaatsvindt indien praktijken blijven onderpresteren.

UITDAGING VOOR DE KOMENDE JAREN

Bij de praktijkbezoeken blijkt dat de meeste huisartsen en praktijkondersteuners gemotiveerd zijn om op basis van de aangereikte spiegelinformatie, minimale normen en ondersteuning op maat aan kwaliteit te werken. De interventie heeft draagvlak en ontwikkelt zich door om steeds beter aan te sluiten op de praktijken.[2] Er zijn eerste resultaten te melden. Van de elf praktijken die al langer laag scoorden zijn er acht praktijken in de tijd dat de interventie werd ingezet verbeterd tot boven de minimale norm.

Veel best practices verbeteren zich ieder jaar met behulp van het zorgprogramma en daarbij horende kwaliteitscyclus, zonder extra ondersteuning van de zorggroep. Bij een aantal praktijken is dat wel nodig Daarnaast komen er ook nieuwe praktijken die onder de minimale normen scoren bij. Bij het opstellen van het jaarlijkse praktijkplan vragen we aandacht om hier beter op te anticiperen. Komende jaren zullen ook de best practices worden geanalyseerd met als doel om succesvolle werkwijzen die daar worden aangetroffen in andere praktijken te kunnen introduceren.

Niet alle huisartsen staan te juichen. Soms is er weerstand, te weinig aandacht en tijd voor het zorgprogramma, of lijken eerder financiële dan inhoudelijke aspecten op de voorgrond te staan. Dan helpt het dat de financiën via de zorggroep verlopen en de directie namens de leden eisen aan resultaten kan stellen. De huisartsen van PoZoB hebben duidelijk uitgesproken dat ze solidair zijn om collega's die willen maximaal te ondersteunen naar een hoger niveau. Maar dat bij collega's die zich onvoldoende inzetten de deelname aan de zorggroep ter discussie komt te staan. Soms is de oorzaak voor het laag scoren te wijten aan langdurige afwezigheid van huisartsen of praktijkondersteuners door ziekte, of recente overname van een voorheen slecht georganiseerde praktijk. Dan is steun door een solidaire en professionele organisatie van groot belang. Het is een gewenningsproces voor huisartsen om resultaatgericht te denken en minimale kwaliteitscriteria vast te stellen en die te monitoren. Echter, elke huisarts vindt het verschil waarbij in de ene praktijk 90% van de mensen met VVR of DM2 een adequate bloeddruk heeft en in een andere slechts 40% klinisch relevant. Natuurlijk wordt ook regelmatig de aard van de praktijkpopulatie als oorzaak van minder presteren besproken, en meegenomen in mogelijke oplossingen voor het verbeteren.

Over de meest effectieve methode voor het verminderen van praktijkvariatie bij zorgprogramma's in de eerste lijn is nog weinig bekend. Wensing et al. deden onderzoek naar de diverse implementatiestrategieën.[3] Zij stelden vast dat er veel methodes zijn die niet of hooguit enigszins effectief zijn.

Niet alle huisartsen staan te juichen

Verbeterprocessen zijn niet eenvoudig, kosten tijd en voortdurende aandacht. Indicatoren geven geen absolute waarde over zorgprestaties maar vormen een aangrijpingspunt voor analyse en verbetering van praktijkvoering en zorg. De gebruikte methodiek ondervindt in de praktijken weerklank voor wat betreft de aanwezigheid van relevante en concrete verbetermogelijkheden van zorg, en zal nog verder kunnen verbeteren. ■

LITERATUUR

1 Klomp M, Romeijnders A, De Braal E, Meulepas M. (red.) Transparante ketenzorg rapportage 2016 zorggroepen diabetes mellitus, VRM, COPD en astma: op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Utrecht: InEen, 2017. https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/170531_Rapport_Transparante_ Ketenzorg_2016_mm_1.pdf.

2 Romeijnders A, Willems N, Oegema D, Wijnands-Van Gent C. Minder praktijkvariatie door analyse van verschillen. Medisch Contact 2017;72(13):19-21.

3 Wensing M, Ouwens M, Boerboom L, Bal R, De Bont A, De Mul M, et al. (red.). Kennis van Implementatie Programma. Nijmegen: IQ: Scientific Institute for Quality of Healthcare, 2010. https://www.nivel.nl/sites/default/files/.../Kennis-van-Implementatie-Programma.pdf.

Nynke Scherpbier-de Haan

Community of practice: leren dicht bij huis

Samenvatting

Scherpbier-de Haan ND. Community of practice: leren dicht bij huis. Huisarts Wet 2017;60(11):584-5.

Huisartsen zullen steeds vaker samenwerken met andere professies binnen de eerste lijn. De kunst is om de kansen te zien en te benutten door een lerend team te vormen: een community of practice.

Huisartsen zullen steeds meer moeten samenwerken met andere professies – of ze willen of niet. Het recente rapport van de Commissie innovatie zorgberoepen en opleidingen spreekt zich daar duidelijk over uit.[1] Een samenwerkingsverband kan een verdieping krijgen door deze te benutten als interprofessionele leeromgeving: een *community of practice*.

We werken samen in ketens voor chronische zorg, binnen een gezondheidscentrum, met de gemeente. De verschillende vormen van samenwerking zijn prachtige bronnen om onze zienswijze als huisarts, te verbreden. Mogelijk benutten we deze bronnen onvoldoende.[2] Er is namelijk veel te leren in het dagelijks werk aan de randen van onze expertise.[3]

Professionals in de eerste lijn blijken op veel momenten tijdens het dagelijks werk hun kennis te vergroten. Aan de hand van focusgroepen en diepte-interviews heeft Joynes laten zien dat er een aantal triggers is voor deze vorm van informeel leren op de werkplek: als reactie op de behoefte van een patiënt, door contact met andermans praktijkvoering en als gevolg van een verandering in richtlijnen.[4] Het is eenvoudig van elk van deze aspecten een voorbeeld te bedenken: samen met (paramedische) collega's naar een lastige casus kijken, met een collega uit de tweede lijn gezamenlijk spreekuur doen of met praktijkondersteuners en paramedici de organisatie voor chronische zorg aanpassen aan een nieuwe richtlijn. Elders in dit tijdschrift doet Marijn Janssen verslag van webbased consultatie tussen aios huisartsgeneeskunde en aios interne geneeskunde. Het blijkt dat aios in de slipstream van dit onderling overleg veel kennis opdoen. In de ouderenzorg bestaat er een mooi project van gezamenlijk leren van huisartsen en praktijkverpleegkundigen rond de taakdelegatie.[5] Met relatief weinig inspanning kun je van dit soort activiteiten betekenisvol leren maken.

Eerstelijns professionals blijken op veel momenten tijdens het dagelijks werk hun kennis te vergroten

Een voorbeeld van een community of practice

In de Sparkcentres in de omgeving Arnhem-Nijmegen[1] leren paramedische en verpleegkundestudenten, en ook coassistenten en aios gezamenlijk over elkaars discipline aan de hand van onder andere patiëntencasuïstiek.[13] De begeleiding is in handen van docenten van de Hogeschool Arnhem Nijmegen en van de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc. Die hierbij betrokken professionals waarderen de blikverruiming die deze onderwijsvorm met zich meebrengt.

LEREND TEAM

Van en met elkaar leren binnen de eerste lijn zal idealiter leiden tot kennisvermeerdering en een betere organisatie van de zorg.[6] De betrokkenen zullen het met elkaar eens moeten worden om samen een 'lerend team' te kunnen vormen. In het Engels spreekt men over *communities of practice*. Een community of practice heeft drie karakteristieken: een gezamenlijk kennisdomein, een groep mensen die van elkaar willen leren en een gezamenlijke patiëntengroep waar ze voor zorgen.[7] Binnen zo'n community of practice delen de deelnemers kennis, denken ze na over de manier waarop nieuwe kennis of richtlijnen hun weg moeten vinden in de praktijken, reflecteren ze op het handelen en leren ze van elkaar door *boundary crossing* – leren aan de grenzen van elkaars expertise.[8]

Om deze vorm van samenwerking te laten bijdragen aan leren dat beklijft (*deep learning*) is het van belang dat deelnemers van tijd tot tijd stilstaan bij de leeropbrengst.[9] Daarvoor kan de visitatie in het kader van herregistratie of praktijkaccreditatie benut worden. Tot nu toe leidt dit soort activiteiten niet makkelijk tot accreditatiepunten. Er moet een formele toetsgroep zijn die een jaarplan en een jaarverslag opstelt, die duidelijk maken wat er geleerd is. Daar wordt de Erkend Kwaliteits Consulent verantwoordelijk voor gemaakt. Ik zou mij kunnen voorstellen dat huisartsen dergelijke leeractiviteiten zichtbaar maken in de vorm van een persoonlijke reflectie die

De kern:

- Interprofessionele samenwerking zal binnen de eerste lijn een steeds grotere plaats krijgen.
- We kunnen deze samenwerking benutten om te leren en de organisatie van zorg te verbeteren.
- We moeten bekijken hoe we deze vorm van leren effectief kunnen maken, bijvoorbeeld door het samenwerkingsverband te laten ontwikkelen tot een community of practice.
- Voor effectieve leeractiviteiten zouden huisartsen accreditatiepunten moeten krijgen.

Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen: dr. N.D. Scherpbier-de Haan, hoofd eerstelijnsvervolgopleidingen • Correspondentie: Nynke.scherpbier-dehaan@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Samenwerken biedt kansen om samen te leren.

tot accreditatie kan leiden. Wat dat betreft zouden huisartsen in Nederland net als in het Verenigd Koninkrijk een e-portfolio moeten hebben.

Een goed functionerend farmacotherapieoverleg is een voorbeeld van een community of practice. Een dergelijke leeromgeving is nog verder uit te breiden door praktijk- en apothekersassistentes een rol te geven. Binnen een gezondheidscentrum zijn er veel kansen om het leren te bevorderen.

Het is belangrijk om van tijd tot tijd stil te staan bij de leeropbrengst

Het is verstandig om daar studenten dan wel stagiaires van de verschillende disciplines bij te betrekken. Ook kan het zeer verrijkend zijn als er binnen een praktijk of gezondheidscentrum medewerkers zijn die een nevenfunctie hebben in onderwijs, onderzoek of bestuur. De kennis die zij opdoen in die andere omgeving kan ook nuttig zijn voor de praktijk.[10]

Uit onderzoek blijkt dat interprofessioneel leren een gunstig effect heeft op attitude en kennis van de lerende en de kwaliteit van de samenwerking.[11] Het is nog niet definitief aangetoond dat betere samenwerking ook leidt tot betere uitkomsten op patiëntenniveau.[12]

Concluderend: samenwerken biedt kansen om samen te leren. Het is van belang om de kansen te zien en te benutten door een podium voor het leerproces te creëren. ■

LITERATUUR

1 Commissie innovatie zorgberoepen en opleidingen. Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Commissie innovatie zorgberoepen en opleidingen, 2016.

2 Nisbet G, Dunn S, Lincoln M. Interprofessional team meetings: opportunities for informal interprofessional learning. J interprof Care 2015;29:426-32.

3 Yu CH, Halapy H, Kaplan D, Brydges R, Hall S, Wong R. Effects of a longitudinal interprofessional educational outreach program on collaboration. J Contin Educ Health Prof 2016;36:24-31.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Oratie Anneke Kramer, bijzonder hoogleraar onderzoek naar opleiden

Huisarts, specialist in generalisme, nu en in de toekomst

We hebben huisarts-generalisten nodig voor toegankelijke medische zorg, voor de menselijke maat en om de gezondheid van de bevolking te bevorderen tegen een goede prijs. Om een goede generalist te zijn heeft de huisarts twee soorten kennis en vaardigheden nodig. Eén voor de rol als dokter in de spreekkamer. De andere soort gaat over kennis en vaardigheden buiten de spreekkamer: de organisatie van de praktijk, de samenwerking met collega's in en buiten de praktijk en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het huidige meester-gezelmodel voldoet in de toekomst niet meer en verandert in 'het lerend koppel'.

Generalisme is cruciaal voor de geneeskunde. Het zorgt voor toegankelijke zorg voor iedereen. Mensen kunnen met allerlei vragen en klachten bij de huisarts terecht. Die schat vervolgens in wat er aan de hand is. Hij neemt daarbij niet te veel en niet te weinig risico. Bij de behandeling gebeurt hetzelfde. De huisarts schat in wat nodig is en probeert zoveel mogelijk alleen te behandelen als het medisch noodzakelijk is. Gezondheidszorgstelsels met een sterke eerste lijn zorgen voor een betere gezondheid van de bevolking tegen lagere kosten. Barbara Starfield toonde dit aan. Het generalisme van de huisarts speelt daarin een centrale rol.

Door de toenemende specialisatie vanaf begin vorige eeuw was er minder aandacht voor de mens achter de ziekte. Huisarts Buma vergeleek de specialistische geneeskunde met een horlogefabriek waar steeds betere onderdelen voor een horloge geleverd worden. Alleen het horloge werkt niet omdat de onderdelen niet bij elkaar passen. Zijn visie gaf een krachtige impuls aan de huisartsgeneeskunde en is nog steeds een van de belangrijkste kernwaardes van de huisarts.

PLUIS/NIET-PLUISGEVOEL BELANGRIJK

Huisartsen en specialisten stellen allebei diagnoses en maken beleid. Huisartsen doen dat voor 95% van klachten waar mensen mee naar de dokter komen. Dat zijn vaak klachten die nog niet lang bestaan en nog niet zo specifiek zijn. Mensen komen ook naar de huisarts met klachten - waarschijnlijk meer dan 60% - waar geen ziekte voor gevonden kan worden. Daarom haalt een huisarts niet meteen alles uit de kast. Hij bekijkt eerst welke kant het opgaat door in te schatten of het een ernstige ziekte kan zijn of niet (pluis/niet-pluisgevoel). Bij pluis kan hij rustig verder zoeken, bij niet-pluis moet hij snel handelen. Het pluis/niet-pluisgevoel is de belangrijkste en moeilijkste vaardigheid van de huisarts, want dat betekent om kunnen gaan met onzekerheid en risico's. De huisarts kan deze inschatting beter maken als hij de patiënt kent. Daarvoor is een vertrouwensband nodig. Dat betekent dat je als huisarts continuïteit biedt, goede gespreksvaardigheden hebt en in staat bent je taalgebruik af te stemmen op de patiënt. Het betekent ook dat je inzicht hebt in je eigen rol in het contact.

Verder heeft de huisarts kennis nodig over de voorgeschiedenis van de patiënt en ziektes die in de familie voorkomen. Maar ook kennis over hoe iemand leeft, woont, werkt en is opgeleid.

De behandeling door de huisarts kent veel variatie. Soms is geruststelling of een luisterend oor voldoende, soms een recept, soms geef je de tijd een kans en zorg je voor een goed vangnet, soms treed je acuut op bij een hartinfarct, soms begeleid je mensen met diabetes of COPD, soms verwijs je. Ook hier helpt het om een goede relatie met de patiënt te hebben, zodat je samen kunt bespreken wat de beste behandeling lijkt. Het is daarbij belangrijk te weten wat de patiënt voor ogen heeft.

WIJKGERICHT WERKEN

Omdat mensen met zoveel verschillende zaken naar de huisarts gaan, is de huisarts een spin in het web. Hij heeft te maken met fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten, psychologen, wijkteams en wijkverpleegkundigen, thuiszorg en specialisten. Hij moet een groot netwerk hebben en met al die mensen samenwerken om een goede gids voor de patiënt te kunnen zijn. Dat kan hij niet altijd alleen. We zien steeds meer hulptroepen in de huisartsenpraktijk, zoals praktijkondersteuners. Zij zijn de verlengde arm van de huisarts. Dat vraagt wel wat van die huisarts, zoals delegatie van taken en goede afstemming rondom een patiënt, maar ook organisatie en sturing.

De huisarts heeft ook vaardigheden nodig buiten de praktijk, zoals in de wijk en de gemeente. Dit is relatief nieuw, maar sluit aan bij de toekomstvisie van de huisarts. De huisarts gaat wijkgerichter werken en richt samen met andere gezondheidswerkers de zorg zo in dat het aansluit bij wat mensen in de wijk nodig hebben.

OPLEIDING TOT COMPETENTE HUISARTSEN

Leren door te werken en ervaring op te doen in de praktijk onder begeleiding van een opleider is het belangrijkste ingrediënt voor de huisartsopleiding (het meester-gezelmodel). Omdat praktijkleren niet voldoende is en om collega huisartsen-in-opleiding (aios) te ontmoeten is er de wekelijkse terugkomdag. Aios hebben opleiders nodig om een goede inschatting te kunnen maken. Opleiders laten zien hoe hun kennis over de patiënt en de patiëntenpopulatie meespeelt in hun afwegingen. Dat doen ze in dagelijkse nabesprekingen en als de aios om hulp vraagt. Aios kunnen daardoor oefenen in omgaan met onzekerheid. Zo bouwen zij in de loop van de opleiding het vertrouwen op dat ze het na de opleiding zelfstandig kunnen. Naast een goede inschatting maken leert de opleider de aios over behandeling en verwijzing, 'niets' doen, samenwerking en organisatie, omgaan met de patiënt, de persoon van de dokter en wat de beroepsgroep van je verwacht. Ook leert de aios van andere medewerkers in de praktijk en door onderdeel te zijn van de praktijk.

Anneke Kramer: "We hebben nieuwe vaardigheden nodig om de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde te behouden."

Wat de terugkomdag bijdraagt en hoe de wisselwerking is met praktijkleren weten we onvoldoende. Uit onderzoek blijkt dat aios de terugkomdag waarderen omdat ze zich kunnen verdiepen in grote thema's als kindermishandeling en euthanasie. Ze geven echter ook aan dat de terugkomdag het leren in de praktijk kan verstoren omdat ze te veel opdrachten krijgen.

In het bewaken van de ontwikkeling van de aios speelt de opleider een grote rol. Niet alleen voor de aios, maar ook voor de veiligheid van de patiënt. Om de aios te beoordelen heeft de huisartsopleiding nog meer manieren, naast de opleider. Dat is nodig omdat het oordeel van de opleiders heel belangrijk is, maar gekleurd kan zijn. Met andere bronnen ontstaat een breder beeld. Bovendien is er belangrijke aanvullende informatie als de opleider twijfelt.

HET LEREND KOPPEL

Elektronica, genetica en robotica krijgen een grotere rol in de spreekkamer. Toenemende medische kennis en mogelijkheden leiden ertoe dat meer mensen al vroeg weten dat ze ziek zijn en dat meer mensen langer leven met veel ziektes tegelijk. Door de vergrijzing krijgen we steeds meer te maken met complexe problematiek. We hebben meer digitale informatie die we beter aan elkaar kunnen koppelen, bijvoorbeeld van de GGD of ziektekostenverzekeraar. Met deze informatie kunnen we patronen herkennen in de praktijk, de wijk of het dorp en onze zorg daarop afstemmen.

Het aanbod van zorg verschuift. We gaan de zorg meer organiseren op grond van wat wijk, gemeente of speciale groep nodig heeft. We hebben nieuwe vaardigheden nodig om de kernwaardes van de huisartsgeneeskunde te behouden. Voor de huisartsopleiding betekent dit dat het meester-gezelmodel, waar de jongere dokter leert van de ervaren dokter, minder werkt. Op sommige terreinen hebben jonge dokters meer ervaring dan hun oudere collega's, zoals bij het gebruik van elektronica. Soms moet uitgezocht worden wat het beste werkt, bijvoorbeeld bij het gebruik van digitale diagnostische ondersteuning. We moeten op zoek naar andere vormen van leren, zoals het lerend koppel waar opleider en aios samen nieuwe vaardigheden ontwikkelen en toepassen. Omdat we meer gaan samenwerken biedt 'interprofessioneel leren' mogelijkheden door samen met andere disciplines te leren goede zorg te leveren.

Tot slot: de geneeskunde staat voor grote uitdagingen. We hebben daar jonge dokters bij nodig. Daarom eindig ik naar Hannah Arendt: 'ik hoop dat wij met toewijding en zeggingskracht de jonge generatie dokters kennis laten maken met het beste uit de geneeskunde en hen de kans bieden daar hun eigen, onvoorspelbare weg in te gaan. Dat is geen gemakkelijke opgave en vraagt om een continue zoektocht. ■

Dit is een ingekorte versie van de oratie die prof.dr. A.W.M. Kramer op 20 januari 2017 uitsprak. Anneke Kramer is hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde van het LUMC, vakgebied vervolgopleiding specialisme huisartsgeneeskunde. De volledige tekst van de oratie vindt u op: https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2017/Oratie-Kramer/

Jasper Trietsch

Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen?

Samenvatting

Trietsch JP. Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen? Huisarts Wet 2017;60(11):588-90.

Het FTO heeft in de afgelopen decennia een vaste plek verworven in de huisartsgeneeskunde. Een soortgelijk overleg over diagnostiek blijkt effectief om het aanvraaggedrag van huisartsen te veranderen. In Nederland onderzochten wij wat het effect was na invoering hiervan in de bestaande FTO groepen. De groepen kregen feedback over hun eigen aanvragen en voorschriften. Dit DTO-FTO bleek het aanvraag en voorschrijfgedrag van huisartsen te veranderen. De veranderingen waren echter kleiner dan in eerdere onderzoeken gevonden waren. Om de effectiviteit van het DTO-FTO te verbeteren zal de kwaliteit van de feedback verbeterd moeten worden. Het verzamelen van voorschrijfgegevens direct uit de HIS-sen en de diagnostiek data bij de laboratoria lijkt de enige oplossing. Het verzamelen van de data zal centraal moeten gebeuren. Binnen de groepen dienen de huisartsen het bestaande format van frontaal onderwijs te verlaten. Hiervoor lijkt een sterke leider binnen de groep onontbeerlijk. De ondersteuning van de DTO-FTO bijeenkomsten zal op een centraal of regionaal niveau vorm gegeven moeten worden om de randvoorwaarden te vervullen. Het DTO-FTO kan er dan toe leiden dat de huisartsen ook daadwerkelijk leren van hun eigen gedrag.

INLEIDING

Begin jaren tachtig van de vorige eeuw is het farmacotherapeutisch overleg (FTO) geïntroduceerd in de eerste lijn om huisartsen in kleine groepen autonoom te laten leren en farmacotherapeutische afspraken te laten maken.[1] Inmiddels nemen bijna alle huisartsen in Nederland deel aan een FTO. Een logische volgende stap zou zijn om het FTO in te zetten om doelmatiger te werken. Daarbij kan gebruikgemaakt worden van feedback over diagnostiek en voorschrijfgedrag, in de vorm van een diagnostisch toetsoverleg (DTO). Een van de problemen van feedback is het verkrijgen van betrouwbare cijfers. Het blijkt ook moeilijk om alle deelnemers in een inhoudelijke discussie over het eigen gedrag te betrekken. Starten met een DTO is ogenschijnlijk een kleine stap, maar blijkt in de praktijk lastig uit te voeren.[2] Het opzetten en uitvoeren van een DTO is wel (kosten)effectief, zo blijkt uit onderzoek.[3] Hoe effectief is het DTO eigenlijk in de praktijk? Om die vraag te beantwoorden hebben wij onderzocht wat het effect is van feedback over voorschrijf- én diagnostisch aanvraaggedrag na implementatie van de DTO-strategie in een minder gecontroleerde omgeving. Op grond van eerder onderzoek weten we welke interventiemethoden het gedrag van hulpverleners in positieve zin kunnen veranderen.[4] Vaak implementeert men de resultaten uit dit soort onderzoeken zonder daarna nog verder na te gaan of de beoogde doelen wel worden gerealiseerd. Daarom hebben we gekeken of de effecten die uit de eerdere onderzoeken naar voren komen vergelijkbaar zijn met de effecten na implementatie. Dergelijk onderzoek is voor zover we weten nog niet eerder verricht.

HET DTO-FTO-ONDERZOEK

In het kader van een gerandomiseerd onderzoek introduceerden wij het DTO in bestaande FTO-groepen in Zuid-Nederland. De groepen hebben drie keer een DTO-bijeenkomst gehad. Iedere DTO-bijeenkomst werd gevolgd door een FTO-bijeenkomst over hetzelfde onderwerp. De huisartsen kregen aan het begin van de bijeenkomst feedback over hun eigen diagnostische aanvragen of voorschriften rond het betreffende onderwerp. De feedback had de vorm van staafdiagrammen met de aantallen aanvragen of voorschriften per duizend patiënten per zes maanden. Iedere groep besprak achtereenvolgens de eigen feedback, maakte werkafspraken voor de toekomst en besprak welke problemen zij verwachtte bij de invoering van de werkafspraken in de praktijk.

Het repliceren van gecontroleerde onderzoeken onder dagelijkse omstandigheden is zeer zinvol

Een deskundige op het gebied van diagnostiek (een klinisch chemicus of een huisarts met bijzondere bekwaamheden) trad op als begeleider van het DTO en de lokale apotheker vervulde deze rol voor het FTO. De feedback was samengesteld op basis van gegevens van de laboratoria en de dominante verzekeraars in het zuiden van Nederland. In totaal waren, verdeeld over tien klinische onderwerpen, 74 diagnostische tests en

De kern

- De effectiviteit van het DTO-FTO hangt sterk samen met de kwaliteit van de feedback
- Voorschrijfdata moeten direct uit het HIS ge-extraheerd worden
- Diagnostiek data kan het beste volgens een landelijk protocol verzameld worden
- Een sterke leider in de groep vergroot het effect van het DTO-FTO
- Regionale ondersteuning van DTO-FTO bijeenkomsten is noodzakelijk

Gezondheidscentrum Terwinselen, Kerkrade; dr. J.P. Trietsch, huisarts • Correspondentie: jtrietsch@gcterwinselen.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

Het werken met feedback is alleen effectief als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

119 verschillende ATC-codes beschikbaar voor feedback. We hebben het effect uitgedrukt als het verschil in aantallen diagnostische aanvragen en voorschriften tussen de interventie- en controlegroepen, gecorrigeerd voor de verschillen bij aanvang. Hierbij hebben we rekening gehouden met recepten die vaak pas na (maximaal) drie maanden effectief gewijzigd kunnen worden omdat patiënten nog medicatie thuis hebben.

RESULTATEN

In totaal hielden de huisartsen 115 DTO-FTO-bijeenkomsten. Het effect op zowel aantallen voorschriften als op het aantal aangevraagde tests was positief, maar kleiner dan in eerdere onderzoeken.[3] Opvallend was dat de grootste verandering te zien was bij huisartsenpraktijken die bij aanvang van het onderzoek het meeste voorschreven en de meeste tests aanvroegen. De praktijken die bij aanvang weinig voorschreven of aanvroegen lieten geen significante verandering in hun aanvraag- of voorschrijfgedrag zien.[5]

Na een kwalitatieve analyse vonden we diverse knelpunten. Hoewel de deelnemers vooraf positief waren over het principe van feedback, bleek hun vertrouwen in deze feedback gering. Zij vonden de cijfers te oud of niet betrouwbaar. Daarnaast vonden de begeleiders het moeilijk om de groepen weg te leiden van de discussie over de betrouwbaarheid van de cijfers en om hen afspraken te laten maken. Ook bleek het verkrijgen van de benodigde gegevens voor de feedback lastiger dan verwacht.[2]

BESCHOUWING

Hoewel we zagen dat het werken met feedback in DTO-FTO-bijeenkomsten een positief effect had, was dit kleiner dan bij eerder onderzoek. Deels komt dit door de onderzoeksopzet, die de situatie in de dagelijkse praktijk zo veel mogelijk moest benaderen.[6,7] In deze opzet is het niet mogelijk om groepen bij te sturen of extra te ondersteunen als de implementatie lastig verloopt. Waarschijnlijk zijn de positievere resultaten van eerdere onderzoeken voor een deel het gevolg van de manier van leidinggeven in de groep (een dwingend protocol) en van het feit dat er onderzoekers bij de bijeenkomst aanwezig waren. Deze vorm van begeleiden is bij een opschaling naar regionaal of landelijk niveau niet haalbaar vanwege de snel oplopende kosten. Met minimale ondersteuning implementeren levert echter een aanzienlijke verkleining van het effect op, wat een negatieve invloed heeft op de kosteneffectiviteit – een duivels dilemma voor beleidsmakers.

Diagnostisch toetsoverleg blijkt effectief om het aanvraaggedrag van huisartsen te veranderen

Uit ons onderzoek blijkt dat werken met feedback alleen effectief is als er aan een aantal voorwaarden is voldaan.

Ten eerste moeten we de voorschrijfcijfers bij de bron verzamelen. Directe extractie uit de HIS'sen is waarschijnlijk de enige manier om een eind te maken aan discussies over de betrouwbaarheid van de voorschrijfgegevens. Laboratoria in de eerste lijn moeten de gegevens over de diagnostiek leveren. Om te voorkomen dat de gegevenssets onvolledig zijn moeten de laboratoria hun gegevens aanleveren aan een centrale partij, die ze verwerkt en opslaat. De grote uitdaging hierbij is om niet alleen gegevens van het klinisch-chemisch en hematologielaboratorium te verkrijgen, maar ook andere diagnostische gegevens, bijvoorbeeld van functieonderzoek en beeldvorming.

De kwaliteit van feedback moet verbeteren

Ten tweede zal een eerstelijns ondersteuningsorganisatie verantwoordelijk moeten worden gemaakt voor het opzetten en ondersteunen van het DTO-FTO. Zo'n organisatie kan brongegevens ten behoeve van de feedback verzamelen en verwerken, en nieuwe onderwerpen ontwikkelen. Huisartsen en laboratoria kunnen de zorggroepen het mandaat geven om deze taak op zich te nemen.

Het probleem dat niet alle praktijken gebruikmaken van hetzelfde laboratorium en dat patiënten binnen een praktijk verschillende laboratoria kunnen kiezen is nog niet opgelost. Voor betrouwbare feedback moeten al deze aanvragen worden samengevoegd. Daarvoor zou de gegevensverzameling en -verwerking op nationaal niveau kunnen worden afgestemd. Het proces van extractie van voorschrijfgegevens uit de HIS'sen kan men het best op regionaal niveau begeleiden en bewaken.

Als laatste zullen de deelnemende huisartsen bereid moeten zijn om te breken met de bestaande FTO-routines. De opzet van een DTO-FTO is veel minder vrijblijvend dan het huidige FTO. Frontaal onderwijs moet daarbij zo veel mogelijk vermeden worden, om te voorkomen dat de rest van de groep achterover leunt en het leerproces niet optimaal verloopt. Deze bevindingen zijn in lijn met die uit eerder onderzoek en lijken enkel te doorbreken met een sterke leider die het proces kan bewaken en bijsturen.[8-10]

CONCLUSIE

Het repliceren van gecontroleerde onderzoeken onder dagelijkse omstandigheden is zeer zinvol. De effecten vallen, niet geheel verrassend misschien, na implementatie in de praktijk vaak tegen. Zulk onderzoek levert wel inzicht op in de factoren die het eerdere gecontroleerde onderzoek tot een succes hebben gemaakt. Beleidsmakers kunnen hier rekening mee houden bij het vaststellen van nieuw beleid.

Om de feedback aan de huisartsen zo betrouwbaar mogelijk te maken is een centrale organisatie nodig die deze taak op zich neemt. Huisartsen die van DTO-FTO willen gebruikmaken om te leren en die afspraken willen maken voor de toekomst zullen hun ideeën over het werken met cijfers moeten bijstellen. Ze zullen zich actief betrokken moeten voelen bij deze vorm van leren. Dat vraagt om leiderschap van regionale sleutelfiguren in wie de huisartsen vertrouwen hebben en die de mogelijke weerstand bij huisartsen kunnen ombuigen in een kritische, enthousiaste houding jegens deze vorm van kwaliteitsverbetering. In het ideale geval lukt het de betrokken huisartsen dan ook nog om te bepalen hoe ze de afspraken in de eigen praktijk moeten implementeren. Dan leren ze niet alleen, maar passen ze het geleerde ook nog toe. ■

LITERATUUR

1 Eimers M, De Groot J. FTO peiling 2005, kwaliteit van farmacotherapieoverleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2006.
2 Trietsch J, Steenkiste B, Hobma S, Frericks A, Grol R, Metsemakers J, et al. The challenge of transferring an implementation strategy from academia to the field: a process evaluation of local quality improvement collaboratives in Dutch primary care using the normalization process theory. J Eval Clin Pract 2014;20:1162-71.
3 Verstappen WHJM, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermsen J, Grimshaw J, et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians: a randomized trial. JAMA 2003;289:2407-12.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Artritis: oorzaak bepaalt beleid (herziening NHG-Standaard Artritis)

Hèlen Woutersen-Koch

Het kan lastig zijn om een onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten te maken. Een juiste diagnose van artritis is belangrijk, omdat die consequenties heeft voor de vervolgdiagnostiek naar de vorm van artritis, voor het beleid en de prognose. De eerste herziening van de NHG-Standaard Artritis besteedt aan deze zaken aandacht. De toevoeging van een diagnostische beslisregel voor jichtartritis springt het meest in het oog. Deze beslisregel dient als hulpmiddel om de waarschijnlijkheid van de diagnose jichtartritis getalsmatig in te schatten.

Belangrijkste wijzigingen

- Een diagnostische beslisregel maakt deel uit van de standaard. Deze beslisregel dient als hulpmiddel om de waarschijnlijkheid van de diagnose jichtartritis getalsmatig in te schatten.
- De standaard bevat behandelingsadviezen voor aanvallen van jichtartritis gedurende de instelfase van urinezuurverlagende therapie.
- Er is meer aandacht voor de differentiële diagnoses artritis bij artrose (*flaring*), psoriasis, inflammatoire darmziekten, spondyloartritis en lymeziekte.

Kernboodschappen

- Maak bij patiënten met gewrichtsklachten op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten.
- Een (vermoeden van) bacteriële artritis is een reden voor een spoedverwijzing.
- De basisbehandeling van pijn en ontsteking bij alle niet-bacteriële artritiden bestaat uit NSAID's; bij jichtartritis zijn orale corticosteroïden even effectief.
- Bij een vermoeden van reumatoïde artritis is snelle verwijzing naar de reumatoloog geïndiceerd, omdat een vroegtijdige behandeling met DMARD's belangrijk is.

Tabel Diagnostische beslisregel om waarschijnlijkheid jichtdiagnose in te schatten

Kenmerk	Gewogen puntenscore
Mannelijk geslacht	2
Eerder doorgemaakte vergelijkbare monoartritis (ook volgens patiënt)	2
Binnen één dag ontstaan	0,5
Roodheid gewricht	1
MTP1-gewricht aangedaan	2,5
Voorgeschiedenis: hypertensie, myocardinfarct, hartfalen, CVA/TIA, perifeer arterieel vaatlijden	1,5
Urinezuurgehalte > 0,35 mmol/l	3,5

Foto: Shutterstock

Maak bij patiënten met gewrichtsklachten op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten.

WERKDIAGNOSE: WELKE VORM VAN ARTRITIS?

Allereerst is het essentieel om een artritis en andere oorzaken van klachten van of rond het gewricht van elkaar te onderscheiden. Kenmerkend voor een artritis zijn de combinatie van pijn, zwelling en functiebeperking van het gewricht. Het gewricht is soms ook warm en rood.

Als duidelijk is dat het om een artritis gaat, bepaalt de werkdiagnose het vervolgbeleid. Speciale aandacht gaat uit naar jichtartritis, reactieve artritis en ongedifferentieerde artritis, omdat deze het meeste voorkomen.

Daarnaast besteedt de standaard aandacht aan bacteriële en reumatoïde artritis. Bij deze twee vormen is een juiste diagnose belangrijk, omdat die consequenties heeft voor de prognose en het beleid.

Ten slotte komen ook artritis bij bekende artrose (*flaring*) en lymeziekte, en perifere artritiden bij de ziekte van Bechterew, psoriasis en inflammatoire darmziekten in de standaard aan bod.

BASISBEHANDELING ARTRITIS

Behandel een vastgestelde artritis symptomatisch met een NSAID tot de klachten over zijn, mits leeftijd en/of comorbiditeit, zoals een verminderde nierfunctie, hiervoor geen contra-indicatie vormen. Kies het NSAID op grond van cardiovasculaire en gastro-intestinale comorbiditeit.

Een vermoeden van een bacteriële artritis is reden voor een spoedverwijzing op dezelfde dag naar de reumatoloog of een andere specialist op het

NHG-werkgroep Artritis. NHG-Standaard Artritis (eerste herziening).

De werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Janssens HJ, Lopuhaä DE, Schaafstra A, Shackleton DP, Van der Helm-Van Mil AH, Van der Spruit R, Van Peet PG, Wiersma Tj, Woutersen-Koch H.

Foto: Shutterstock

In de NHG-Standaard Artritis staan de behandelingsadviezen voor aanvallen van jichtartritis.

gebied van het bewegingsapparaat voor een diagnostische punctie en zo nodig intraveneuze antibiotische therapie. Bij een jichtartritis is een oraal corticosteroïd even effectief als NSAID's voor de behandeling van pijn en ontsteking.

JICHTARTRITIS: DIAGNOSTISCHE BESLISREGEL

Bij een hevig pijnlijke, acuut ontstane monoartritis van het MTP1-gewricht zonder koorts ligt de diagnose jichtartritis voor de hand. Toch stellen huisartsen deze diagnose met enige regelmaat onterecht. Daarnaast is het beeld niet altijd zo karakteristiek, waardoor de diagnose gemist wordt. Als hulpmiddel is daarom een gevalideerde diagnostische beslisregel aan de standaard toegevoegd, die een getalsmatige inschatting van de waarschijnlijkheid van de diagnose geeft.

Elk van de kenmerken draagt bij aan de uiteindelijke waarschijnlijkheid van de diagnose. De maximale score is 13. Bij een score van 8 of meer is de waarschijnlijkheid van een jichtdiagnose meer dan 85%. Bij een score van 4 of minder is de waarschijnlijkheid minder dan 5%. Overweeg dan een andere artritisdiagnose. Bij een score tussen 4 en 8 (bij circa 15% van alle monoartritispatiënten) blijft er een behoorlijke onzekerheid over de jichtdiagnose.

Start alleen een urinezuurverlagende behandeling met allopurinol als de diagnose voldoende zeker is. Dit is zo als er urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof zijn aangetoond of als een patient een score van 8 of hoger heeft volgens de diagnostische beslisregel én een verhoogd urinezuurgehalte in het bloed.

REUMATOÏDE ARTRITIS: VERWIJZING NAAR REUMATOLOOG

De prognose van reumatoïde artritis verbetert aanzienlijk als patiënten zo vroeg mogelijk worden behandeld met *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARD's). Bij een vermoeden van reumatoïde artritis is een verwijzing naar de reumatoloog nodig. Dat geldt ook bij een langer dan drie weken aanhoudende (ongedifferentieerde) artritis.

Het is wenselijk dat de patiënt binnen zes weken na aanvang van de artritissymptomen verwezen wordt naar en gezien wordt door de reumatoloog. De organisatorische invulling hiervan kan onderwerp zijn van regionale samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en reumatologen.

Patiënten die DMARD's van de reumatoloog krijgen, blijven ook in de stabiele fase onder controle en verantwoordelijkheid van de reumatoloog. De werkgroep raadt het overnemen van herhaalreceptuur van de reumatoloog af, omdat daarmee de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de daarbij behorende controles bij de huisarts komen te liggen.

VERHOOGD CARDIOVASCULAIR RISICO

Een jichtartritis gaat samen met en geeft een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. De werkgroep adviseert daarom om bij patiënten met een jichtartritis extra te letten op cardiovasculaire risico's, en een cardiovasculair risicoprofiel (zoals gebruikelijk inclusief bepaling van de nierfunctie) op te stellen.

Van reumatoïde artritis is al langer bekend dat het geassocieerd is met een verhoogd risico op het krijgen van cardiovasculaire aandoeningen. Deze reumatische ziekte heeft daardoor een aparte status verworven in het cardiovasculaire risicomanagement in de eerste lijn, vergelijkbaar met diabetes mellitus. Bied patiënten met reumatoide artritis en een jichtartritis deze extra zorg aan conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.

De volledige versie van de herziene NHG-Standaard Artritis is te raadplegen op de website van het NHG (www.nhg.org) en als bijlage bijgesloten bij dit nummer.

Anouk Baghus

Onderzoek naar optimale aios-training Shared Decision Making

Shared Decision Making ofwel Samen Beslissen is een hot item in de zorg. Vooral in de huisartsgeneeskunde met zijn persoonsgerichte zorg is hier veel aandacht voor. Momenteel loopt er een onderzoek naar de optimale training van huisartsen-in-opleiding in Samen Beslissen. De eerste resultaten zijn beschikbaar in 2018. Een onderwijsprogramma volgt medio 2022.

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is Samen Beslissen een belangrijk speerpunt.[1] Thuisarts.nl en de informatie in recente NHG-Standaarden over voor- en nadelen van verschillende behandelopties zijn hier goede voorbeelden van. Samen Beslissen is ook onderdeel van het Landelijk Opleidingsplan (2014). De manier waarop de verschillende opleidingsinstituten hier vorm aan geven is echter divers.

GROTE VARIATIE

Tijdens een spreekuur in de huisartsenpraktijk zijn er veel keuzemomenten. In de besluitvorming zal de huisarts steeds rekening houden met de patiënt. Bovendien is de huisarts door de langdurige relatie met de patiënt een belangrijke coach en raadgever. Veel patiënten willen betrokken zijn bij de besluitvorming. Samen Beslissen wordt dan ook gezien als een belangrijk element voor een goede arts-patiëntrelatie en tevredenheid over het besluit van zowel arts als patiënt.[2]

Het is niet eenvoudig om modellen voor Samen Beslissen toe te passen in de dagelijkse praktijk. Uit de literatuur is bekend dat de grote variatie aan patiënten met hun individuele informatiebehoefte en gezondheidsvaardigheden, een breed scala aan ziektebeelden en organisatorische drempels hierbij een rol spelen.[2] Het is van belang om de patiënt in dit proces te begeleiden en hierbij af te stemmen op diens behoeftes en vaardigheden.[3] Dit vergt van de huisarts een flexibele aanpak waarbij kennis, vaardigheden en een positieve attitude geïntegreerd worden toegepast. Hier zal de aios in getraind moeten worden, waarvoor de werkplek een bij uitstek geschikte leeromgeving is.[3] Het is echter nog onduidelijk hoe aios optimaal ondersteund kunnen worden om Samen Beslissen op de werkplek te leren. De bedoeling is immers dat zij deze competentie gebruiken bij de consultvoering. Meer inzicht in het leerproces helpt in de verdere ontwikkeling van het onderwijs in Samen Beslissen. ■

LITERATUUR

1 Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap. Toekomstvisie Huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV/NHG, 2012.
2 Stiggelbout AM. Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: concepts, evidence and practice. Pat Educ and Couns 2015;98(10):1172-9.
3 Salmon P, Young B. A new paradigm for clinical communication: critical review of literature in cancer care. Med Educ 2017:51;258-68.

Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde: A.H.F. Baghus, aiotho • Correspondentie: anouk.baghus@maastrichtuniversity.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Angel Schols, Jochen Cals

Nieuw: flashmobonderzoek Huisarts HART Week

In slechts één week met zoveel mogelijk huisartsen in Nederland gegevens verzamelen bij patiënten met klachten van een mogelijk acuut coronair syndroom (ACS). Weer eens wat anders dan jarenlang durende onderzoeken. Universiteit Maastricht organiseert dit flashmobonderzoek tijdens de Huisarts HART Week van 20 tot en met 26 november 2017.

In de Huisarts HART Week kan elke huisarts of aios in Nederland met negen consultvragen patiënten registreren met als doel om in één week uit te vinden of de bestaande (Marburg Heart Score) of een aangepaste klinische beslisregel huisartsen in de toekomst kan ondersteunen bij spoedverwijzingen naar de Eerste Hart Hulp.[1-3] Een dergelijk onderzoek is nog niet eerder uitgevoerd binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland.

Spoedverwijzingen bij vermoeden van een ACS komen vaak voor (125.000 keer per jaar). Gezien de mogelijke ernstige gevolgen van een ACS verwijzen huisartsen laagdrempelig, terwijl de meerderheid van deze patiënten een onschuldige aandoening blijkt te hebben. De huisarts beschikt nog niet over een goede en veilige bloedtest om ACS uit te sluiten. Wel is er de Marburg Heart Score.

Meer informatie vindt u op www.huisartshartweek.nl. Via de website kunt u ook patiënten insluiten tijdens de Huisarts HART Week, overdag en tijdens de dienst. Bij deze editie van Huisarts en Wetenschap vindt u een folder over de Huisarts HART Week inclusief het onderzoeksformulier. ■

LITERATUUR

1 Bosner S, Haasenritter J, Becker A, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. CMAJ 2010;182:1295-300.
2 Haasenritter J, Bosner S, Vaucher P, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care: external validation of a clinical prediction rule. Br J Gen Pract 2012;62:e415-21.
3 Haasenritter J, Donner-Banzhoff N, Bosner S. Chest pain for coronary heart disease in general practice: clinical judgement and a clinical decision rule. Br J Gen Pract 2015;65:e748-53.

Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde: A.M.R. Schols, arts-onderzoeker; dr. J.W.L. Cals, universitair docent, huisarts • Correspondentie: angel.schols@maastrichtuniversity.nl.

"Huisartsen zijn heel geïnteresseerd als je langskomt om te bespreken wat er beter kan"

"Niet mee eens, veel huisartsen kiezen gewoon de gemakkelijkste weg"

Een leven lang leren als 'Huisarts Universalis'. Dat klinkt mooi maar wees eerlijk, lukt ons dat in de praktijk? Wat weten we eigenlijk over het leren van huisartsen? Om daar achter te komen brachten we vier mensen een middag bijeen. Twee huisartsen die bij scholing betrokken zijn en twee wetenschappers die het leren van artsen bestuderen. Over het inspirerende effect van goede scholing en het belang van de eigen motivatie. Maar ook over het demotiverende effect van slechte scholing, en hoe het moet met huisartsen die niet gemotiveerd zijn. "Al die scholingen in grote zalen moeten jullie afschaffen. Er is zoveel rijk materiaal uit de praktijk, gebruik dat toch veel meer!"

We kennen elkaar nauwelijks als we beginnen op een warme dag in het Wilhelminapark in Utrecht, maar wanneer we ter introductie Jaap van der Horst vragen om als eerste te vertellen hoe hij de scholing in zijn regio organiseert gaat de discussie meteen van start.

"Ruim tien jaar geleden, toen de zorggroepen ontstonden, zijn wij met een - geografisch gezien niet zo logische - groep van start gegaan met de nadruk op de kwaliteit van de zorg. We gebruikten de laatste NHG-Standaarden of liepen er soms op vooruit. We ontwikkelden eigen protocollen, hebben nascholing opgezet en praktijkvisitaties ingesteld. In de tijd voltrok zich daarbij langs twee lijnen een ontwikkeling. De ene is dat in 2013 de huisartsencoöperatie is ondergebracht in een zorg-bv die het uitvoerende zakelijke werk doet. De tweede is dat de huisartsen binnen dat grote geheel steeds meer in kleine groepen lokaal maatwerk willen leveren, en dus ook hun eigen scholing regelen.

Om te beoordelen of praktijken voldoen hebben we een checklist opgesteld en iedere praktijk wordt eenmaal per jaar bezocht. Als het nodig is kunnen praktijken gerichte ondersteuning ontvangen, om te waarborgen dat ze de inhoudelijke en organisatorische basis hebben om de chronische zorg te bieden. Tijdens onze praktijkvisitaties bleek er behoefte te zijn aan nascholing op specifieke onderwerpen. Deels klinische kennis en vaardigheden, maar ook een onderwerp als gespreksvoering. Helemaal in lijn met de behoefte om lokaal maatwerk te leveren dus. Hoe lever je persoonlijke zorg? Hoe voer je het gesprek met patiënten? Om dat soort vragen ging het, van praktijkondersteuners èn ervaren huisartsen."

"Ik heb de indruk dat veel huisartsen scholen omdat het moet"

Cees van de Vleuten is enthousiast. "Vanuit de wetenschap zou ik precies hetzelfde verhaal vertellen", zegt hij. "Zo moet het: dichtbij de praktijk staan, maar ook: écht eisen stellen. Onderzoek laat zien dat die manier van werken de meeste resultaten oplevert.' Hij benadrukt hoe belangrijk het gebruik van 'authentiek' materiaal is. Niet alleen cijfermatige spiegelinformatie, maar de problemen die huisartsen zelf ervaren en zaken die zij zelf willen veranderen, dát moet de basis voor het leren zijn. "Een organisatie met peers die een veilige structuur biedt om daar vervolgens ook echt iets zinnigs mee te doen, dat is gewoon de sterkste leeromgeving die je je voor een professional kunt indenken."

Adrie Evertse ziet de praktijk toch echt anders. "Het spijt me, maar ik heb de indruk dat veel huisartsen scholen omdat het moet, en de scholing kiezen die hen, om wat voor reden dan ook, het gemakkelijkste uitkomt. Wij hebben bij KOEL (Kwaliteit en Opleiding Eerste Lijnszorg) wel 500 scholingen op de plank liggen. Een groot deel daarvan wordt niet gebruikt. Je maakt me niet wijs dat alle huisartsen van die onderwerpen alles afweten."

Greetje Sagasser valt het verschil op tussen de huisartsopleiding en de scholing van praktiserende huisartsen. In de huisartsopleiding is leren gebaseerd op zaken waarvan we weten dat ze bijdragen aan leren: er is een opleider die de aios gedurende langere tijd coacht, de aios leert vooral van praktijksituaties, en er wordt veel feedback gegeven. Maar eenmaal aan de slag als huisarts vallen die feedback en andere waardevolle elementen weg. Misschien zijn dat soort elementen daarna ook nodig. En kan misschien juist de structuur in de regio bij Van der Horst, met feedback en de directe link van het onderwijs met de praktijk een verklaring zijn voor het verschil in het enthousiasme dat Van der Horst en Evertse signaleren?

"Intrinsieke motivatie is een uitkomst van onderwijs, geen voorwaarde"

Evertse: "Dat zou kunnen, maar ik denk dat het ook voor een belangrijk deel om motivatie gaat."

Van der Vleuten: "Dat wordt vaak gedacht, maar volgens mij zit het anders. Je moet intrinsieke motivatie niet als een voorwaarde, maar als een uitkomst voor onderwijs zien. We weten dat extrinsiek motiveren, met beloningen of straffen, met bonussen of kortingen of met *shame and blame*-achtige methoden niet werkt bij professionals. Die zijn uit zichzelf gemotiveerd om hun werk goed te doen. Het enige, echt het énige wat je hoeft te doen is dat zo goed mogelijk ondersteunen."

Maar hoe regel je die feedback en hoe zorg je dat huisartsen een goede keuze maken uit het aanbod aan scholingen? En hoe zorg je dat huisartsen gemotiveerd blijven om zich te blijven scholen? Van der Vleuten: "Er zijn vreselijke voorbeelden hoe het níet moet, zoals in de Verenigde Staten, waar artsen

nascholing en deskundigheidsbevordering zeggen te doen om het publiek gerust te stellen. Natuurlijk moet een patiënt weten dat de arts zijn kennis actueel houdt, maar wat voorop moet staan is dat artsen het gevoel blijven houden te willen leren. De kern is engagement te bevorderen en geen maatregelen nemen die dat teniet doen. Wat dus niet moet is te moeilijk of te theoretisch toetsen bijvoorbeeld, of werken met standaard toetsen en eisen, en die verplicht stellen. Maatwerk is essentieel", volgens Van der Vleuten.

Van der Horst: "In het begin zaten wij met onze nascholing ook heel erg op de cijfertjes. Die getalsmatige kwaliteitsindicatoren geven houvast dachten we. Bij de overstap naar maatwerkzorg leveren hebben we dit losgelaten onder het motto 'niet vinken maar vonken'. Dan ontstaat een heel andere dynamiek."

"De kern is engagement te bevorderen en geen maatregelen nemen die dat teniet doen"

Het hoeft niet om cijfers te gaan, daar is iedereen het over eens. Het gaat er om dat er aanleiding is om na te denken waarom je iets doet, en inzicht te krijgen waarom collega's anders denken of doen. Er moet een basis zijn voor discussie tussen huisartsen over waarom ze bij overeenkomstige patiëntenproblemen verschillend handelen.

Jaap van der Horst vertelt hoe hij de scholing in zijn regio organiseert.

Greet Sagasser: "Waarom worden methoden waarvan we weten dat ze bijdragen aan leren niet meer gebruikt in de praktijk?"

Het is belangrijk, zo vinden alle vier, die dialoog veilig te houden voor de deelnemers. Bijvoorbeeld: bij verschillen in het voorschrijven van antibiotica kunnen geanonimiseerde data worden gebruikt. Het gaat er niet om de huisarts ter verantwoording te roepen die verhoudingsgewijs veel voorschrijft, maar een inhoudelijke discussie te voeren over het voorschrijven van antibiotica.

Maar er zijn veel meer manieren om informatie te krijgen. De belangrijkste bron - wat de patiënt er van vindt - gebruiken we nog veel te weinig, vindt Van der Vleuten. "Hij of zij moet de spreekkamer verlaten met het gevoel geholpen te zijn. Dat is vaak niet zo. Er zijn projecten waarbij ochtenden worden georganiseerd waarin groepen patiënten met een kop koffie en een flipover gaan nadenken met welke punten zij zitten. Of een kringgesprek voeren met in een kring daarbuiten de artsen, die alleen mogen luisteren. Het is een totaal andere benadering, die artsen eerst helemaal niet zien zitten en die erg confronterend kan zijn, maar waar ze naderhand toch heel enthousiast over zijn."

Sagasser vraagt zich hardop af waarom methoden waarvan we weten dat ze bijdragen aan leren niet meer worden gebruikt in de praktijk. "Je bent verplicht na te scholen. Als je die uren toch gebruikt, dan wil je ze toch zo interessant en nuttig mogelijk maken?"

Van der Horst en Evertse zien vooral een praktisch probleem. "Het lastige is dat die uren niet worden terugvertaald als nascholingsuren. Het werken in kleine groepen is leuk en interessant maar kost óók relatief veel tijd in de voorbereiding en verslaglegging. Dat zijn ontzettend nuttige en leerzame uren, maar zie je niet terug in je urenoverzicht voor herregistratie. In de drukte wordt dan toch sneller de gemakkelijke weg gekozen."

Evertse ziet ook een veel grotere rol voor samen leren in de praktijk. "Allerlei zaken, vooral praktische vaardigheden kun je toch van elkaar leren? Ik zit in de praktijk met totaal verschillende mensen, maar we vertrouwen elkaar volledig. Dat is een goede basis om van elkáár te leren."

"Nascholing gaat met je hoofd, maar een klacht raakt je in het hart"

Vertrouwen is een voorwaarde voor leren, daar is iedereen het over eens. Sagasser:"In de opleiding komen de aios aan echte ontwikkeling toe als zij van hun opleider vertrouwen krijgen. Dan krijgen zij de vrijheid om op hun manier te leren werken. Daar mogen dan dingen

"Als beroepsgroep moet je zelf je normen bepalen en bewaken. Dat moet je niet aan buitenstaanders overlaten. Dat betekent óók dat je eisen moet stellen"

worden uitgeprobeerd, en krijg je ruimte om van fouten te leren." Ook voor het leren in kleine groepen is een veilige omgeving noodzakelijk.

Is er in zorggroepen wel een veilige leeromgeving, vragen we ons af. We noemen het voorbeeld van een collega die vanwege onvoldoende aangevinkte handelingen uit de zorggroep dreigt te worden gezet. Dat moet niet kunnen, vindt Van der Horst. Ook Evertse heeft slechte ervaringen met werken in kleine groepen als de veiligheid ontbreekt. "Iemand die één keer is afgebrand in een groep ben je voor altijd kwijt, daar heb ik ervaring mee, helaas."

"De scholing van huisartsen in Nederland is niemands verantwoordelijkheid"

In een omgeving waar vertrouwen is kun je elkaar ook aanspreken op zaken die je niet goed vindt gaan. "Als je langer met elkaar samenwerkt, weet je van elkaar waar ieders zwakke plekken zitten", aldus Sagasser. Maar vaak is het zo dat de cultuur om elkaar te durven aanspreken ontbreekt. "Belangrijk is dat je afspreekt hoe je met elkaar gaat werken. Wees helder wat je verwacht van de ander, benoem dat.' Op basis daarvan is peer-beoordeling heel goed mogelijk. "In de opleiding wordt hier steeds meer aandacht aan besteed", zegt Sagasser. "Het uitgangspunt hierbij is positief. Het is niet de bedoeling om elkaar, zoals Evertse net al zei, af te branden. 'Je doet het fout' heeft een heel andere lading dan 'Ik doe het zo', of 'Je kunt het ook zo doen'. Vaak is het moeilijk te bepalen wat de beste benadering van een probleem is. Dat gegeven op zich is een prachtig uitgangspunt voor discussie. In de opleiding wordt dit ook gebruikt." Volgens Van der Vleuten is vaak vooraf sprake van weerstand tegen deze manier van werken. "Maar achteraf is er doorgaans het besef van meerwaarde", zegt hij. 'En dan heb je je doel bereikt, want dan bevorder je engagement en de intrinsieke motivatie bij mensen om te leren."

Vervelende incidenten, bijvoorbeeld een patiënt die met een klacht tegen de huisarts komt, kan ook een prikkel zijn om te leren. Dat gaat met veel emoties gepaard. Van der Horst: "Nascholing gaat met je hoofd, maar een klacht raakt je in het hart." Net als bij patiënten moet je ook bij de huisarts aandacht aan dat gevoel besteden. Een gesprek daarover kan heel anders verlopen als het begint met 'Wat is jouw kant van deze zaak?' dan wanneer het begint met 'Er is een klacht tegen je'. Maar daarna kan het een startpunt zijn om te leren.

Beter is natuurlijk om klachten en problemen te voorkomen. Een onderlinge aanspreekcultuur creëren is belangrijk, maar moeilijk. "Dat kost tijd en moeite, en ook emotionele energie", zegt Evertse. "Je hebt niet altijd zin om een collega op zijn nek te zitten." "Zo hoef je het ook niet te zien", stelt Van der Horst. "Ik werk in een praktijk met heel verschillende karakters. Maar het werkt omdat we elkaar aanspreken met het doel om de zorg beter te maken." Maar dat is dichtbij en direct in je eigen belang. Het is anders als een huisarts op de huisartsenpost vraagtekens heeft bij het functioneren van een huisarts die drie dorpen verderop praktijk voert. Evertse: "Je ziet soms dingen die niet goed gaan en je weet ook dat je daar eigenlijk wat van moet zeggen, maar toch doe je dat niet altijd." Sagasser: "In de huisartsenpost gaat het om patiënten die verder van je afstaan. Misschien speelt dat een rol? In je eigen praktijk zijn het je eigen patiënten."

Voor dit probleem bestaat geen pasklare oplossing. Onze vraag is hoe het anders kan. Evertse noemt de luchtvaart, daar wordt door piloten met wisselende teams gewerkt, zodat een betere aanspreekcultuur kan ontstaan. Van der Vleuten vertelt over eigen onderzoek waarin de rol van feedback is vergeleken in drie werelden, die van de topsport, van beroepsmusici en van medici. Het blijkt dat in onze medische wereld een zeer arme cultuur is als het gaat om elkaar feedback te geven en coachen, terwijl dat in de sport en de muziek juist voortdurend gebeurt en ook heel belangrijk wordt gevonden.

Maar wat, vragen we ons af, moet er gebeuren als de motivatie ontbreekt, als feedback genegeerd wordt, er van vertrouwen misbruik wordt gemaakt en als een huisarts zorg levert die onder de maat is. Daar sta je met zo'n aanpak dan toch machteloos tegen. "Jullie zijn professionals", vindt Van der Vleuten "en dat houdt ook zelfregulatie in. Als beroepsgroep moet je zelf je normen bepalen en bewaken. Dat moet je niet aan buitenstaanders overlaten. Dat betekent óók dat je eisen moet stellen, (tegen Van der Horst) precies zoals jullie

Cees van der Vleuten: "Het blijkt dat in onze medische wereld een zeer arme cultuur is als het gaat om elkaar feedback te geven en coachen, terwijl dat in de sport en de muziek juist voortdurend gebeurt en ook heel belangrijk wordt gevonden."

ook bij Unicum Huisartsenzorg doen. Als mensen niet in zo'n systeem meekunnen dan moet je een ander systeem toepassen, dan is het ook opeens echt niet leuk meer. Dan moet je opdrachten geven, controleren, nog scherper toezien. Je moet dus twee systemen naast elkaar hebben, maar waar wij het nu telkens over hebben, dat is de manier waarop het overgrote deel van de huisartsen het beste leert."

Als we, vragen we ons tot besluit af, iets zouden willen veranderen aan het leren van huisartsen zoals het nu is, wat zou dat dan zijn? Van der Vleuten is posi-

tief: “Bedenk wel dat jullie het als beroepsgroep al heel goed doen. Als huisartsen ten opzichte van de specialisten. Maar ook ten opzichte van het buitenland.” Evertse is kritischer. “De scholing van huisartsen in Nederland is niemands verantwoordelijkheid. Iedereen doet wat en bemoeit zich ermee. Het NHG, LHV, CHBB, RSG, de inspectie, het tuchtcollege, de zorggroepen, de WDH’s, de ROS-en. Maar niemand heeft overzicht en bewaakt de belangrijke zaken die we hierboven noemden. Niemand is, om het met een mooi woord te zeggen, de probleemeigenaar.” Van der Horst is het volledig met hem eens. Ook het zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep is onvoldoende geregeld. Voor de veiligheid van patiënten is het belangrijk om bij tekenen van disfunctioneren aan de bel te trekken. “Dat zelfregulerend vermogen van de professie”, stelt Van der Horst, “dat werkt aan de ene kant door continu te verbeteren en aan de andere kant door soms afscheid van iemand te nemen. Dat hebben we in Nederland nu onvoldoende geregeld. Je ziet soms mensen van wie je twijfelt of ze wel het vak in moeten.” Sagasser beaamt dit, maar ziet ook verandering: “In Nederland wordt nu vanaf de (basis)opleiding aandacht besteed aan professioneel gedrag. Er is vroeger dan voorheen patiëntencontact, je krijgt zo sneller zicht op de vraag of iemand geschikt is om arts te worden.”

“Ik vind dat je het effect bij de coassistenten van nu terugziet”, vindt Evertse.

Over de groep minder goed functionerende huisartsen heeft van der Vleuten nog een laatste advies. In Engeland heb je de National Clinical Assessment Service (NCAS). Hier kan iedereen terecht bij mogelijk disfunctioneren en kunnen minder functionerende collega’s gemeld worden. De NCAS legt geen straffen op, maar analyseert, adviseert en intervenieert zo nodig. Daarmee probeert ze de disfunctionerende professional weer terug in de praktijk te krijgen, of als dat echt onverantwoord is afscheid te nemen van het vak en op zoek te gaan naar alternatieven. Er valt even een stilte, want zo beseffen we, we missen een dergelijke organisatie in Nederland. Maar tegelijk gaat het weer over controle. De boeiende discussie komt ten einde. We hebben het nauwelijks gehad over de mogelijkheden van e-learning, of de rol van de farmaceutische industrie en de zorgverzekeraar die met heel andere belangen naar onze nascholing kijken. Laten we vooral zorgen dat we zelf het heft in handen houden, is de conclusie. Als we iets moet veranderen, dan is dat vooral meer ondersteuning voor het leren in de eigen praktijk op basis van eigen behoeften. Minder vinken en meer vrijheid. Dat vereist een andere en duidelijker organisatie van de scholing, maar ook een verandering van de cultuur van onszelf ten opzichte van het leren. Die twee kunnen niet zonder elkaar. ■

Sjoerd Hobma

Cees van der Vleuten. Hoogleraar onderwijsontwikkeling & research in Maastricht en directeur van SHE (School of Health professions Education). Aandachtsgebied is toetsing en evaluatie. Begeleidde vele promovendi waaronder een aantal op het gebied van de opleiding en nascholing van huisartsen. Website www.ceesvandervleuten.com.

Adrie Evertse. Huisarts en directeur van Steunpunt Koel, een organisatie voor ondersteuning en verbetering van eerstelijnszorg. Vanuit Leerpunt Koel worden op meerdere locaties in Nederland scholingen aangeboden. Website www.stichtingkoel.nl en www.leerpuntkoel.nl.

Greetje Sagasser. Opgeleid als onderwijskundige, sinds 1990 werkzaam in het medisch onderwijs. Promoveerde op onderzoek naar zelfsturend leren en de rol van vertrouwen bij werkplekleren in de huisartsopleiding. Werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Website www.huisartsopleiding.nl.

Jaap van der Horst. Huisarts en medisch directeur van Unicum Huisartsenzorg. Deze organisatie richt zich op welzijn en gezondheid van de regionale bevolking. In een meerjarenplanning wordt gewerkt aan structurele verbeteringen die passen bij de behoeften. Website: www.unicumhuisartsenzorg.nl.

KENNISTOETS: VRAGEN

1. **De huisartsopleider draagt bij aan een klimaat waarin de aios optimaal kan leren. Verantwoordelijkheid krijgen voor patiëntenzorg is een sterke leerprikkel voor de aios. Welke situatie zet de aios nog meer aan tot leren?**
   a. De opleider laat de aios patiënten zien die een fractie boven zijn niveau liggen.
   b. De opleider staat klaar staat om het probleem van de aios op te lossen.
   c. De opleider treedt naar de aios meer op als vakexpert dan als coach.
   d. De opleider richt zich met name op kennis die de aios nog niet heeft.

2. **Voor volwassenen is leren minder vanzelfsprekend dan voor kinderen. Intrinsieke motivatie en een leerdoel zijn voor volwassenen voorwaarden voor leren. De praktiserende huisarts leert levenslang; hij dient zijn vak bij te houden en zijn zorg te evalueren. Wat is, volgens de literatuur, de sterkste prikkel voor de huisarts tot 'leren en veranderen'?**
   a. Bijwonen van een nascholing door een enthousiaste docent.
   b. Onder woorden brengen (naar ander) van eigen praktijkervaringen.
   c. Opbouwende feedback ontvangen.

3. **De nieuwe aios in de huisartsenpraktijk zit vol energie. Ze geeft naar de assistente aan dat haar spreekuur voller gepland mag worden, want ze wil van de praktijk leren. Haar opleider moet echter een paar keer per dag zijn spreekuur onderbreken omdat de aios haar consult niet kan afronden. De opleider vermoedt dat hun leerstijlen verschillen: aios - activist, opleider - reflector. Hoe kan de opleider hier het best mee omgaan?**
   a. De leerstijl van de aios veranderen, aanpassen richting de opleider.
   b. De leerstijl van de aios telkens aanpassen aan de praktijksituatie.
   c. De leerstijl van de aios honoreren, binnen praktijkgrenzen.
   d. De leerstijl ongemoeid laten, lost zich in de praktijk vanzelf op.

4. **Een huisarts heeft het inbrengen van spiraaltjes altijd voor zich uit geschoven. Vanwege het vertrek van zijn vrouwelijke collega, pakt hij het nu toch op. Ofschoon hij al van alles heeft gelezen over het spiraaltje voelt hij zich nog onbekwaam. Hij realiseert zich dat hij nog stappen moet maken. Waar staat bekwaamheid voor in dit geval?**
   a. Verwerven van voldoende kennis.
   b. De handigheid onder de knie krijgen.
   c. De persoonlijke houding van de huisarts.
   d. Alle opties zijn correct.

5. **Het boek van Grol et al. gaat het over effectieve verbetering van de patiëntenzorg. In de inleiding beschrijft hij een probleem dat aan dit onderwerp kleeft. Op welk probleem doelt hij?**
   a. De tekorten in de zorg zijn onvoldoende in kaart gebracht.
   b. Het ontbreekt aan inzichten hoe de zorg verbeterd kan worden.
   c. Verbetermethoden bereiken nog onvoldoende de dagelijkse zorg.

6. **Verbeteringen in de patiëntenzorg gaan niet alleen over verbeterde behandelmogelijkheden van ziektes. Grol noemt in zijn boek ook andere zorggebieden waarop winst te halen is. Op welk gebied kan de huisartsenzorg het meeste winst behalen?**
   a. Terugdringen van wachttijden.
   b. Terugdringen van onnodige zorg.
   c. Terugdringen van door de zorg toegebrachte schade.
   d. Verbeteren communicatie met de patiënt.

7. **Om patiëntenzorg te kunnen verbeteren, is het belangrijk om de huidige zorg in kaart te brengen. Dit gebeurt onder andere door gebruik te maken van indicatoren. Een discrepantie tussen de huidige zorg en de optimale zorg kan de zorgverlener het gevoel geven dat er iets gebeuren moet. Hoe denken de meest zorgverleners over de kwaliteit zorg die ze leveren?**
   a. Ze neigen de kwaliteit te onderschatten.
   b. Ze schatten de kwaliteit goed in.
   c. Ze neigen de kwaliteit te overschatten.

8. **Een veranderproces in de zorg wordt niet door alle zorgverleners even snel doorlopen. In elk veranderproces zijn er voorlopers, een grote middengroep en achterblijvers. Elke groep is gevoelig voor een ander soort benadering. Veel personen uit de middengroep zijn niet zo makkelijk over de streep te trekken. Voor welke bronnen is de middengroep gevoelig?**
   a. Publieke opinie en collega's.
   d. Richtlijnen en nascholing.
   c. Regelwetgeving of beloning.

Bronnen
- Brand P, Boendermaker P, Venekamp R. Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk. Houten: Prelum uitgevers, 2011.
- Grol R, Wensink M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2015.
- Van Hemert R, Boendermaker P, Groenewold C, De Vries T. Huisarts en opleiden. Een praktijkgerichte handleiding. Houten: Prelum, 2014.
- Van Berkesteijn LG. Leren, Leren. Huisarts Wet 2002;45(5):248-52.
- Van Dijk N. Motivatie in: Didactisch dilemma. Amsterdam: Huisartsopleiding AMC-UvA, 2010;1(1).

De antwoorden staan op pagina 612.

Tjeerd de Jongh, Marja Laine

Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van slechte adem

Serie therapie van alledaagse klachten
Als een patiënt met een klacht op het spreekuur komt, kan de huisarts meestal geen ziekte aantonen, maar moet volstaan met een symptoom- of syndroomdiagnose.

De komende maanden verschijnt in Huisarts en Wetenschap een serie artikelen over de therapie van een aantal alledaagse klachten. De serie gaat vooral in op de behandeling van de symptoomdiagnose die bij een klacht wordt gesteld, dus de therapie bij slechte adem, hoesten en functionele nekpijn.

Centraal in elk artikel staat een schema met aanbevelingen over de therapeutische mogelijkheden bij de symptoomdiagnose. Alle in Nederland toegepaste therapieën zijn in dat schema beoordeeld. Deze beoordeling is gebaseerd op de (potentiële) winst van een bepaalde behandeling gecombineerd met de kwaliteit van het gevonden bewijs voor deze winst, gebaseerd op het literatuuronderzoek dat gedaan is voor het boek *Therapie van alledaagse klachten*. De winst van een behandeling is de uitkomst van het potentiële effect op de klacht, verminderd met de mogelijke bijwerkingen van die behandeling.

De doelstellingen en de keuze van de behandelingen bij symptomatische therapie, de systematiek van de beoordeling van de winst en de kwaliteit van het bewijs zijn nader beschreven bij de online versie van dit artikel op de website (www.henw.org), waar ook de literatuur bij dit artikel is te vinden.

Casus
De heer Pieterse is een 34-jarige man die uw spreekuur zelden bezoekt. Zijn voorgeschiedenis is zonder bijzonderheden. Nu vertelt hij op het spreekuur dat hij een nieuwe relatie heeft en dat zijn vriendin klaagt dat hij uit zijn mond ruikt. Zelf heeft hij er geen last van. Mondspoelsels hebben hem niet geholpen. De anamnese levert geen bijzonderheden op: hij heeft geen klachten van de mond of maag. Bij inspectie ziet u een matig verzorgd gebit en tandvlees, verder geen bijzonderheden. U ruikt een wat onaangename geur uit zijn mond.

OORZAKEN SLECHTE ADEM

Onder een slechte adem (ook wel foetor ex ore of halitosis genoemd) wordt iedere onaangename geur bedoeld die samenhangt met de ademhaling.[1] Veel mensen hebben last van slechte adem, vooral 's morgens bij het opstaan of na het eten van bepaalde voedingsmiddelen. De geur wordt veroorzaakt door vluchtige zwavelverbindingen die ontstaan door de omzetting van voedselresten en celmateriaal door anaerobe bacteriën, dit wordt bevorderd door uitdroging van het mondslijmvlies.[1-3]

Bij klachten over slechte adem is het zinvol eerst de slechte adem te objectiveren door te ruiken. Neem de anamnese af en inspecteer daarna zorgvuldig de mondholte en het gebit, omdat 90% van de klachten daardoor wordt veroorzaakt.[1,3] De volgende aandoeningen kunnen een slechte adem veroorzaken:

- infecties zoals gingivitis, parodontitis, sinusitis (postnasal drip), rhinitis, tonsillitis, *Helicobacter*-infectie van de maag;
- aandoeningen in het gebit zoals cariës en abcessen;
- aandoeningen van tractus respiratorius of tractus digestivus, stofwisselingsziekten;
- medicatiebijwerkingen (nitraten, penicilline);
- visgeursyndroom, een zeldzame genetische aandoening waarbij mensen *door een enzymstoornis in adem, zweet en urine een sterke vislucht afgeven (trimethylaminurie, TMAU).*

Alarmerend zijn aanwijzingen voor stofwisselingsziekten zoals ketoacidose, uremie en foetor hepaticus.

Deze factoren kunnen bijdragen aan een slechte adem:

- slechte mondhygiëne (plaque bij gebitselementen of kunstgebit, voedselresten);

Schema therapeutische mogelijkheden bij slechte adem

Sterke aanbeveling			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Algemene adviezen	Mondhygiëne, regelmatig eten en drinken, geurveroorzakende middelen vermijden	substantieel	expertpanel[1-3]
Behandeling van gingivitis/parodontitis		substantieel	goed[4-7]
Matige/zwakke aanbeveling			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Antiseptisch mondspoelmiddel/zinkhoudende tandpasta	Bijwerking van chloorhexidine: verkleuringen	matig	matig[8-10]
Fotodynamische therapie	Nog experimenteel	gemiddeld	matig[11]
Helicobacter eradicatie	Bij een Helicobacter-infectie van de maag	gemiddeld	matig[12]
Probiotica	Naast standaard parodontitis behandeling, nog experimenteel	gemiddeld	matig[6]
Tongschraper	Ten opzichte van gebruik tandenborstel	klein	laag[13]
Negatieve aanbeveling			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Antibiotica		geen	Expertpanel
Geen aanbeveling mogelijk			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Kunstspeeksel		onduidelijk	geen
Suikervrije kauwgom		onduidelijk	geen

- tongbeslag;
- droge mond;
- alcoholconsumptie, nicotine, eten van uien en knoflook.

Als u geen aanwijzingen voor een veroorzakende aandoening vindt geef dan de volgende algemene adviezen:
- goede tandzorg (poetsen, flossen, tandenstokers);
- tongbeslag verwijderen (tandenborstel of tongschraper);
- regelmatig eten en voldoende drinken;
- middelen vermijden die onaangename geur kunnen veroorzaken (alcohol, tabak, medicijnen, voedingsmiddelen);
- zinkhoudende tandpasta en geregelde mondspoelingen met antiseptische vloeistof.

Adviseer om de informatie na te lezen op Thuisarts: slechte adem.[15] Wanneer deze adviezen niet het gewenste effect hebben, is het zinvol om naar een tandarts of mondhygiëniste te verwijzen. Als ook dan geen verbetering optreedt, kan verwijzing naar een gespecialiseerde halitose polikliniek zinvol zijn. Bij een heel klein aantal (< 1%) mensen wordt ook daar geen specifieke oorzaak voor halitose gevonden.[14] ■

Vervolg casus
Omdat bij de heer Pieterse niet duidelijk is in hoeverre de matige gebitsverzorging de oorzaak is van zijn klachten wordt met hem afgesproken dat hij naar de mondhygiëniste zal gaan. Indien dit geen verbetering oplevert zal hij opnieuw op uw spreekuur komen.'

Foto: Shutterstock

Slechte adem, tongbeslag, een droge mond, alcoholconsumptie, nicotine, uien en knoflook kunnen een slechte adem veroorzaken.

LITERATUUR

1 Rosenberg M. Bad breath. www.uptodate.com, geraadpleegd mei 2017.
2 Scully C. Halitosis. Clinical Evidence 2014;09:1305.
3 De Ruyter W. Foetor ex ore. In: Eekhof J, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Amsterdam: Reed, 2013.

De rest van de literatuur staat bij de online versie van dit artikel op www.henw.org.

Uw diagnose

Een 5-jarig meisje komt op het spreekuur. Ze had vanwege een onfrisse oksel chloorhexidine, een antibacterieel middel, gekregen van een Franse apotheker. De klachten worden niet minder, maar breiden zich uit. Na een week was er een erythemateuze, nattende crusteuze uitslag die een beetje jeukte in de hele rechteroksel.

Foto: Annet Sollie, huisarts

Fotoquiz van de maand november

Wat is uw diagnose?
1. Allergie voor chloorhexidine
2. Hydranitis suppurativa
3. Seborroïsch eczeem
4. Impetigo

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

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? 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. Stuur uw foto naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'.

Remke van Staveren

Het moeizaam verlopend consult

WAT IS HET PROBLEEM?

Iedere arts kent wel dat akelige gevoel wanneer een consult niet loopt zoals je dat graag zou willen. Het gesprek verloopt stroef, je praat langs elkaar heen, je voelt bij jezelf of bij je patiënt wrevel of de emoties lopen hoog op. Wat nu? Hoewel er duizenden redenen kunnen zijn waarom een gesprek niet loopt, en evenzoveel manieren om dat weer vlot te trekken, probeer ik een min of meer eenvoudig antwoord te geven op de vraag hoe te handelen als een gesprek communicatief vastloopt.

WAT MOET IK WETEN?

In de klassieker The House of God geeft Samuel Shem een prachtig advies: '*At a cardiac arrest, the first procedure is to take your own pulse.*' Loopt het consult vast? *First, take your own pulse*. Ga achterover zitten, ontspan, en neem een moment van reflectie. Het gesprek loopt dus vast. Ligt het aan mij? Aan de patiënt? Aan onze interactie? Of ligt het aan de inhoud? Hoewel het bijna altijd aan een combinatie van deze factoren ligt, is het verstandig om eerst bij uzelf te rade te gaan. Niet zozeer omdat u de oorzaak van de miscommunicatie bent (soms wel natuurlijk), maar omdat u als arts verantwoordelijk bent voor het verloop van het gesprek.

Ken uzelf. Met wat voor soort mensen of onderwerpen heeft u moeite? Bent u met het juiste been uit bed gestapt? Bent u er met uw gedachten wel bij? Er zijn vele instrumenten die u kunnen helpen meer inzicht te krijgen in uw voorkeurs-communicatiestijl. Ik noem er drie: de Roos van Leary, de kernquadranten van Ofman en de belangrijkste: intervisie, bijvoorbeeld volgens de Balint-methode. De Roos van Leary geeft niet alleen inzicht in uw eigen stijl, maar tevens in de interactie en laat bovendien zien hoe het ook anders kan. Stelt de patiënt zich onnodig afhankelijk op (onder-samen) en bent u daar in kernquadrantentermen 'allergisch' voor? Reageer dan eens niet complementair (boven-samen), maar symmetrisch (onder-samen): 'Goh, hoe gaat u dat oplossen?'

Vanzelfsprekend zijn er ook patiënten met wat uitdagender persoonlijkheidstrekken en aanverwante wijzen van communiceren. Dat arts en patiënt in de huidige gezondheidszorg steeds meer een gelijkwaardige rol krijgen, ieder als specialist op het eigen kennis- en ervaringsgebied, biedt kansen voor een meer gelijkwaardig en daarmee minder beladen gesprek. Naast de Roos van Leary, kan de reddingsdriehoek van Karpman helpen om de interactie inzichtelijk te maken. De uitdaging zit hem vaak in het uit de traditionele doctor-knows-best rol te blijven, hoewel hier belangrijke uitzonderingen op zijn, zoals medische spoed.

WAT MOET IK DOEN?

Het eerste instrument heeft u als het goed is al toegepast, namelijk uw non-verbale communicatie. Op het moment dat u achterover ging zitten om te reflecteren op het gesprek, gaf u op betrekkingsniveau de boodschap af: 'Ik ontspan, ik luister, ik neem de tijd voor u.' En daar reageert de patiënt op, meestal in positieve zin. Daarnaast is het belangrijk om de patiënt veel erkenning te geven. Al loopt het gesprek nog zo stroperig, er is altijd wel iets waarmee u hem erkenning kunt geven: 'Goed dat u dat vraagt...' of 'U hebt ongetwijfeld een goede reden om...' Erkenning geven is de joker in de communicatie. U kunt te positief (her)formuleren of teveel complimenten geven, maar u kunt een ander nooit genoeg erkenning geven.

Foto: Shutterstock

Het is belangrijk om de patiënt veel erkenning te geven.

Werken deze subtielere vaardigheden onvoldoende, dan kunt u altijd nog het gesprek stopzetten en meta-communiceren: 'Ik merk dat ons gesprek niet helemaal goed verloopt. Zullen we het eens opnieuw proberen?' Eventueel met een knipoog. Maar de meest effectieve gespreksvaardigheid die een huisarts tot haar beschikking heeft, en bovendien een van haar kerntaken, is het expliciteren en beantwoorden van de hulpvraag. Pas als de huisarts antwoord geeft op de impliciete vraag van de patiënt, en daarmee zijn onderliggende angst en onzekerheid bespreekbaar maakt of zelfs wegneemt, vervalt de angel uit het eerder zo moeizame gesprek. ■

R. van Staveren, psychiater, oud-huisarts • Correspondentie: vanstaverenexpertise@gmail.com •
Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

LITERATUUR

1 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren, gids voor de medische praktijk. Utrecht: de Tijdstroom, 2015.
2 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. CRC Press, 2013.
3 MedCom, Patiëntgericht communiceren [app, gratis voor Android en Apple]. Utrecht: de Tijdstroom, 2014.

Ralph Laven

Informatie zoeken op internet

WAT IS HET PROBLEEM?

Het consult stokt, u weet het even niet meer. Er is zoveel medische informatie. En wij kunnen niet alles weten. Op internet is veel te vinden, maar hoe pak je dit aan? In dit stuk krijgt u praktische tips, bedoeld voor huisartsen die nog weinig van internet gebruikmaken.

WAT MOET IK WETEN?

U kunt zoeken in *richtlijnen*. Naast de NHG-Standaarden zijn talrijke andere nuttige sites beschikbaar. Voor palliatieve en oncologische problemen zijn dit bijvoorbeeld http://www.pallialine.nl of http://www.oncoline.nl. Ggz-richtlijnen zijn via het Trimbos instituut te vinden (https://www.ggzrichtlijnen.nl). Bij vragen over medicatie zijn www.geneesmiddelenbulletin.nl, www.farmacotherapeutischkompas.nl en www.rijveiligmetmedicijnen.nl nuttige sites. Controleer de datum van de richtlijn, zelfs in een recente richtlijn is literatuur verwerkt van jaren voor publicatie. U kunt recente informatie missen. Het zoeken van specifieke informatie op een website kan met Ctrl F, waarna u uw steekwoord intypt.

Daarnaast kunt u zoeken via een *algemene zoekmachine*. Via *Google* zoeken is gemakkelijk, maar met veel niet wetenschappelijk onderbouwde bijvangst. Google houdt onder andere rekening met uw taalinstelling, locatie en eerder zoekgedrag. Het is niet duidelijk welke zoekresultaten worden gepresenteerd en in welke volgorde. Soms spelen commerciële belangen mee. Met *Google Scholar* (https://scholar.google.nl) kunt u op dezelfde gemakkelijke wijze zoeken. Hiervan is het voordeel dat er alleen gezocht wordt in wetenschappelijke literatuur (boeken, tijdschriften, proefschriften, abstracts, soms full text artikelen). Het nadeel van Google Scholar is dat er onder andere gezocht wordt op populariteit, dus een nog weinig gelinkt - maar voor u relevant - artikel kan gemist worden. Het is via Google Scholar niet mogelijk om een uitgebreide geavanceerde zoekactie te verrichten. U kunt wel met 'instellingen en taal' en in de zoekbalk zelf enigszins uw vraag specificeren. Ook kunt u de zoekterm 'pubmed' bij uw vraag gebruiken. Dit levert vaak een verrassend resultaat op. Bij alle zoekacties van Google is het noodzakelijk dat u de bron op betrouwbaarheid beoordeelt.

De beste resultaten krijgt u met een medische zoekmachine, de bekendste is *PubMed* (https://www.ncbi.nlm.nih.gov). Dit is de algemeen toegankelijke database van de National Library of Medicine in de Verenigde Staten. PubMed wordt dagelijks gevuld met nieuwe artikelen en gaat terug tot 1949. De meeste artikelen zijn Engelstalig, echter er zijn meer dan vijftig talen opgenomen in de database. PubMed vereist enige kennis en training voor het gebruik. Het grote voordeel is dat u heel geavanceerd kunt zoeken. Op de homepage van PubMed staan tientallen korte instructievideo's over diverse onderwerpen.

Alle artikelen die worden opgenomen in PubMed worden voorzien van Mesh-termen: medical subject headings. Dit zijn trefwoorden. Voordeel hiervan is dat dit het apart zoeken op synoniemen vervangt. Ook kunt u op deze manier zoeken op een bepaald begrip met de automatische onderverdeling hiervan. Zoeken met behulp van Mesh-trefwoorden zal uw uiteindelijke opbrengst veel preciezer maken. Een ander voordeel van PubMed is dat u uw zoekstrategie kunt opslaan en kunt reproduceren.

Informatie vinden op internet is een vaardigheid die je kunt aanleren.

WAT MOET IK DOEN?

Vertaal uw vraag vanuit de spreekkamer in een vraag die u kunt opzoeken. U kunt gebruikmaken van het acroniem *PICO*: *patiënt intervention comparison outcome*. U gaat dan op zoek naar onderzoeken die van toepassing zijn op uw eigen (eerstelijns) patiënten. U kijkt goed wat er precies is onderzocht: wat is de interventie, waarmee is vergeleken (placebo? usual care? een andere behandeling?) en welk uiteindelijk effect (outcome) is er gemeten? Bij uw zoekstrategie kunt u gebruikmaken van de Mesh-termen, te vinden op de PubMed homepage. Deze voegt u toe aan de 'search builder'. Door gebruik te maken van AND OR NOT kunt u begrippen combineren of juist uitsluiten. Om de opbrengst van uw zoekstrategie behapbaar te maken, kan het nodig zijn om u verder te beperken. Dat kan door *filters* te gebruiken, bijvoorbeeld op taal en publicatiedatum. Andere nuttige beperkingen zijn om te kiezen voor *review* en *humans*.

Het gaat buiten de strekking van dit artikel om uitvoerig op PubMed in te gaan. Voor een gedegen wetenschappelijke zoekstrategie is training nodig. Voor een snelle search is dit stuk bedoeld als eerste stap. Bedenk dat net als anamnese en lichamelijk onderzoek ook het vinden van informatie op internet een vaardigheid is die we kunnen aanleren en moeten onderhouden. Waarom probeert u niet eens vandaag? Het zal uw spreekuur verrijken. ■

Huisartsenpraktijk Proosdijveld, Beek (L): R.J.A. Laven, huisarts • Correspondentie: rjalaven@hetnet.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Maarten Klomp, Guy Rutten, Mattijs Numans

Huisartsen met bijzondere bekwaamheden onder de loep

Een kwart van de kaderopgeleide huisartsen laat zich niet registreren of herregistreren in de registers van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Dit is een van de uitkomsten van een evaluatieonderzoek naar de positie en het effect van bij het CHBB geregistreerde huisartsen. Een andere uitkomst is dat kaderhuisartsen zich meer mogen profileren.

In 2006 richtten NHG en LHV het CHBB op. De beroepsgroep wil met deze registers de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg borgen, (regionale) kwaliteitsverbetering op specifieke terreinen ondersteunen en andere partijen duidelijkheid geven over de bijzondere bekwaamheden van de betreffende huisartsen. Voor een groot aantal huisartsen vertaalt 'een leven lang leren' zich in een specifieke bekwaamheid die op deze manier wordt erkend en geborgd. In de CHBB-registers wordt onderscheid gemaakt tussen kaderhuisartsen, huisartsen met bijzonder aanbod en erkend kwaliteitsconsulenten (EKC's). Ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de CHBB lieten NHG en CHBB in 2016 een evaluatief onderzoek verrichten naar de positie en het effect van de geregistreerde huisartsen. IQ Healthcare voerde de evaluatie uit.[1]

In dit themanummer van Huisarts en Wetenschap plaatsen we uitkomsten van dit onderzoek en het verslag van de *invitational conference* naar aanleiding ervan. We doen dit in het licht van de oorspronkelijke bedoeling van het registreren en borgen van huisartsen met bijzondere bekwaamheden.

Twee dagen per maand kaderhuisarts

Ruim 1100 bij CHBB in een of meerdere registers geregistreerde huisartsen werden aangeschreven en iets meer dan een derde van hen reageerde. Niet-geregistreerde kaderhuisartsen konden alleen incidenteel worden benaderd. De indruk bestaat dat deze huisartsen de kaderopleiding hebben gevolgd voor de eigen vorming. In de evaluatie werden vier categorieën van bijzondere bekwaamheid gehanteerd, namelijk een 'klinische' kaderhuisartsregistratie (bijvoorbeeld diabetes, cardiovasculair, urogynaecologie), een 'niet-klinische' kaderregistratie (bijvoorbeeld beleid en beheer, of supervisie), de EKC-registratie en het Bijzonder Aanbod (bijvoorbeeld reizigersgeneeskunde, echografie). Ruim de helft van de huisartsen met een klinische kaderregistratie reageerde, maar ook van de huisartsen met speciaal aanbod verloskunde, oogheelkunde en reizigers reageerde ruim de helft. Van de huisartsen met een niet-klinische kaderregistratie reageerde ruim 40%. Van de aangeschreven EKC's reageerde 30%.

Er lijkt een overaanbod van huisartsen met een registratie voor het bijzonder aanbod reisadvisering en supervisie

Kaderhuisartsen besteden gemiddeld twee dagen per maand aan hun kaderwerkzaamheden, EKC's een halve dag per maand. Bijzonder aanbod wordt afhankelijk van de context wisselend geleverd, tussen 14 en 40 keer per maand. Het evenwicht tussen vraag en aanbod is wisselend. Er lijkt een overaanbod van huisartsen met een registratie voor het bijzonder aanbod reisadvisering en supervisie. Tegelijk is er meer vraag dan aanbod voor kaderhuisartsen diabetes, astma/COPD en ouderenzorg. Bestuurders zijn met de kaderopleiding Beleid en Beheer goed gepositioneerd. Werkzaamheden van kaderhuisartsen worden voor ongeveer de helft financieel vergoed, niet zelden voor minder dan het reguliere huisartsentarief en relatief beter en structureler aan kaderhuisartsen in de gevestigde ketens (diabetes mellitus type 2, CVRM, astma/COPD). Bijzonder aanbod lijkt over het algemeen adequaat te worden vergoed en voor de huisarts die het aanbiedt rendabel. Er is relatief veel ontevredenheid over inhoud, inbedding en financiering van werkzaamheden door EKC's.

Stakeholders als verzekeraars, zorggroepen, koepelorganisaties en ook ziekenhuizen zijn ondervraagd en zien over het algemeen kansen voor goed opgeleide en geregistreerde kaderhuisartsen, ook in het bijzonder aanbod. Zij zien echter ook tekortkomingen op het gebied van nascholing, positionering, financiering en 'pr'.

Registratie is waardevol

Begin 2016 werd de evaluatie besproken met stakeholders, experts op het gebied van kaderopleidingen, huisartsen uit de verschillende expertgroepen en huisartsen werkzaam in het kwaliteitsbeleid. Dit leidde tot enkele conclusies en aanbevelingen. Ongeveer een kwart van de kaderopgeleide huisartsen laat zich niet registreren of herregisteren na de eerste inschrijving. Deze huisartsen volgden de opleiding voor 'eigen doelen' en/of zagen geen kans hun scholing in een kaderfunctie om te zetten. Dat is aan de ene kant, maatschappelijk gezien, een gemiste kans. Aan de andere kant gaat het om een minderheid die op deze manier wel zelf op een te waarderen manier in het eigen functioneren heeft geïnves-

Zorggroep DOH, Eindhoven: M. Klomp, huisarts, voorzitter en medisch directeur; voorheen voorzitter College voor Huisartsen met Bijzonder Bekwaamheden. UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde Leiden: prof.dr. M.E. Numans, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en hoofd • Correspondentie: m.e.numans@lumc.nl • Belangenverstrengeling: Maarten Klomp is als directeur DOH 'afnemer' van kaderhuisartsen. Guy Rutten is betrokken bij de kaderopleiding Diabetes (bij het Julius Centrum). Mattijs Numans is als hoofd van de afdeling PHEG in Leiden betrokken bij de kaderopleidingen Beleid en Beheer en Ouderenzorg.

teerd. Registratie van huisartsen met bijzondere bekwaamheden wordt in brede kring als waardevol gezien. Het biedt deze huisartsen erkenning, zowel naar de eigen collega's als naar externe

Kaderhuisartsen in de klinische deelgebieden zijn een belangrijke schakel in het kwaliteitsbeleid voor en door huisartsen

stakeholders. Daarnaast zorgt de (her) registratieprocedure ervoor dat er blijvend kwaliteitseisen gesteld worden en er geen discussie ontstaat over de competenties van geregistreerde kaderhuisartsen. Voortzetting van de registratie wordt door de instellers van de registers dan ook aanbevolen.

Het aantal registers *bijzonder aanbod* dient beperkt te blijven. Een relatie en logische combinatie van het te registreren bijzonder aanbod met de kern van het huisartsenvak blijft belangrijk. CHBB-registratie dient een opmaat te zijn naar een reële vergoeding van consulten in het bijzonder aanbod. Dat kan in groepspraktijken worden gerealiseerd, in zorggroepen, maar in de toekomst mogelijk ook in anderhalvelijns centra.

Het generalistische karakter van de huisartsgeneeskunde moet behouden blijven, ook door registratie van bijzondere bekwaamheden. *Kaderhuisartsen* in de klinische deelgebieden zijn een belangrijke schakel in het kwaliteitsbeleid voor en door huisartsen. Ze versterken dat kwaliteitsbeleid, zijn op hun deskundigheid benaderbaar voor collega's, hebben zich ontwikkeld tot gerespecteerde gesprekspartners van specialisten en vervullen een brugfunctie met het ziekenhuis. Zelf worden zij niet geconsulteerd door patiënten van andere huisartsen. Hun consultatiefunctie is gericht op competentieverbetering van de consultatie vragende huisarts, niet op individuele patiënten. Kaderhuisartsen mogen zich meer profileren: er moet meer aandacht komen voor hun vindbaarheid en zorggroepen zouden vaker en systematisch kaderhuisartsen moeten aanstellen in alle relevante klinische deelgebieden.

Competenties leiderschap en onderhandelen

De discussie leverde enkele aandachtspunten op, vooral met betrekking op de kaderopleidingen. De didactische vaardigheden van kaderhuisartsen in klinische deelgebieden kunnen worden versterkt en vragen om een steviger investering in de opleiding. Daarnaast zouden de kaderopleidingen meer moeten investeren in de competenties leiderschap en onderhandelen. Intensievere kruisbestuiving met de kaderopleiding Beleid en Beheer, die zich bij uitstek ook op deze competenties richt, kan hieraan bijdragen. De bereidheid om nieuwe competenties in te zetten voor het regionale kwaliteitsbeleid zou onderdeel moeten zijn van de sollicitatieprocedure voor de kaderopleiding. Zo blijft het aantal huisartsen beperkt dat wel de opleiding volgt, maar die niet in een kaderfunctie omzet.

Kaderhuisartsen mogen zich meer profileren

De EKC's hebben een aparte positie in het kaderregister. Zij verrichten hun rol vaak vooral vanwege de noodzaak van iedere toetsgroep om een geregistreerde EKC in haar gelederen te hebben. Die rol blijft soms beperkt tot het invoeren van programma's in GAIA. Er moet een grotere inhoudelijke aantrekkingskracht zijn om EKC te worden. Dat betekent een grotere tijdsinvestering in het ontwikkelen en/of uitvoeren van

Registratie van huisartsen met bijzondere bekwaamheden wordt in brede kring als waardevol gezien.

een scholingsprogramma in toets- en FTO-groepen. Mogelijk dat ook in dit geval een reële vergoeding voor de werkzaamheden kan bijdragen aan bereidheid en kwaliteit, bijvoorbeeld door de eigen collega's ter beschikking gesteld,.

In het algemeen zijn kaderopleidingen en opleidingen bijzonder aanbod gevolgd door registratie van de cursist bij CHBB, een gewaardeerde manier voor huisartsen om te werken aan hun eigen competenties en daarna een stevige bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg. De rol, positie en honorering van de kaderhuisartsen en ook van de kwaliteitsconsulenten verdient meer aandacht. ■

LITERATUUR

1 Braken M, Braspenning J, Wensing M. Evaluatie CHBB-registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, 2016.

Laura Mentink, Hanneke Rijkels-Otters

Compressietherapie bij enkelbandletsel leidt niet tot sneller herstel

Er is geen bewijs voor compressietherapie in de acute fase van enkelbandletsel. Dit blijkt uit ons onderzoek naar toepassing en werkzaamheid van de RICE-regel (Rest, Ice, Compression, Elevation), waarbij we ons specifiek richten op de C.

In de praktijk is het gebruikelijk om bij enkelbandletsel in de acute fase de RICE-regel toe te passen. In de NHG-Standaard Enkelbandletsel uit 2012 wordt deze regel noch aangeraden noch afgeraden bij gebrek aan bewijs voor sneller herstel.[1] In deze CAT richten wij ons specifiek op de C van de RICE-regel met de onderzoeksvraag: Leidt de behandeling met drukverband bij enkelbandletsel in de acute fase tot sneller herstel in vergelijking met geen drukverband?

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

In mei 2016 zochten we in de Cochrane Database en in PubMed met de volgende zoektermen, waarbij de Engels term 'sprain' zowel naar een distorsie als naar een ruptuur verwijst: (Ankle injuries[mh] OR ankle injur*[tiab] OR ankle sprain*[tiab] OR syndesmotic sprain*[tiab] OR syndesmotic injur*[tiab]) AND (compression bandages[mh] OR compression wrap*[tiab] OR compression bandag*[tiab] OR elastic bandag*[tiab] OR compression stocking*[tiab] OR elastic stocking*[tiab]).

De bovengenoemde zoekstrategie in PubMed leverde 55 artikelen op. Na screening bleef er één systematische review over die relevant is voor onze onderzoeksvraag.[2] In deze review van Hansrani werden tien RCT's en twee observationele onderzoeken geïncludeerd die een vorm van functionele interventie vergeleken met immobilisatie, fysiotherapie of geen interventie.[2] Er werd gekeken naar zwelling, pijn, enkelmobiliteit, instabiliteit en terugkeer naar hetzelfde werk- en sportniveau van voor de verstuiking. Gezien de grote klinische heterogeniteit, het grote risico op bias en de lage bewijskracht van de geïncludeerde onderzoeken werd er geen meta-analyse uitgevoerd. Wij bespreken de drie geïncludeerde RCT's die compressietherapie vergelijken met geen interventie.

O'Connor et al. uit 2011 randomiseerde patiënten met een acute laterale enkel verstuiking graad I-III naar onder andere dubbele Tubigrip (n = 18) en geen behandeling (n = 16).[3] Alle patiënten kregen algemene adviezen over pijnmedicatie en een schema voor dagelijkse oefeningen. De uitkomstmaten waren de Karlsson Ankle Function Scale, '*pain improvement*' en '*return to work*'. Deze uitkomstmaten werden na tien en dertig dagen bepaald. Er werd geen significant verschil gevonden voor pijnvermindering of herstel naar werk.

Watts et al. uit 2001 randomiseerde patiënten met graad I en II enkelverstuiking naar behandeling met een dubbele Tubigrip (n = 105) en geen behandeling (n = 92). Alle patiënten kregen algemene adviezen over pijnmedicatie en oefeningen. De uitkomstmaten waren '*pain*', '*days off work*' en '*days until walking unaided*'. Er werd geen significant effect gevonden in pijn, dagen verzuim van werk of lopen zonder hulp van krukken. Wel bleek dat de patiënten die werden behandeld met een dubbele Tubigrip significant vaker pijnstilling gebruikten (78% mét versus 54% zonder Tubigrip).[4] De resultaten van deze trial moeten wel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat er een per-protocolanalyse is uitgevoerd bij een loss to follow-up van bijna 50%.

De RCT van Brooks et al. uit 1981 vergeleek de afname van klachten op twee momenten in de tijd op basis van een klinische scorelijst bij patiënten met een gedeeltelijke ruptuur van het laterale ligament.[5] Zij vergelijken onder andere dubbele Tubigripbehandeling met geen behandeling. De groep behandeld met dubbele Tubigrip scoort als uitgangspijn gemiddeld 7,2. De groep zonder behandeling 6,2. In de dubbele Tubigripgroep is de gemiddelde score na 48 uur gedaald naar 5,1 en na 5 weken naar 1,0. De groep zonder behandeling respectievelijk 2,8 en 0,2. De randomisatie lijkt hier niet goed gelukt.

GEEN EENDUIDIG ADVIES

Het advies van NHG-Standaard is gebaseerd op onderzoeken tot 2003 en is niet eenduidig. Er is nog steeds weinig onderzoek naar het RICE-advies en de drie gevonden onderzoeken (RCT's) zijn van lage kwaliteit. De gevonden onderzoeken zijn uitgevoerd in de tweede lijn op de SEH, wat vergelijkbaar is met de situatie op de huisartsenpost in Nederland, waar ook de acute fase van enkelbandletsel wordt behandeld. ■

LITERATUUR

1 Belo J, Buis P, Van Rijn R, Sentrop-Snijders EM, Steenhuisen S, Wilkens C, et al. NHG-Standaard Enkelbandletsel. Huisarts Wet 2012;55(8):352-6. www.nhg.org.
2 Hansrani V, Khanbhai M, Bhandari S, Pillai A, McCollum CN. The role of compression in the management of soft tissue ankle injuries: a systematic review. Eur J Orthop Surg Traumatol 2015:25:987-95.
3 O'Connor G, Martin AJ. Acute ankle sprain: Is there a best support? Eur J of Emerg Med 2011;18:225-30.
4 Watts BL, Armstrong B. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of double Tubigrip in grade 1 and 2 (mild to moderate) ankle sprains. Emerg Med J 2001;18:46-50.
5 Brooks SC, Potter BT, Rainey JB. Treatment for partial tears of the lateral ligament of the ankle: a prospective trial. Br Med J 1981;282:606-7.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: L.Mentink aios huisartsgeneeskunde; dr. H. Rijkels-Otters, huisarts en docent wetenschap • Correspondentie: lmamentink@outlook.com • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. Coördinatie: Marianne Dees • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Marja Versteeg, Doreth Teunissen

Echo na plaatsing hormoonspiraal meestal niet nodig

Wanneer plaatsing van een spiraal door de huisarts ongecompliceerd verloopt en de controle is normaal, is een echo niet nodig. Een echo is wel zinvol bij een gecompliceerde plaatsing, bij onvindbare draadjes, bij vermoeden van lokalisatie in het cervixkanaal en soms bij bloedingsproblemen die ontstaan na eerder probleemloos gebruik.

De NHG-Standaard Anticonceptie adviseert geen routinematige echo na plaatsing van een spiraal.[1] Wij onderzochten wanneer een echo ter controle van de positie van een levonorgestrelhoudend spiraal (LS) wel zinvol is. Wij zochten op PubMed met de zoekterm 'Intrauterine devices/side effects', en met 'IUD AND position AND (US OR ultrasonography OR ultrasound)'. Verder zochten wij op de websites van Huisarts en Wetenschap (www.henw.org) en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (www.ntvg.nl). De zoekacties in PubMed leverden respectievelijk 123 en 56 hits op, waarvan er op basis van titel en samenvatting 15 relevant waren. Via de NTvG-site vonden wij twee artikelen en geen via H&W. Uiteindelijk bleken vier artikelen geschikt.

RESULTATEN

De Kroon deed in een prospectief onderzoek bij 195 vrouwen een echo na plaatsing en na 6 weken.[2] De klinische evaluatie van de positie (gebaseerd op het verloop van de insertie, en na zes weken controle van de draadjes) werd vergeleken met die bij echo. De positief en de negatief voorspellende waarde van de klinische evaluatie van een incorrecte positie was respectievelijk 0,60 en 0,98 na plaatsing, en 0,54 en 1,0 na 6 weken. Een gecompliceerde plaatsing bleek een goede voorspeller voor een incorrecte positie. Zij concludeert dat klinische evaluatie betrouwbaar is voor de bepaling van de positie.

Faúndes deed bij 214 vrouwen met een koperspiraal een echo na plaatsing en na 3 maanden.[3] Na plaatsing was de positie van 17 spiralen incorrect. Na 3 maanden hadden 11 van deze 17 een correcte positie maar zaten 15 spiralen die in eerste instantie goed zaten nu te laag in de uterus. Zij concludeert dat een spiraal de eerste 3 maanden van positie kan veranderen.

Merki-Feld onderzocht retrospectief een cohort van 214 vrouwen met een IUD, waarvan de helft een LS. Echocontrole vond plaats na plaatsing en na 6 weken, daarna elke 6 maanden tot een maximum van 5 jaar. De meeste expulsies traden op binnen 6 maanden, maar bij 20% na meer dan een jaar.[4]

Echoscopische controle in de tweede lijn
In de tweede lijn wordt vrijwel altijd de positionering echoscopisch gecontroleerd. Deels vanwege opleidingsaspecten, maar vooral omdat we in de tweede lijn een andere patiëntenpopulatie kennen. Bij deze populatie speelt vaker pathologie mee (zoals myomen) of een moeilijker plaatsing (bijvoorbeeld bij een nullipara).
Dr. G. van de Pol, gynaecoloog Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn

Rönnerdag vond in een klein case-controleonderzoek een verband tussen onregelmatig bloedverlies en dislocatie van het spiraal en myomen.[5]

KLINISCHE EVALUATIE BETROUWBAAR

De klinische evaluatie van de positie van het LS is betrouwbaar. Als de plaatsing gecompliceerd verliep of als er bij controle het vermoeden is van (gedeeltelijke) expulsie of perforatie is een echo zinvol. Hoewel het onderzoek van Faúndes alleen koperspiralen betrof, is de verwachting dat ook een LS nog maanden na plaatsing kan migreren. De exacte positie van een LS in de uterus is niet belangrijk voor de werkzaamheid. Expulsies zijn ook langere tijd na plaatsing nog mogelijk. Onregelmatig bloedverlies dat ontstaat na eerder probleemloos gebruik kan een aanwijzing zijn voor dislocatie. Er werd geen verband gevonden tussen buikpijn en de positie van een LS.

Omdat de klinische evaluatie van de positie van een spiraal betrouwbaar is en omdat een spiraal nog kan migreren, voegt een echo niets toe na een ongecompliceerde plaatsing en bij een normale controle. In de huisartsenpraktijk is een echo ter controle van de positie van een hormoonspiraal wel zinvol na een gecompliceerde plaatsing (mogelijke perforatie), als bij controle onvindbare draadjes (kleine kans op expulsie) en bij vermoeden van lokalisatie in het cervixkanaal. Ook bij bloedingsproblemen die ontstaan na eerder probleemloos gebruik kan een echo zinvol zijn. Wees bedacht op late expulsies. ■

LITERATUUR

1 Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. www.nhg.org.
2 De Kroon CD, Van Houwelingen JC, Trimbos JB, Jansen FW. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. Hum Reprod 2003;18(11):2323-7.
3 Faúndes D, Perdigão A, Faúndes A, Bahamondes L, Petta CA. T-shaped IUDs accommodate in their position during the first 3 months after insertion. Contraception 2000;62(4):165-8.
4 Merki-Feld GS, Schwarz D, Imthurn B, Keller PJ. Partial and complete expulsion of the Multiload 375 IUD and the levonorgestrel-releasing IUD after correct insertion. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2008;137(1):92-6.
5 Rönnerdag M, Odlind V. Late bleeding problems with the levonorgestrel-releasing intrauterine system: evaluation of the endometrial cavity. Contraception 2007;75(4):268-70.

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. Coördinatie: Marianne Dees • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Huisartsenpraktijk Versteeg en Zeilstra, Apeldoorn: J.M. Versteeg, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, docent/senior onderzoeker Radboudumc • Correspondentie: vz-huisartsen@ezorg.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Angel Schols, Eefje de Bont

Geen preventieve medicatie bij koortsconvulsies

Continu of intermitterend gebruik van zowel anti-epileptica, antipyretica, alsook zink wordt afgeraden bij kinderen met koortsconvulsies. Dat is de conclusie van een Cochrane-review naar de effectiviteit en veiligheid van preventief gebruik van deze middelen om een recidief koortsconvulsie bij kinderen te voorkomen.

Koortsconvulsies of koortsstuipen komen voor bij 2 tot 5% van de kinderen met koorts, meestal tussen de 6 maanden en 6 jaar met een piekincidentie rond 18 maanden. Eén op de drie kinderen krijgt na een eerste aanval een recidief. De auteurs van deze Cochrane-review keken naar de effectiviteit en veiligheid van preventief gebruik van anti-epileptica en antipyretica ter voorkoming van een recidief koortsconvulsie bij kinderen. Ook keken ze naar eventuele andere medicatieopties waarvoor een goede biologische rationale bestaat.

De auteurs includeerden artikelen van 30 gerandomiseerde trials met 4256 gerandomiseerde kinderen. Dertien interventies van zowel continue als intermitterende profylaxe werden geanalyseerd. Er werd een significante vermindering in het aantal recidief koortsconvulsies na 6, 12, 18, 24, 36 en 48 maanden gevonden bij intermitterend gebruik van diazepam versus een placebo of geen behandeling. Ook continu gebruik van fenobarbital versus placebo of geen behandeling reduceerde het aantal recidieven op 6, 12 en 24 maanden, maar niet op 18 of 72 maanden. Het aantal kinderen dat behandeld moest worden om 1 convulsie te voorkomen (NNT) varieerde van 5 tot 14. Bijwerkingen waren wisselend in ernst en traden op tot bij 30% van de kinderen die fenobarbital kregen en bij 36% van de benzodiazepinegebruikers. De andere onderzochte anti-epileptica, alsook antipyretica en zinksulfaat hadden geen significant effect op de recidiefkans van koortsconvulsies.

De methodologische kwaliteit van de meeste onderzoeken was matig tot slecht. Randomisatie en blindering voldeden vaak niet aan de huidige standaarden. Ook was er sprake van een duidelijk risico op bias doordat behandeling vaak werd vergeleken met geen behandeling in plaats van een placebo.

ONSCHULDIG KARAKTER KOORTSCONVULSIES

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met vragen van ouders over en angst rondom koortsstuipen bij kinderen. Om ouders adequaat te ondersteunen en informeren is het van belang dat huisartsen kennis hebben over de beperkte effectiviteit en kans op bijwerkingen van verschillende preventieve medicamenteuze behandelingen. Hoewel intermitterend diazepam- en continu fenobarbitalgebruik effectief zijn gebleken in het verminderen van het aantal recidieven, is het effect van deze middelen slechts kortdurend. Dit voordeel dient te worden afgezet tegen de mogelijke bijwerkingen en de vraag of koortsconvulsies überhaupt behandeld moeten worden. Wanneer we namelijk 100 kinderen behandelen met diazepam of fenobarbital kunnen er ongeveer tien recidieven worden voorkomen, maar zullen ongeveer 33 kinderen bijwerkingen ervaren. Mogelijke bijwerkingen zijn slecht onderzocht en variëren van verminderd begrip, sedatie, gedragsveranderingen, slaapstoornissen tot bewegingsstoornissen en gastro-intestinale klachten. Twee onderzoeken naar het gebruik van antipyretica (onder andere NSAID's en paracetamol) lieten geen effect zien op het aantal recidieven. Hoewel er weinig onderzoek is gedaan naar het profylactisch gebruik van antipyretica, zijn deze onderzoeken wel van goede kwaliteit.

Deze review ondersteunt het huidige advies van de NHG-Standaard, waarin het geven van paracetamol niet wordt aanbevolen om de kans op een recidief koortsconvulsie te verlagen. In de geïncludeerde onderzoeken van de review is vooral naar het effect van NSAID's gekeken; het gebruik van paracetamol is nauwelijks onderzocht. Zowel de standaard als de review benadrukken terecht het onschuldige karakter van koortsconvulsies en het belang van goede voorlichting aan ouders.

Ondanks dat intermitterend gebruik van diazepam en continu gebruik van fenobarbital het aantal recidiverende koortsconvulsies vermindert, wordt gebruik van deze anti-epileptica dus afgeraden. Niet alleen omdat de kans op bijwerkingen groter is dan de kans op een gunstig effect, maar ook omdat een typische koortsconvulsie onschuldig is. Voor andere anti-epileptica, antipyretica en zink is zeker geen plaats bij de profylactische behandeling van kinderen met koortsconvulsies, aangezien deze nooit effectief zijn gebleken. Belangrijk is dat de huisarts zich bewust is van de impact die een koortsconvulsie kan hebben op ouders en zorgdraagt voor een goede ondersteuning en voorlichting, ook over medicatiegebruik. ■

LITERATUUR

1 Offringa M, Newton R, Cozijnsen MA, Nevitt SJ. Prophylactic drug management for febrile seizures in children. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 2. Art. No.: CD003031.

Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: Angel Schols, arts-onderzoeker; Eefje de Bont, aiotho • Correspondentie: eefje.debont@maastrichtuniversity.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. Coördinatie: Hans van der Wouden • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Uw patiënt heeft tot 4x meer kans om te stoppen met roken met medicatie en professionele hulp.

Pfizer

CHAMPIX® beschermt rokers tegen hun verlangen en vermindert de positieve beloning van het roken.[1]

CHAMPIX®
varenicline tartrate

PP-CHM-NLD-0103

- Is een praktische handleiding voor 160 typische kleine en meestal onschuldige kwalen die bij kinderen voorkomen
- Verduidelijkt door veel beeldmateriaal
- Met 27 nieuwe hoofdstukken
- Sluit aan bij de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Kleine kwalen bij kinderen 4e druk
ISBN: 9789036816953 | *Onder redactie van Just Eekhof, Arie Knuistingh Neven, Sjoerd Bruggink en Marissa Scherptong-Engbers*

Nieuw!

KLEINE KWALEN BIJ KINDEREN

Dit boek geeft een uitgebreid overzicht van typische kleine en meestal onschuldige kwalen die bij kinderen voorkomen, zoals krentenbaard, platvoeten en waterpokken. Daarmee onderscheidt dit boek zich van andere boeken over kindergeneeskunde, waarin vooral aandacht is voor ernstige aandoeningen.

Van alle 160 aandoeningen worden etiologie, diagnostiek, beleid en beloop beschreven. De vele foto's tonen de kenmerken van de verschillende aandoeningen en verduidelijken daarmee de tekst.
Dit boek is bestemd voor huisartsen (in opleiding), consultatiebureauartsen, jeugdartsen en kinderartsen.

Bohn Stafleu van Loghum

Snel en eenvoudig bestellen? Ga naar www.bsl.nl

REFERENTIES: 1. Connolly SJ, Michael MD, Ezekowitz MD, et al. Dabigatran versus Warfarin in patients with Atrial Fibrillation. NEJM 2009 Sep 17; 361:1139-1151 [Erratum: NEJM 2010 Nov 4; 363:1875-1876 and NEJM 2014 Oct 9; 371(15):1464-1465]. **2.** Connolly SJ, Wallentin L, Ezekowitz MD et al. The long-term multicenter observational study of dabigatran treatment in patients with atrial fi brillation (RELY-ABLE) study. Circulation 2013 Jul 16; 128(3):237-243. **3.** Alpesh AN, Keshishian A, Xie L et al. Early comparison of major bleeding, stroke and associated medical costs among treatment-naive non-valvular atrial fi brillation patients initiating apixaban, dabigatran, rivaroxaban or warfarin. Blood 2015 Dec 3; 126(23):745. **4.** Deitelzweig S, Bruno A, Trocio J et al. An early evaluation of bleeding-related hospital readmissions among hospitalized patients with nonvalvular atrial fi brillation treated with direct oral anticoagulants. Curr Med Res Opin 2016 Jan 1; 32(3):573-582. **5.** Graham DJ, Reichman ME, Wernecke M et al. Cardiovascular, bleeding, and mortality risks in elderly Medicare patients treated with dabigatran or warfarin for nonvalvular atrial fi brillation. Circulation 2015 Jan 13; 131(2):157-164. **6.** Larsen TB, Gorst-Rasmussen A, Rasmussen LH et al. Bleeding events among new starters and switchers to dabigatran compared with warfarin in atrial fi brillation. Am J Med 2014 Jul; 127(7):650-656. **7.** Larsen TB, Rasmussen LH, Rasmussen-Gorst A et al. Myocardial ischemic events in real world patients with atrial fi brillation treated with dabigatran or warfarin. Am J Med 2014 ; 127:329-336.e4. **8.** Lauffenburger JC, Farley JF, Gehi AK et al. Effectiveness and safety of dabigatran and warfarin in real-world US patients with non-valvular atrial fi brillation: a retrospective cohort study. J Am Heart Assoc 2015; 4(4):e001798. **9.** Lin I, Masseria C, Mardekian J et al. Real-world bleeding risk among non-valvular atrial fi brillation patients prescribed apixaban, dabigatran, rivaroxaban, and warfarin: analysis of electronic health records. Poster presented at: European Society of Cardiology Congress; August 29-September 2, 2015; London, UK. **10.** Seeger JD, Bykov K, Bartels DB et al. Safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in routine care of patients with atrial fi brillation. Thromb Haemost 2016; 8:1-13. [Epub ahead of print]. **11.** Tepper P, Mardekian J, Masseria C et al. Real-world comparison of bleeding risks among nonvalvular atrial fi brillation patients on apixaban, dabigatran, rivaroxaban: cohorts comprising new initiators and/or switchers from warfarin. Presented at: European Society of Cardiology Congress; August 30, 2015; London, UK. **12.** Villines TC, Schnee J, Fraeman K et al. A comparison of the safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in non-valvular atrial fibrillation patients in a large healthcare system. Thromb Haemost 2016; 8:1-9. [Epub ahead of print]. **13.** PRAXBIND® SPC. **14.** NHG-werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (derde partiële herziening). Huisarts Wet. 2017;60(9):460.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA®

Samenstelling: 75 mg, 110 mg of 150 mg dabigatran etexilaat (als mesilaat) per capsule. Farmacotherapeutische categorie: directe trombineremmers. **Farmaceutische vorm:** harde capsules. **Therapeutische indicaties: 1.** Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met één of meer risico factoren zoals: CVA of TIA in de anamnese, symptomatische hartfalen (≥ NYHA 2), ≥75 jaar, diabetes mellitus, hypertensie. **2.** Behandeling van diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (PE) en preventie van recidiverende DVT en PE bij volwassenen.**3.** Primaire preventie van veneuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een totale heupvervangende operatie (THO) of een totale knievervangende operatie (TKO) hebben ondergaan. **Dosering en wijze van toediening:** Capsules in oorspronkelijke verpakking bewaren ter bescherming tegen vocht. Capsules niet openen, innemen met een glas water, met of zonder voedsel. Preventie van CVA of systemische embolie, behandeling van DVT/PE, preventie van recidiverende DVT/PE: 300 mg per dag, ingenomen als één capsule van 150 mg tweemaal daags. Patiënten van 80 jaar en ouder: 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal daags. Preventie VTE na electieve TKO: éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1 – 4 uur na de operatie starten, daarna 10 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Preventie VTE na electieve THO: éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten met 1 capsule, daarna 28-35 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Na TKO of THO is bij patiënten met een matig verminderde nierfunctie (creatinineklaring 30 – 50 ml/min) en ouderen (> 75 jaar) de aanbevolen dosis 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg. Zolang geen hemostase is vastgesteld moet het begin van de behandeling bij TKO en THO worden uitgesteld. Begint de behandeling niet op de dag van de operatie, dan moet worden gestart met éénmaal daags 2 capsules. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, ernstig verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 30 ml/min), actieve, klinisch significante bloedingen, laesie of aandoening die als een significante risicofactor voor majeure bloedingen wordt beschouwd, gelijktijdige behandeling met andere anticoagulantia, verminderde werking van de lever of leveraandoeningen die naar verwachting invloed hebben op de overleving, gelijktijdige behandeling met systemische ketoconazol, ciclosporine, itraconazol, en dronedarone, kunsthartklep waarvoor antistollingsbehandeling vereist is. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Voor de start van de behandeling met dabigatran dient de nierfunctie bepaald te worden door berekening van de creatinineklaring (m.b.v. de Cockcroft-Gaultmethode). Tijdens de behandeling dient de nierfunctie bepaald te worden in klinische situaties waarbij verwacht wordt dat de nierfunctie zal afnemen of verslechteren en tenminste eens per jaar bij patiënten ≥75 jaar of met nierinsufficiëntie. Bij patiënten met een verhoogde kans op bloedingen dient een dosis van 220 mg dabigatran, ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag, overwogen te worden voor de preventie van CVA of systemische embolie en bij de behandeling van DVT/PE en preventie van recidiverende DVT/PE. Een stollingstest (dTT, ECT of aPTT) kan worden gebruikt om patiënten met verhoogde dabigatran concentraties te identificeren. Een INR-test is onbetrouwbaar bij patiënten die dabigatran gebruiken. Patiënten die dabigatran gebruiken, hebben, wanneer zij een operatie of invasieve procedure ondergaan, een verhoogd risico op bloedingen. Er is een specifiek antidotum (Praxbind, idarucizumab) beschikbaar. Bij patiënten met verhoogde leverenzymen > 2 maal ULN, wordt dabigatran niet aanbevolen. Er is geen ervaring bij kinderen en adolescenten. Anesthesie via een postoperatieve inwendige epidurale katheter wordt niet aanbevolen. Na het verwijderen van de katheter moet ten minste twee uur gewacht worden met de eerste toediening van dabigatran. Niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Er is geen of weinig ervaring met de volgende behandelingen die de kans op bloedingen, in combinatie met het gebruik van dabigatran, kunnen verhogen: anticoagulantia zoals UFH, LMWH en heparinederivaten, trombolytische middelen, vitamine K-antagonisten, rivaroxaban of andere orale anticoagulantia en plaatjesaggregratieremmers zoals GPIIb/IIIa-receptorantagonisten, ticlopidine, prasugrel, ticagrelor, dextran en sulfinpyrazon. Zowel het gebruik van acetylsalicylzuur, clopidogrel, SSRI's, SNRI's, als chronisch gebruik van NSAID's verhoogden in de RE-LY-studie het risico op bloedingen bij zowel dabigatran als warfarine. Dabigatran wordt niet gemetaboliseerd door het cytochroom-P450-systeem en heeft geen effect *in vitro* op menselijke cytochroom-P450-enzymen. De pro-drug dabigatran etexilaat is een substraat voor de effluxtransporter P-glycoproteïne. Proteaseremmers beïnvloeden Pglycoproteïne en gelijktijdige behandeling met dabigatran en deze middelen wordt daarom niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van P-glycoproteïne-inductoren (zoals rifampicine, sint-janskruid (Hypericum Perforatum), carbamazepine of fenytoïne) dient vermeden te worden. Preventie van CVA en systemische embolie, behandeling van DVT/PE, preventie van recidiverende DVT/PE: Voorzichtigheid is geboden bij gelijktijdig gebruik van dabigatran en lichte tot matig sterke Pglycoproteïneremmers (bv. amiodaron, kinidine, verapamil en ticagrelor), in het bijzonder bij patiënten met een licht tot matig verminderde nierfunctie. Bij patiënten die tegelijk dabigatran en verapamil krijgen, dient de dosis dabigatran te worden verlaagd naar 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag. Gelijktijdige behandeling met tacrolimus wordt niet aanbevolen. Gelijktijdige behandeling met protonpompremmers (PPI) leek de werkzaamheid van dabigatran niet te verminderen. De toediening van ranitidine samen met dabigatran had geen klinisch relevant effect op de mate waarin dabigatran werd geabsorbeerd. Preventie van VTE: Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en amiodaron, kinidine of verapamil gebruiken dient de dosering verlaagd te worden tot 150 mg dabigatran eenmaal daags. Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie die gelijktijdig dabigatran en verapamil gebruiken dient een dosis van 75 mg dabigatran overwogen te worden. Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en claritromycine gebruiken dient nauwgezet klinisch toezicht te worden gehouden, in het bijzonder wat betreft het optreden van bloedingen, speciaal bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen zijn bloedingen. Ernstige bloedingen kunnen, ongeacht waar ze in het lichaam optreden, leiden tot invaliditeit, levensbedreigend zijn of zelfs een dodelijke afloop tot gevolg hebben. Indien ernstige bloedingen optreden moet de behandeling worden gestopt en de bron van de bloeding worden onderzocht. Er is een specifiek antidotum (Praxbind, idarucizumab) beschikbaar. Andere vaak voorkomende klachten zijn buikpijn, diarree, dyspepsie, misselijkheid en abnormale leverfunctie / leverfunctietest (minder dan 10%). Preventie van CVA en systemische embolie: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 16,6% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 3,5%). Dabigatran werd in de RELY studie gerelateerd aan een hogere incidentie van majeure gastro-intestinale bloedingen. De toediening van een protonpompremmer kan overwogen worden om een gastro-intestinale bloeding te voorkomen. Behandeling van DVT/PE, preventie van recidiverende DVT/PE: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 19,4% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 1,0%). Preventie van VTE: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 14% van de patiënten voor; ernstige bloedingen (inclusief wondbloedingen) werden zelden gerapporteerd (minder dan 2%). **Verpakking:** Pradaxa 75 mg, 110 en 150 mg worden geleverd in aluminium blisterverpakkingen van 60 stuks. **Afleverstatus:** U.R. **Registratie:** EU/1/08/442/003, EU/1/08/442/007, EU/1/08/442/011. Registratiedatum 18 mrt 2008 (VTE preventie na THO/TKO), 04 aug 2011 (CVA), 03 juni 2014 (acute DVT/LE, preventie recidiverende DVT/LE). **Vergoeding en prijzen:** Volledig vergoed binnen het GVS, mits geïnitieerd door huisarts of specialist. Voor prijzen, zie KNMP taxe. Voor volledige productinformatie is de samenvatting van productkenmerken op aanvraag beschikbaar**.** Boehringer Ingelheim bv., Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar. Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** 2 februari 2017.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRAXBIND®

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. **Samenstelling:** Elke injectieflacon bevat 2,5 g idaruizumab, 2 g sorbitol en 25 mg natrium in 50 ml. Farmacotherapeutische categorie: specifiek antidotum voor dabigatran. **Farmaceutische vorm:** Oplossing voor injectie/infusie. **Therapeutische indicaties:** Volwassen Pradaxa (dabigatran etexilaat) gebruikers wanneer het anticoagulerend effect van dit middel snel moet worden geneutraliseerd voor spoedoperaties/ dringende ingrepen of bij een levensbedreigende/ongecontroleerde bloeding. **Dosering en wijze van toediening:** Uitsluitend voor gebruik in het ziekenhuis. De aanbevolen dosis is 5 g (2 x 2,5 g/50 ml), intraveneus toegediend als twee achtereenvolgende infusies van elk 5 tot 10 minuten of als bolusinjectie. **Contra-indicaties:** Geen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Idarucizumab heft alleen het anticoagulerend effect van dabigatran, niet van andere anticoagulantia. Idarucizumab kan worden gebruikt in combinatie met standaard ondersteunende maatregelen, die vanuit medisch oogpunt in aanmerking dienen te komen. Het risico van het gebruik van Praxbind bij patiënten met een bekende overgevoeligheid (bijv. anafylactoïde reactie) voor idarucizumab of voor een van de hulpstoffen (bijv bij erfelijke fructose intolerantie) moet zorgvuldig worden afgewogen tegen het mogelijke voordeel. Indien een anafylactische reactie of een andere ernstige allergische reactie optreedt, dient de toediening van Praxbind onmiddellijk te worden gestaakt en een passende behandeling te worden gestart. Door neutralisatie van de dabigatrantherapie worden patiënten blootgesteld aan het verhoogde trombotisch risico van hun onderliggende aandoening en moet worden overwogen om de anticoagulatiebehandeling te hervatten zodra dat medisch verantwoord is. Praxbind veroorzaakt een voorbijgaande proteinurie die niet wijst op nierschade, waarmee bij urineonderzoek rekening dient te worden gehouden. Praxbind bevat 2,2 mmol (of 50 mg) natrium per dosis waarmee bij patiënten met een natriumbeperkt dieet rekening te worden gehouden. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Klinisch relevante interacties met andere geneesmiddelen worden onwaarschijnlijk geacht. In preklinische onderzoeken zijn er geen interacties aangetoond met infusievloeistoffen voor volume expansie, concentraten van stollingsfactor (bijv. (geactiveerde) protrombinecomplex concentraten, recombinant factor VIIa) en andere anticoagulantia (bijv. andere trombineremmers dan dabigatran, factor Xa remmers, inclusief laagmoleculairgewichtheparine, vitamine K antagonisten, heparine). **Bijwerkingen:** De veiligheid van Praxbind is onderzocht bij 224 gezonde deelnemers en in een lopend fase III onderzoek bij 123 patiënten. Er zijn daarbij geen bijwerkingen vastgesteld. **Verpakking:** Oplossing van 50 ml in glazen injectieflacon (type I glas), met butylrubber stop, aluminium kap en etiket met geintegreerde ophanglus. **Houdbaarheid:** 36 maanden. **Afleverstatus:** U.R. **Registratie:** EU/1/15/1056/001. **Vergoeding en prijzen:** Voor prijzen, zie KNMP taxe. Voor volledige productinformatie is de SmPC op aanvraag beschikbaar**.** Boehringer Ingelheim bv., Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar. Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** 20 juli 2017.

Boehringer Ingelheim

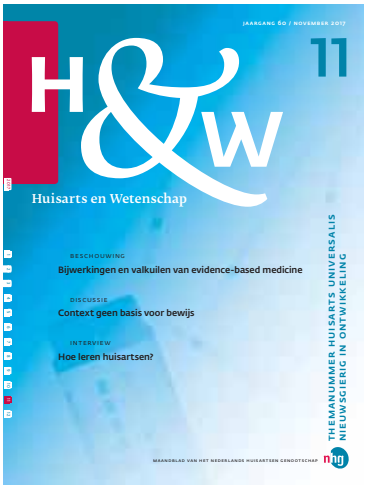
MOVENTIG® VERKORTE SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN

Moventig 12,5 mg en 25 mg filmomhulde tabletten. **Samenstelling**: elke filmomhulde tablet bevat naloxegoloxalaat overeenkomend met 12,5 resp. 25 mg naloxegol. **Indicaties**: behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op laxeermiddel(en). **Contra-indicaties**: Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen of voor een andere opioïdeantagonist. Patiënten met een bekende of vermoede gastro-intestinale (GI) obstructie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, vanwege de kans op een gastro-intestinale perforatie. Patiënten met onderliggende kanker met een verhoogd risico op een gastro-intestinale perforatie, zoals onderliggende maligniteiten van het maagdarmkanaal of het peritoneum, recidiverende of gevorderde ovariumkanker, behandeling met vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF)-remmers. Gelijktijdig gebruik met krachtige CYP3A4-remmers (bijvoorbeeld claritromycine, ketoconazol, itraconazol of telithromycine; proteaseremmers zoals ritonavir, indinavir of saquinavir; grapefruitsap indien gebruikt in grote hoeveelheden). **Waarschuwingen en voorzorgen**: *Omstandigheden met verhoogd risico op gastro-intestinale perforatie* Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van naloxegol bij patiënten met een aandoening waarbij de integriteit van de wand van het maag-darmkanaal kan worden aangetast (bijvoorbeeld ernstige maagzweer, de ziekte van Crohn, actieve of recidiverende diverticulitis, infiltratieve maligniteiten van het maagdarmkanaal of peritoneale metastasen). Patiënten wordt geadviseerd de therapie met naloxegol te staken en onmiddellijk contact op te nemen met hun arts als zij ongebruikelijk ernstige of aanhoudende abdominale pijn krijgen. *Verstoringen van de bloed-hersenbarrière* Bij patiënten met klinisch belangrijke verstoringen van de bloed-hersenbarrière bestaat het risico dat naloxegol in het CZS binnendringt en dient naloxegol met voorzichtigheid te worden voorgeschreven, waarbij gelet moet worden op mogelijke effecten op het CZS, zoals symptomen van opioïdeontwenning en/of interferentie met opioïd-gemedieerde pijnstilling. *Gelijktijdig gebruik van methadon* In klinische studies werd waargenomen dat patiënten die methadon namen als primaire therapie voor hun pijnaandoening, vaker last kregen van gastro-intestinale bijwerkingen (zoals abdominale pijn en diarree) dan patiënten die geen methadon kregen. In enkele gevallen werden symptomen waargenomen die wezen op opioïdeontwenning, bij een groter gedeelte van de patiënten die methadon namen t.o.v. de patiënten die geen methadon namen. *Gastro-intestinale bijwerkingen* Er zijn gevallen van ernstige abdominale pijn en diarree waargenomen in klinische onderzoeken met de dosis van 25 mg, vooral kort na de start van de behandeling. Er was een hogere incidentie van het staken van de behandeling vanwege diarree en abdominale pijn. Patiënten moet geadviseerd worden om ernstige, aanhoudende of erger wordende symptomen direct aan hun arts te melden, die kan overwegen om de dosis te verlagen tot 12,5 mg. *Opioïdeontwenningssyndroom* Er zijn gevallen van opioïdeontwenningssyndroom gemeld in het klinische programma van naloxegol. Dit syndroom ontwikkelt zich meestal binnen minuten tot enkele dagen na toediening van een opioïdeantagonist. Als opioïdeontwenningssyndroom wordt vermoed, moet de patiënt het gebruik van Moventig staken en contact opnemen met de arts. *Cardiovasculaire aandoeningen* Naloxegol moet bij patiënten met een voorgeschiedenis van myocardinfarct korter dan 6 maanden geleden, symptomatisch congestief hartfalen, manifeste hartziekten of patiënten met een QT-interval van ≥ 500 msec met voorzichtigheid worden gebruikt. *CYP3A4-inductoren* Naloxegol wordt niet aanbevolen voor patiënten die krachtige CYP3A4-inductoren nemen (bijvoorbeeld carbamazepine, rifampicine, sint-janskruid). *Nierinsufficiëntie* De aanvangsdosis voor patiënten met matig ernstige of ernstige nierinsufficiëntie is 12,5 mg. Als er bijwerkingen optreden die van invloed zijn op de verdraagbaarheid, dient de behandeling met naloxegol te worden gestaakt. *Ernstige leverinsufficiëntie* Voor patiënten met ernstige leverinsufficiëntie wordt het gebruik van naloxegol niet aanbevolen. *Aan kanker gerelateerde pijn* Vanwege beperkte klinische ervaring met het gebruik van naloxegol bij OIC-patiënten met pijn die gerelateerd is aan kanker is voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven van naloxegol. **Bijwerkingen**: In klinische onderzoeken waren de meest frequent gemelde bijwerkingen van naloxegol (≥ 5%): abdominale pijn, diarree, nausea, hoofdpijn en flatulentie. Het merendeel van de gastro-intestinale bijwerkingen werd beoordeeld als mild tot matig van ernst, trad vroeg in de behandeling op en verdween in de loop van de behandeling. Overige bijwerkingen waren nasofaryngitis, hyperhidrose en opioïdeontwenningssyndroom. **Afleveringsstatus:** UR **Vergoeding en prijzen:** Moventig wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index taxe. **Datum:** augustus 2017 **Registratienummers:** EU/1/14/962/001-007 **Registratiehouder:** Kyowa Kirin Ltd, Galabank Business Park, Galashiels, TD1 1QH, Verenigd Koninkrijk. De volledige productinformatie (SmPC) is op aanvraag verkrijgbaar bij Kyowa Kirin Pharma B.V., tel. 0900-1231236. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb (website: www.lareb.nl).

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie onder 'Melding van vermoedelijke bijwerkingen' voor het rapporteren van bijwerkingen.

Referentie: 1. SmPC Moventig®.

MOV NL 201708005



Kijkt u elke maand uit naar de nieuwe H&W?
En beslist u graag mee over de inhoud? Solliciteer dan op onze vacature.
Per 1 maart 2018 zoeken wij een

Redactielid Huisarts en Wetenschap

Wie zoeken wij?
Bij voorkeur een praktiserend huisarts die vlot kan schrijven, beschikt over een creatieve en kritische geest en een voor H&W relevant netwerk. Het is handig om ervaring te hebben met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs. Daarnaast is het prettig om affiniteit te hebben met implementatie en nascholing. Wij geven de voorkeur aan sollicitanten die gepromoveerd zijn en/of een aanstelling hebben bij een wetenschappelijke instelling.

Wat vragen wij?
Enthousiasme en bereidheid om – tegen vergoeding – vier uur per week met H&W bezig te zijn. Taken: kopij lezen en beoordelen, auteurs begeleiden, journaals en andere stukken schrijven, auteurs werven, ideeën spuien over de inhoud en samenstelling van H&W.

Wat bieden wij?
Een levendige, gezellige club van acht huisartsen en onderzoekers die elke maand samenkomt om kopij te bespreken en om te bedenken welke onderwerpen er in H&W moeten komen. Zij werken nauw samen met een driekoppige, professionele bureauredactie.

Meer weten?
Kijk op www.henw.org voor meer informatie over deze vacature. Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich op dinsdag, donderdag en vrijdag wenden tot dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W via i.smeele@nhg.org of 030-2823500/06-17068540.

Belangstelling?
Mail uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 20 november 2017 naar dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur, via redactie@nhg.org.

Bent u aiotho, leest u graag H&W en zou u op bestuurlijk niveau willen meebeslissen over het gevoerde beleid?
Reageer dan op onze vacature voor

Aiotholid Raad van Advies Huisarts en Wetenschap

Wie zoeken wij?
Een creatieve aiotho met affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren en de toepassing van moderne media (internet), enig inzicht in communicatie via wetenschappelijke tijdschriften en goede contactuele eigenschappen. Het hebben van bestuurlijke ervaring is een pré.

Wat vragen wij?
Gevraagd en ongevraagd adviseren over het gevoerde en te voeren inhoudelijke beleid van H&W en toezien op het functioneren van de hoofdredacteur en redactie van H&W. Daarnaast het NHG-bestuur adviseren over belangrijke beleidsbesluiten van en ten aanzien van de redactie. Verder als klankbord functioneren voor de hoofdredacteur en inhoudelijk de koers van het blad bewaken. De bereidheid om minimaal tweemaal per jaar te vergaderen, of vaker als dat nodig is en op te treden bij conflicten tussen de redactie van H&W en het bestuur van het NHG. De Raad bestaat uit zeven leden.

Wat bieden wij?
Een zevenkoppige, betrokken club mensen die in principe elk halfjaar samenkomt om het gevoerde en te voeren beleid van H&W te bespreken. Naast huisartsen zitten er ook een specialist en een wetenschapsjournalist in de raad. Leden van Raad van Advies H&W krijgen een vergoeding.

Meer weten?
Kijk op www.henw.org voor meer informatie over deze vacature. Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich op dinsdag, donderdag en vrijdag wenden tot dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W via i.smeele@nhg.org, 030-2823500/06-17068540 of dr. Hans Uijen, voorzitter van de Raad van Advies, via h.uijen@hcdo.nl.

Belangstelling?
Mail uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 20 november 2017 naar dr. Hans Uijen, voorzitter, via redactie@nhg.org.

HANDIG NASLAGWERK OVER SOLK

J. Spaans, J. Rosmalen. Y. van Rood, H. van der Horst, S. Visser. Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Houten: Lannoo Campus, 2017. 492 pagina's. Prijs € 49,99. ISBN 978 94 014 3749 3.

Dit handzame boek is geschreven door toonaangevende behandelaars en onderzoekers (huisartsen, psychiaters en psychologen) op het gebied van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Het boek bestaat uit vier delen, onderverdeeld in een groot aantal compacte hoofdstukken. De stijl is bondig en krachtig. Het is geen boek om van voor tot achter door te ploegen, maar eerder geschikt om met een gerichte vraag een bepaald hoofdstuk te lezen. De auteurs beginnen steeds met generieke, algemene verklaringen en eindigen bij specifieke, gepersonaliseerde behandelingsopties.

De eerste delen van het boek gaan over algemene kenmerken van SOLK, diagnostiek, communicatie en verklaringsmodellen en de stepped-carebehandeling. Het laatste deel gaat dieper in op specifieke behandelingsmethodes en interventies, zoals de rol van EMDR, mentaliseren en hypnotherapie. Dit deel is niet zozeer geschikt voor huisartsen, alswel voor zorgverleners in de ggz, poh-ggz, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters.

De auteurs leggen de nadruk op het belang van goede communicatie met de patiënt (positief en streven naar een gemeenschappelijk gedragen werkhypothese), het zoeken naar instandhoudende factoren van de klacht en het streven naar een gepersonaliseerd behandelingsplan. Zij geven adviezen over behandeling en staan stil bij theoretische achtergronden, verklaringsmodellen, prognostische en instandhoudende factoren. Zij hebben ook oog voor praktische vragen. Als u eenmaal op het spoor van SOLK zit, hoe kunt u de klachten dan het best inventariseren? En wat doet u vervolgens met de informatie die de inventarisatie oplevert? Hoe legt u de patiënt uw mogelijke verklaring uit? Wanneer verwijst u de patiënt door naar andere disciplines, zoals poh-ggz, psychosomatisch fysiotherapeut, psycholoog of zelfs een derdelijnscentrum bij ernstige SOLK? En als u besluit de patiënt zelf te begeleiden, wat zijn dan de behandelingsmogelijkheden?

Kortom, dit boek is een aanrader voor huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn die veel met somatisch onvoldoende verklaarde klachten te maken hebben. ■

David Bentz van den Berg

Waardering: ●●●●

AAN DE SLAG MET SPUITENDE SLAGADERS

J. Goossens, L. Faas. Spuitende slagaders en overstromende oceanen. Wat je zelf kunt doen bij kleine en grote rampen. Rotterdam: Lemniscaat, 2017. 96 pagina's, Prijs € 16,95. ISBN 978 90 477 0934 3.

Dit mooi vormgegeven kinderboek trekt met zijn prikkelende titel en kleurrijke illustraties gelijk de aandacht. Het boek wil kinderen ervan bewust maken dat iedereen betrokken kan raken bij een kleine of grote ramp en vertelt wat je dan kunt doen voor jezelf en het slachtoffer. De auteurs beginnen met de vier belangrijkste regels: zorg voor veiligheid, kijk wat er is gebeurd en wat het slachtoffer mankeert, bel 112 als dat nodig is en help het slachtoffer.

Vervolgens geven de auteurs een wat kunstmatige indeling tussen rampen in en om het huis en grote rampen. Het eerste deel 'Rampen in en om het huis' behandelt in zeventien hoofdstukjes op een simpele, maar juiste, wijze basisbeginselen van eerste hulp, zoals bij reanimeren, brandwonden, flauwvallen of vergiftiging. Het tweede deel 'Grote rampen' gaat in 22 hoofdstukjes in op wat te doen bij overstroming, aardbeving, kernramp of oorlog.

Elk hoofdstuk behandelt enkele weetjes over het onderwerp en eindigt met tips wat je kunt doen.

Het boek is geschreven met medewerking van het Nederlandse Rode Kruis, waaraan een deel van de opbrengst van het boek wordt geschonken.

Het boek nodigt uit om op te pakken en de korte hoofdstukjes met illustraties maken het een leuk boek voor in de wachtkamer van de huisarts. Voor thuis helpt het boek kinderen bewuster te worden van wat zij kunnen doen bij ongelukjes en alledaagse rampen en geeft hun het gevoel van controle door te kunnen handelen. Het blijft wel wat vreemd om naast tips bij alledaagse problemen als een insectenbeet of brandwond op eenzelfde wijze tips te geven over wat te doen bij een kernramp, gifaanval of tsunamie. ■

Femke Hohman

Waardering: ●●●

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
uitstekend ● ● ● ● ●

ULTIEM BOEK OVER PALLIATIEVE ZORG

B.S. Wanrooij, C.J. in 't Veld, M.H. van Venrooij, F.B. van Heest. Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2017. 485 pagina's. € 45. ISBN 978 90 5793 266 3.

Dit boek is geschreven door en voor huisartsen en beschrijft de laatste inzichten in de palliatieve zorg, toegespitst op de eerste lijn. De auteurs baseren zich op richtlijnen van het IKNL en het NHG. Het boek bestaat uit zeven delen die elk een aantal samenhangende onderwerpen behandelen. Het bevat algemene hoofdstukken die ingaan op voorwaarden voor goede zorg en ziekteoverstijgende aspecten in de laatste levensfase, zoals de aanwezigheid van een ICD of pacemaker, palliatieve sedatie, euthanasie en de wens te stoppen met eten en drinken. Daarnaast behandelen de auteurs specifieke aandachtspunten bij verschillende aandoeningen, waarbij uiteraard kanker, COPD, terminaal hartfalen en ALS aan bod komen. Er is ook expliciet aandacht voor bijzondere patiëntengroepen bij wie palliatieve zorg een extra uitdaging kan zijn, zoals zieken met een verstandelijke beperking, psychische aandoening of met een migratieachtergrond. Een relatief groot deel van het boek is toegespitst op symptomen die kunnen voorkomen in de palliatieve fase. De auteurs bespreken in 29 hoofdstukken hinderlijke symptomen als hik, lymfeoedeem, ileus, dreigende dwarslaesie, diarree, depressie, maligne ulcera en ascites. Zij hanteren daarbij steeds een systematische aanpak en hebben aandacht voor de mogelijkheden en beperkingen van de eerstelijnssetting. Bij het boek hoort een digitale versie met stappenplannen en protocollen die u op smartphone of tablet kunt installeren.

Dit naslagwerk vormt een uitgebreid en praktisch overzicht van palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk. Uiteraard waren er al (digitale) richtlijnen en apps beschikbaar die de huisarts kan gebruiken bij specifieke zorgvragen in de laatste levensfase. Dit boek is echter grotendeels geschreven door kaderhuisartsen palliatieve zorg en biedt daardoor een extra vertaalslag naar de eerste lijn. In één en hetzelfde boek kunt u nazoeken wat u in de thuissituatie kunt doen om dyspneu te bestrijden, welke aandachtspunten er zijn bij een terminale patiënt met een verstandelijke beperking en hoe u een ICD uit kunt zetten. Een aanrader voor iedere praktiserende huisarts. ■

Linda Bröker

Waardering: ● ● ● ● ●

Sepsis, een simpel ABC'tje?

In het artikel 'Sepsis herkennen bij een volwassene' stellen Feike Loots et al. dat sepsis buiten het ziekenhuis niet goed wordt herkend en dat daardoor onnodig veel mensen overlijden.[1] Gezien de toename van het aantal kwetsbare ouderen krijgen huisartsen hier in de toekomst meer mee te maken, de aandacht voor dit complexe onderwerp is dus terecht.

De strekking van het verhaal is dat huisartsen meer aandacht moeten hebben voor sepsis en dat zij op zoek moeten gaan naar een bruikbare tool om sepsis in de eerste lijn in een vroeg stadium te herkennen.

Ik ben verbaasd dat in het artikel geen enkele keer de ABCDE-regel voorkomt, een methode die juist bij uitstek 'op zoek gaat' om zieke patiënten systematisch in kaart te brengen. Deze methode wordt al sinds 1976 internationaal toegepast en heeft zich in de praktijk meermaals bewezen.

De ABCDE-regel kan mijns inziens ook bij het probleem sepsis prima werken, om de ernst van de toestand van de patiënt in te schatten. Ik denk dat we niet op zoek moeten gaan naar nieuwe manieren om sepsis te herkennen, maar dat we de bestaande ABCDE-regel breed kenbaar moeten maken onder huisartsen en er beter mee moeten leren werken.

Een punt van aandacht bij sepsis blijft echter de productie van urine. Het is duidelijk dat deze bij sepsis afneemt, maar dat is eveneens het geval bij een zieke patiënt met koorts die minder drinkt. Een uitdaging dus in onze anamnese! ■

Ralph Laven, huisarts in Beek (Limburg)

LITERATUUR

1 Loots F, Prins A, Tjan D, Koekkoek K, Hopstaken R, Giesen P. Sepsis herkennen bij een volwassene. Huisarts Wet 2017;60:400-3.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a
Brand P, Boendermaker P, Venekamp R. Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk. Houten: Prelum uitgevers, 2011:21-6.
Van Hemert R, Boendermaker P, Groenewold C, De Vries T. Huisarts en opleiden. Een praktijkgerichte handleiding. Houten: Prelum, 2014;52-60.
Van Dijk N. Motivatie in: Didactisch dilemma. Amsterdam: Huisartsopleiding AMC-UvA, 2010;1(1).

2b
Brand P, Boendermaker P, Venekamp R. Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk. Houten: Prelum uitgevers, 2011:21-6.

3b
Brand P, Boendermaker P, Venekamp R. Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk. Prelum uitgevers Houten 2011:15-7.

4d
Van Hemert R, Boendermaker P, Groenewold C, De Vries T. Huisarts en opleiden. Een praktijkgerichte handleiding. Houten: Prelum, 2014:127-34.
Wierdsma A, Swieringa J. Leren organiseren en veranderen. Utrecht: Noordhoff Uitgevers, 2011:59-61.

5c
Grol R, Wensink M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2015:21-4.

6b
Grol R, Wensink M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2015:25-6 en 285-8.

7c
Grol R, Wensink M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2015:21-4.

8a
Grol R, Wensink M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2015:91 en 301-2.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers, 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
Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, 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, Judith Mulder, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Aan dit nummer werkten mee: Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie) en Margot Scheerder (beeldredactie).

Uitgever: 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: traffic@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) € 245,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 147,00. 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

© 2017
ISSN 0018-7070

NHG

VAN DE VOORZITTER

Wijkgerichte zorg

Zorg in de buurt als het kan en ver weg als het moet. Dit hebben we gesteld in onze toekomstvisie. Met die opmerking doelde ik vooral op de verdeling tussen eerste- en tweedelijnszorg, maar hij gaat ook op voor de zorg die we aan patiënten in de wijk geven. Onze patiënten worden ouder en hebben vaker meerdere en complexere problemen. Dat vraagt om meer samenwerking met andere zorgverleners. Daarbij helpt het als je de zorgverleners om je heen kent: contact is gemakkelijker gelegd, en als je elkaar kent heb je minder uitleg nodig. Het helpt de huisarts ook om een

juiste afstemming met het sociale domein te hebben, want als we geconfronteerd worden met eenzaamheid of armoede kunnen we dit niet oplossen, maar moeten we wel de verbinding kunnen maken met de keten. Ik vind het daarom van belang dat we ervoor zorgen dat onze patiënten in ons directe verzorgingsgebied wonen. Ik ken een huisarts de op zijn vingers werd getikt omdat hij de inschrijving van een patiënt uit een andere plaats, met voldoende huisartsen, weigerde omdat hij een voorstander was van zorg in de buurt. De patiënt had berekend dat de huisarts binnen vijftien minuten bij hem thuis kon zijn. Hier wordt de norm dat we binnen vijftien minuten bij een spoedgeval willen zijn omgedraaid en daar kan ik me enorm over opwinden. Als we wijkgericht werken goed mogelijk willen maken, zullen onze patiënten in deze wijk moeten wonen, zal de gemeente een goed aanbod moeten hebben volgens de wijkscan, organiseren we een vast team van zorgverleners in de wijk, en hebben we tijd voor afstemming.

Rob Dijkstra

NHG-Congres 17 november RAI Amsterdam

Op vrijdag 17 november is het zover: het NHG-Congres Huisarts Universalis, gewijd aan de lerende dokter. Na de keynotesessies volgen er semiplenaire sessies en kleine keuzesessies. Verder is er een interactieve *Red Room*, en zijn er natuurlijk 2.500 collega's om kennis en ervaring mee uit te wisselen. Allemaal toegespitst op de lerende huisarts die werkt in een veelzijdige en snel veranderende samenleving. Zie ook Twitter: *#NHG17 @nhgcongres*

Omdenkshow voor huisartsen

Het team van Omdenken verzorgt dit jaar het *voorprogramma* van het NHG-Congres. Met een prikkelende mix van theater, cabaret en voordracht veranderen zij probleemdenken in het vrolijke: 'Ja maar wat nou als alles lukt?'

Interactieve Red Room op NHG-Congres

Robbert Keppel

Kom naar de interactieve *Red Room* op het NHG-Congres op 17 november.

- Altijd al een vraag willen stellen aan Dick Swaab? Via de Red Room kan dat.
- Vloggende huisartsen delen de eerste scoops uit de sessies.
- Robbert Keppel van Dokters vs Internet brengt live verslag uit.
- Alle tweets met *#NHG17* live volgen via een Twitter-wall.

Afterparty

Traditiegetrouw sluiten we de intensieve NHG-Congresdag op 17 november ontspannen en spetterend af. Speciaal voor u toveren we het Amsterdamse rijksmonument Het Sieraad om tot een waar feestpaleis.

&NHG

Interview met Jan Jacobs, keynotespreker NHG-Congres

'Leer samen met de lerende patiënt'

Digitaal expert en keynotespreker op het NHG-Congres van 17 november Jan Jacobs ziet twee uitdagingen voor huisartsen: keuzestress en de lerende patiënt. De digitale toekomst is onvoorspelbaar, vindt Jacobs, dus 'leer om wendbaar te zijn.'

Jan Jacobs, IT-ondernemer en uitgever van SmartHealth, een website over e-health: 'Onheilsprofeten hebben al vaak geroepen dat de huisarts niet meer nodig zal zijn: "Over tien jaar is er geen huisarts meer." Dat dachten we toen internet opkwam ook over radio en tv, en dat bleek overdreven te zijn. Maar huisartsen die denken, zo'n vaart zal het niet lopen, realiseren zich niet dat er een verschuiving bezig is in de informatieasymmetrie: vroeger wist de arts meer dan de patiënt, nu verandert dat.

De mentaliteit is in twintig jaar veranderd. We hebben nu een groep lerende patiënten. Een patiënt met motivatie en tijd schiet de dokter voorbij met data en informatie. Mensen vergelijken DNA-profielen, en wie er baat heeft bij welke medicijnen. Er ontstaat soms zelfs een omgekeerde informatieasymmetrie: de patiënt weet meer dan jij (zie ook het interview met Eugen Zuiderwijk achterin dit blad, red.). De patiënt brengt veel tijd door op internationale fora en komt zelf met een zinnige behandelsuggestie.

Leren van de patiënt

Digitale ontwikkelingen kunnen nog veel verder gaan. Een diabetespatiënt zit op een app samen met een miljoen mensen die allemaal hun suikerspiegel, voeding en beweging bijhouden. Als individuele dokter kun je daar niet tegenop, want je hebt geen miljoenen patiënten. Zelflerende digitale systemen houden immense hoeveelheden informatie bij. Denk ook aan een app die een tremor in de hand meet om te bepalen hoe Parkinson voortschrijdt. Doe er je voordeel mee als arts. De lerende arts leert samen met de lerende patiënt. Dat is de toekomst.'

Keuzestress

'De vraag is waar je aandacht aan moet besteden: wat komt er vanzelf op je pad, en waar moet je actief aandacht in stoppen? Je hebt allerlei mogelijkheden als huisarts voor e-health: apps, een zorportaal waar patiënten uitslagen kunnen inzien, of videoconsulten via Skype. Maar je kunt niet alles tegelijk, het is onvermijdelijk om keuzes te maken. Ik help artsen om prioriteiten te bepalen bij digitale mogelijkheden, om wegwijs te worden in leveranciers en financiering, en door ze in contact te brengen met collega's die met hetzelfde bezig zijn.

Sommige dingen komen onvermijdelijk op je af als huisarts, zoals het recht van de patiënt op digitale inzage van het dossier per 1 januari 2020. Andere prioriteiten hangen af van je praktijk. Sommige huisartsen hebben een praktijk in een studentenstad, met veel verhuizingen. Bij zo'n wisselende populatie is bereikbaarheid belangrijk; dan heb je, vind ik, gewoon een patiënten-app nodig. Maar heeft je praktijk een vrij vaste groep ingeschrevenen dan hoef je je minder bezig te houden met marketing en bereikbaarheid.'

'Dat vloggers zo invloedrijk zouden worden op internet, was niet te voorspellen'

Voorspellingen

'De online bereikbaarheid is geëxplodeerd. Je moet niet overschatten wat er binnen twee jaar gebeurt, maar ook niet onderschatten wat er in tien jaar allemaal veranderd zal zijn. Op de snelweg stond laatst een bord: "Niet liken tijdens het rijden." Zeven jaar geleden zouden we dat bord niet begrepen hebben. Als je nou precies wist wat er over drie jaar gaat gebeuren en wat over zeven jaar, zou je erop kunnen anticiperen met cursussen. Maar grote ingrijpende digitale ontwikkelingen kun je niet zien aankomen. Dat vloggers zo invloedrijk zouden worden op internet, was niet te voorspellen. Dat de president van de Verenigde Staten eerst een tweet zou sturen en dan pas een persconferentie zou geven, konden we niet voorzien.

Zelf leren

Bij digitale ontwikkelingen leer je nooit over een specifiek onderdeel. Je hebt een grote flexibiliteit nodig. Bedrijven zoals Amazon zijn niet succesvol omdat ze de toekomst kunnen voorspellen, maar omdat ze snel kunnen schakelen. Digitale diensten zoals Whatsapp of Instagram kunnen zich als een virus extreem snel verspreiden en blijven zich vernieuwen. Als je me vraagt, waarin moet een huisarts zich verdiepen, is mijn boodschap dus: leer om wendbaar en open te zijn.' [FK]

Rechtstreeks vragen stellen over een congresonderwerp kan via Twitter naar @nhgcongres met de hashtag #NHG17.

Leren van supervisie, intervisie en coaching

'Ja maar Marie, die mensen maken zich zorgen!'

Hoe blijf je als huisarts leren in de verschillende fases van je carrière? Supervisie, intervisie en coaching zijn bij uitstek manieren om je koers op de lange termijn in de gaten te houden, en om te ontdekken wat jou werkelijk motiveert.

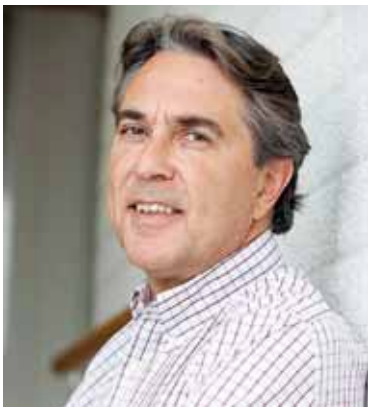
Hoe houd je je werk leuk, en hoe behoud of verander je je koers? NHG-Nieuws sprak supervisoren, intervisiebegeleiders en hun inter- en supervisanten, allen in verschillende fasen van hun carrière en allen huisarts of voormalig huisarts.
Marie Catharine van Ierland begon in 2015 als waarnemend huisarts en bevindt zich met intervisie, nascholing, sport en drie kleine kinderen in het spitsuur van haar leven. Zij kent intervisie al vanuit haar opleiding. 'In de intervisiegroep kan ik mijn ervaringen kwijt, over heftige medische dingen, of interactie met collega's. Met vriendinnen-huisartsen bespreek ik meer medische casussen. Maar de intervisiegroep heeft meer diepgang: waar komt het vandaan, wat kan er meespelen? Wat is de rol van de persoon achter de dokter?
Ik kom uit een gezin dat niet met elk pijntje naar de huisarts ging. Dat belemmerde mij in mijn inlevingsvermogen tegenover patiënten. Ik dacht dan bij een bezoek aan de HAP: "Middenin de nacht een dokter bellen met een niet-acuut medisch probleem?!" Anderen in mijn intervisiegroep zeiden: "Ja maar Marie, die mensen maken zich zorgen!" Daar ben ik over gaan nadenken. Door de intervisie ben ik rustiger geworden, kan ik me beter verplaatsen in de patiënt. Mijn intervisiebegeleider, Pat Nieuwenhuis, is ook huisarts, dus een van ons. Een intervisiebegeleider laat vooral de groep zelf werken. Wij stellen de vragen aan degene die iets inbrengt, dragen zelf oplossingen aan. Maar Pat stuurt wel, ziet wat voor gevoelens er spelen, en zorgt dat iedereen meedoet.'
Intervisiebegeleider en senior huisarts *Pat Nieuwenhuis* besloot zeven jaar geleden om de NHG-Kaderopleiding tot supervisor-coach te gaan volgen: 'Een huisarts heeft geen loopbaan. Ik wist niet of ik altijd hetzelfde wilde blijven doen.' Ze besloot om toch huisarts te blijven: 'Patiënten doen iets met je. Ik blijf nieuwsgierig.' Wel ging ze het huisartsenbestaan combineren met intervisiebegeleiding en coaching. 'Intervisie is niet anderen vertellen hoe ze het moeten doen. De intervisiebegeleider moet zich open, niet-wetend opstellen. Dan kunnen er onvermoede talenten komen bovendrijven. Niet alleen voor patiënten, ook bij de omgang met collega's kunnen inzichten uit intervisie en coaching irritatie, tijd en kosten schelen.'
Ook *Erik Koelma* is naast huisarts sinds drie jaar supervisor en coach. Tien jaar geleden deed hij zelf ervaring op als supervisant. 'Je kunt het jarenlang volhouden als huisarts zonder coaching en supervisie. Maar blijft het ook leuk? Bij mij kriebelde het; ik wilde niet vastraken in patronen. Een paar botsingen met patiënten deed me inzien dat ik vastzat in een aantal patronen. Zoekend naar wat ik ervan kon leren, kwam ik bij supervisie uit. Hier heeft mijn eigen supervisietraject enorm geholpen. De opleiding tot supervisor heeft mij vervolgens wéér een hoop laten leren, zoals over kwetsbaarheid tonen. Bij het inbrengen van een probleem binnen supervisie gaat het heel vaak over wie jij zelf bent. De uitdaging is dat je wilt verbeteren. Als dat dan lukt, is dat het mooiste wat er is. Het houdt het vak leuk.'
Marije Visscher volgde na haar afstuderen als huisarts de opleiding tot supervisor-coach en werkt nu als intervisiebegeleider, supervisor en coach. Ook zij erkent de uitdaging om beter te worden die Koelma noemt. 'Een supervisant had moeite met de amicale bejegening van sommige patiënten. Het thema voor haar was: wat voor dokter ben ik en wil ik zijn, en hoe afstandelijk of dichtbij gedraag ik mij tegenover patiënten? Ze is gaan experimenteren met ander gedrag en het effect daarvan. Wat hierbij erg hielp, was de feedback die zij kreeg van collega's.'
Hanneke Swinkels begon in 2016 als waarnemend huisarts. Zij volgt intervisie bij Marije Visscher. 'Normaal gesproken brengen tijdens een intervisiebijeenkomst één of twee personen iets in. Zaken die we dan bespreken, vallen vaak onder meerdere hoofdthema's waar iedere huisarts wel eens tegenaan loopt. Voor de eerstvolgende bijeenkomst hebben we afgesproken dat iedereen kort iets inbrengt over één specifiek thema.' Dat structuur aanbrengen zonder de regie over te nemen is de kracht van super- en intervisie die alle geïnterviewden noemen. Swinkels: 'Intervisie is ook: je toekomst plannen en blijven leren. Als huisarts kan je werk steeds hetzelfde zijn, maar je wilt uitdagingen zoeken, jezelf blijven ontwikkelen.' [LJ, FK]

Zie ook Supervisoren en teamcoaches op www.nhg.org met uitleg over supervisie, intervisiebegeleiding, individuele coaching, loopbaanbegeleiding, teamcoaching en Balintgroepen.

&NHG

Interview met huisarts Eugen Zuiderwijk over online inzage

'De gidsrol bevalt me goed'



Eugen Zuiderwijk, huisarts in Maarssenbroek

Het komt onvermijdelijk naderbij, het recht van de patiënt om het dossier online in te zien. Als leidraad verscheen onlangs de 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt', van Patiëntenfederatie Nederland en het NHG. Huisarts Eugen Zuiderwijk biedt zijn patiënten al enige tijd de mogelijkheid tot online inzage. Hij vertelt waarom hij ermee is begonnen en hoe hij het heeft aangepakt.

Waarom was u er zo vroeg bij?
Eugen Zuiderwijk, praktiserend huisarts in Maarssenbroek en algemeen directeur van KetenzorgNU, de zorggroep van Noordwest-Utrecht: 'Ik zag al snel het voordeel van de goed geïnformeerde patiënt, bijvoorbeeld door googelende patiënten. De medische literatuur is niet meer bij te houden, maar nu zijn het deze patiënten die mij bijscholen. Jaren terug al had ik een patiënt die langdurig maagzuurremmers slikte, PPI's, die in een seniorenblad had gelezen dat PPI's osteoporose konden bevorderen. Zelf had ik dat toen nog in geen enkel vakblad zien staan. Ik kan dan gemakkelijk in de literatuur nakijken of het klopt. Wekelijks zie ik voorbeelden van patiënten die zelf kennis aandragen. En dat zijn heus niet alleen hoogopgeleide, goedgebekte patiënten. Een keer had een laaggeschoolde en autoriteitsgevoelige man met handproblemen iets op internet gevonden. Hij wist niet hoe je het moest uitspreken, maar het was wel de juiste diagnose: een Dupuytrencontractuur.
Mijn rol verandert, ik heb niet meer de waarheid in pacht. Wat ik wel doe, is gidsen. Die functie van gids vind ik leuk. De behandelrelatie verandert. Die duurt zelfs korter! Als de patiënt voorgeïnformeerd is, zijn we beiden minder tijd kwijt. Bovendien gaat de therapietrouw vooruit, want de patiënt is meer geneigd om mee werken. De patiënt is gelijkwaardiger; ik ben meer consultant. Ik reflecteer op waar de patiënt mee komt. Die gidsrol geldt ook voor online inzage.

Maar met online inzage gaat het anders dan bij googelen. Noch bij de huisarts, noch bij de patiënten is er die *sense of urgency*. Patiënten zullen niet massaal gaan bellen omdat ze online inzage in hun dossier willen. Bestaande verhoudingen vormen een drempel. Maar de behoefte is er wel degelijk. Patiëntenorganisaties, zoals Patiëntenfederatie Nederland, dragen dit actief uit. Het gaat mij om zorgkwaliteit.
Die beoordeel je als huisarts aan de hand van NHG-Richtlijnen.
Ik vind, als je patiënten online inzage geeft in hun dossier dan gaat de kwaliteit van zorg vooruit; de zorg ontwikkelt zich. Thuisarts.nl heeft ook die transparantie van ons vak gestimuleerd.'

'Het is de patiënt die mij bijschoolt'

Hoe hebben jullie het aangepakt?
'Dat online-inzagerecht komt hoe dan ook in 2020, maar wat vinden we er nou eigenlijk zelf van? Heb het er met je praktijkteam over, pas het aan op je praktijk. Wat je nodig hebt is een portaal bovenop je HIS. Dat kun je aanschaffen; sommige praktijken hebben het al.
Wij werkten met het zwaan-kleef-aaneffect: eerst een paar huisartsen en assistenten met digitale affiniteit. Zij wisten voor welke patiënten het niet in hun belang zou zijn om ze meteen volledige online inzage te geven in hun dossier, zoals patiënten met hypochondrie of met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. We zijn dus niet uitgegaan van alleen geïnteresseerde patiënten, maar hebben de dossiers opengesteld voor iedereen, behalve dus die paar uitzonderingen.
En dan krijg je de discussie: "De ggz-patiënten kunnen het niet hanteren, die komen zich elke dag melden met dingen die ze in het dossier hebben gezien", en: "Wat als ze fouten ontdekken in het dossier?" Een collega zei: "Nou moet ik eerst alle dossiers door om ontbrekende zaken aan te vullen." Maar het leuke van de situatie was nou juist dat patiënten mij gingen attenderen op fouten en omissies in het dossier. En patiënten bleken daar helemaal niet over te vallen. Ja, ze snappen die Latijnse woorden niet. Maar dan googelen ze die gewoon. Het zijn allemaal aspecten van die nieuwe behandelrelatie.'

Hoe zijn de patiënten benaderd?
'Na een pilot hebben we de marketing van de online inzage breder getrokken: op het telefoonbandje noemen, berichten op het beeldscherm in de wachtkamer, de flyers, studenten in de wachtkamer met een iPad, en natuurlijk op de website. Het is een proces van lange adem. Je moet zowel de patiënten als de andere huisartsen verleiden. De enthousiastelingen binnen het team trekken elkaar mee. In onze organisatie gebruikt nu 30% van de patienten onze onlinediensten: eHerhaalrecept, eAfspraakmaken, eConsult en eLab. Al deze patiënten hebben ook de mogelijkheid tot online inzage in hun dossier. Dat groeit enkele procenten per jaar, wat al een grote verschuiving geeft in de dagelijkse praktijk. Mijn telefonische spreekuur is geminimaliseerd. Ik heb meer eLab-publicaties, maar die kun je gemakkelijker tussendoor plannen. Die efficiency krijg je erbij cadeau.' [KN, FK]

Zie www.nhg.org Dossier E-health met de nieuwe Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt (NHG en Patiëntenfederatie Nederland)

Redactie NHG-Nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma en Yvonne Vos. Met bijdragen van Liesbeth van der Jagt, Fijtje Koets en Khing Njoo. Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 39.

NHG-Nieuws is een uitgave van het NHG-bureau.

Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van Huisarts & Wetenschap: blader vier pagina's terug.

DE CAUSALE AANPAK VOOR OPIOÏD-GEÏNDUCEERDE OBSTIPATIE[1]

MOVENTIG® NIEUW

- Bindt aan de μ-receptoren in het maagdarmkanaal. Zonder invloed op de pijnstillende werking van opioïden[1]*
- Aanbevolen dosis: 1 x daags 25 mg tablet[1]

Moventig is geïndiceerd voor de behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op laxeermiddel(en)

Voor verkorte productinformatie zie elders in deze uitgave

* mits de werking van de bloed-hersenbarrière niet is verstoord

VOLLEDIG VERGOED PER 1 OKTOBER 2017

KYOWA KIRIN

Altijd op zoek naar hoe het nog beter kan

Voor meer informatie en/of vragen kunt u contact opnemen met info-nl@kyowakirin.com of tel. 0900-1231236

moventig® naloxegol

MOV NL 201708004

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare
Trimbow®
De eerste
ICS/LABA/LAMA
combinatie in
één dosisaërosol[1]
Trimbow®
extrafijne formulering (MMAD < 2 µm)
beclometason/formoterol/
glycopyrronium (87/5/9 mcg)
met teller en
voorzetkamerregistratie[1]
Indicatie: onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta-2-agonist (voor effecten op het onder controle krijgen van de symptomen en het voorkomen van exacerbaties, zie rubriek 5.1 van de SmPC).
voor verkorte productinformatie zie elders in dit blad
Adv-2017-1726