H&W
Huisarts en Wetenschap

6
juni 2018
jaargang 61

Spoedzorg

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap nhg

Spoedzorg blijft kerntaak voor huisartsen

Op onze hagrovergaderingen is het thema huisartsenpost en diensten altijd goed voor een stevige discussie. Zeven keer 24-uurs spoedzorg is een van onze kerntaken en we lossen veruit de meeste spoedgevallen zelf op, zeker de laagcomplexe. In onze discussies over de (organisatie van de) spoedzorg lopen de meningen, emoties en feiten nogal eens door elkaar.

Het loopt ons over de schoenen. Zelfs het NOS-journaal besteedde er aandacht aan. Maar de feiten tonen dat het aantal verrichtingen nauwelijks toeneemt: een dienst extra per huisarts per jaar en we kunnen die extra druk makkelijk aan. Verder laten we veel diensten doen door (vaak jonge) waarnemers. Die waarnemers doen hun best maar hebben minder ervaring met gevolgen voor de (ervaren) werkdruk. Dus toch maar minder diensten verkopen?

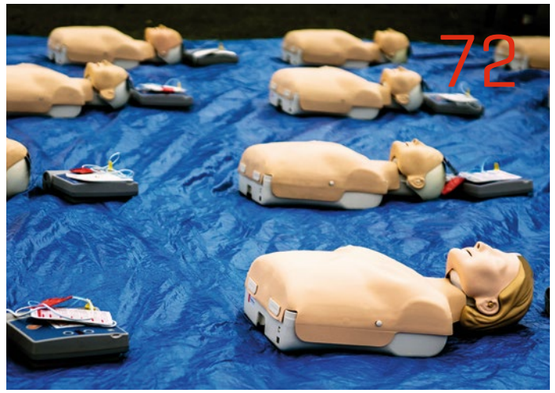
Bovendien laten we het moeilijkste werk, de triage, nog over aan triagisten. Het daarbij gebruikte NTS oogst veel kritiek: veel te defensief waardoor wij veel onnodige hogere urgenties boeken. Of de kritiek terecht is weten we niet. We kunnen daar over blijven klagen, maar we kunnen ook meer verantwoordelijkheid nemen en ons meer bezighouden met die triage. Dat geldt eveneens voor de samenwerking met de SEH. En met de ambulance. Waarom rijden we op veel huisartsenposten helemaal geen U1 meer? Komt dat omdat onze vakinhoudelijke ontwikkelingen achterblijven als we eerlijk naar onszelf kijken? Zo is het ABCDE-denken de norm, maar die methode is nooit gevalideerd in de huisartsenspoedzorg. Een kerntaak betekent verantwoordelijkheid nemen en niet weglopen.

Pak bij de volgende discussie in de hagro dit spoedzorgnummer er eens bij: dat helpt! ■

Namens de gastredactie: *Wim Verstappen*

De gastredactie bestond uit: Paul Giesen, Femke Hohmann, Nadine Rasenberg, Wim Verstappen en Loes Wouters

‘Een kerntaak betekent verantwoordelijkheid nemen en niet weglopen’



Wetenschap

14 Zorggebruik en urgentie op de HAP tussen 2013 en 2016

18 Spoedvisites op de huisartsenpost

22 Is huisarts die U1-visites rijdt ouderwets of innovatief?

23 Een conversatieanalyse van triagegesprekken

27 Triage op de post: tijd voor actieve bemoeienis van de huisarts

29 Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost

33 Hoe schaarste tot innovatie leidt

34 Drukte op de HAP door ouders met jonge kinderen

39 Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost?

47 Dieper kijken bij calamiteiten op de HAP

48 Hoe huisartsopleidingen kunnen anticiperen op een veranderende spoedzorg

51 Toekomstscenario's voor de spoedzorg overdag

Praktijk

58 Diagnostische onzekerheid bij ouderen tijdens de HAP-dienst
Ouderen die een HAP bezoeken hebben vaak complexe hulpvragen en aspecifieke klachten. Dat is lastig voor huisartsen.

60 De rode zorgkaart

61 Spoedzorg is geen ramp
(Kader)huisartsen Femke Hohmann, Martijn Rutten, Remco Rietveld en Lisette Keppel vertellen over hun passie voor spoed.

65 Een kind met meningokokkensepsis
De snelheid waarmee de niet wegdrukbare bloedingen in de huid ontstaan, is een indicatie voor de ernst van de infectie.

67 Kennistoets
Huisartsenspoedzorg.

68 Palliatieve spoedzorg tijdens ANW-uren
Er is behoefte aan meer structuur en continuïteit van de zorg tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. Zeven huisartsen zochten naar oplossingen.

70 Behandeling van draaiduizeligheid
Draaiduizeligheid is meestal benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD). De epleymanoeuvre kan de klachten verminderen.

72 ABCDE, wat kun je er mee?
De ABCDE-systematiek brengt structuur, uniformiteit en zelfvertrouwen in acute situaties.

Fotografie omslag: Margot Scheerder

Nieuws

6 Niet-westerse migranten op de HAP

7 Uitsluiten myocardinfarct buiten het ziekenhuis

7 Verdund appelsap goed alternatief voor ORS

8 Steeds meer nurse practitioners op de HAP

8 Na TIA en CVA direct starten met secundaire preventie

9 Zuurstof bij ACS vaak niet nodig

10 Veilig uitsluiten van appendicitis bij kinderen

13 Toponine-POCT voor huisarts is kosteneffectief

13 Leren van triagisten over patiëntveiligheid op HAP

75 Ademfrequentie via de app?

76 Adequate validatie van triagesystemen ontbreekt

79 Corticosteroïden bij pneumonie

80 App voor ecg-meting bij ritmestoornissen

81 Apptips voor spoedgevallen

81 Commissie Wetenschappelijk Onderzoek

82 De systematische benadering van medische spoedsituaties

NHG

54 Voorkom onnodig gebruik van cannabis of opioïden
Het gebruik van opioïden neemt toe. Daarom is de NHG-Standaard Pijn aangescherpt, met aanbevelingen om onnodig gebruik van beide middelen te voorkomen.

55 NHG-Standpunt Cannabis

83 NHG Lab nieuwe proeftuin
Een nieuw en informeel platform voor concept- en productontwikkeling.

84 Expertgroep Spoedzorg
'De spoedzorg is in transitie. We zijn bezig met herinrichting van de spoedzorg: hoe houd je de spoedzorg behapbaar?'

86 Interview met Koen van Vugt, huisarts met regionale ICT-portefeuille
'Blijf contact houden in de regio en let op e-mail en apps'

www.henw.org

- Neuritis vestibularis of een beroerte
- Winnaar NHG-wetenschapsprijs
- Winnaar Jan-van-Esprijs
- Kinderen met gedragsproblemen na diagnose kanker

Migranten gaan vaker naar de huisartsenpost en verwachten meer actieve handelingen. Foto: Margot Scheerder

Niet-westerse migranten op de HAP

Nadine Rasenberg

Het Nederlandse zorgsysteem is anders dan in andere landen en het is dan ook niet zo gek dat migranten anders gebruikmaken van de zorg. Zo is bekend dat migranten vaker naar de huisartsenpost gaan. Uit onderzoek blijkt dat niet-westerse migranten bij hun bezoek aan de huisartsenpost meer actieve handelingen verwachten en dat zij meer moeite hebben om hun eigen huisarts te bereiken.

Keizer et al. analyseerden gegevens uit 11.483 vragenlijsten van patiënten die een huisartsenpost bezochten. De bezoeken vonden plaats tussen 2009 en 2014. Van alle patiënten waren er 475 (4,1%) niet-westerse migranten en 700 (6,1%) westerse migranten. De onderzoekers vergeleken de groepen met elkaar, na correctie voor leeftijd, opleidingsniveau en gezondheidsstatus.
De redenen voor contact met de HAP waren veelal vergelijkbaar voor alle groepen. Alle patiënten noemden urgentie, bezorgdheid en behoefte aan medische informatie als belangrijkste motieven. Wel viel het op dat de niet-westerse migranten in vergelijking met de autochtonen vaker een urgent probleem als reden van contact noemden (OR 1,65; 95%-BI 1,27 tot 2,16) en minder vaak behoefte aan medische informatie hadden (OR 0,59; 95%-BI 0,43 tot 0,81). Ook noemden zij vaker dat zij hun eigen huisarts niet konden bereiken (OR 1,71; 95%-BI 1,21 tot 2,43).
Er waren geen verschillen in de verwachtingen tussen autochtonen en westerse migranten. Tussen de autochtonen en de niet-westerse migranten waren er twee significante verschillen. Niet-westerse migranten verwachtten vaker een lichamelijk onderzoek (OR 1,53; 95%-BI 1,14 tot 2,04) en vaker een recept (OR 1,37; 95%-BI 1,00 tot 1,88) dan autochtonen. Niet-westerse migranten verwachten dus vaker een actie (bijvoorbeeld een recept of lichamelijk onderzoek) en zeggen ook vaker de eigen huisarts niet te kunnen bereiken. Dit kan komen door de minder goede telefonische bereikbaarheid van praktijken in stedelijke gebieden (waar veel migranten wonen), maar het kan ook voortkomen uit de moeite die het kost om klachten telefonisch te bespreken. Het is goed als huisartsen zich van deze verschillen bewust zijn. ■

Keizer E, et al. Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: a survey study. BMC Family Practice 2017;18:92.

Uitsluiten van een myocardinfarct buiten het ziekenhuis

Nienke van Veelen

De aangepaste HEART-score kan ook buiten het ziekenhuis veilig een myocardinfarct uitsluiten bij patiënten met pijn op de borst zonder ST-elevatie. De HEART-score, die tot nu toe alleen wordt gebruikt op de spoedeisende hulp, is uitgebreid met een hoogsensitieve-troponine-T-meting (hs-cTnT). Deze is echter nog niet beschikbaar voor de huisartsenpraktijk.

In de FamouS Triage Trial beoordeelden onderzoekers aan de hand van de aangepaste HEART-score 1127 patienten die 112 belden vanwege pijn op de borst. De originele HEART-score is gebaseerd op voorgeschiedenis, ECG, leeftijd, cardiovasculaire risicofactoren en de cardiale troponine-T-waarde. Voor de aangepaste HEART-score werd tijdens de ambulancerit intraveneus bloed afgenomen om in het ziekenhuis de hs-cTnT te bepalen. De HEART-score geeft een risico-inschatting op het plaatsvinden van een ernstig cardiaal incident (MACE) binnen 30 dagen. In dit onderzoek had geen van de patiënten met een lage HEART-score (0 tot 3 punten) een MACE doorgemaakt en in de lage-HEART-scoregroep had 98,9% een hs-cTnT van < 0,014. In de midden-HEART-scoregroep (4 tot 6 punten) en de hoogrisico-HEART-scoregroep (7 tot 10 punten) hadden respectievelijk 17,6% en 51,7% in de 30 dagen na evaluatie een MACE doorgemaakt. De hs-cTnT-waarde was in deze groepen significant vaker verhoogd (> 0,014). De onderzoekers concluderen dat met de aangepaste HEART-score ook buiten het ziekenhuis mogelijk is om veilig een myocardinfarct uit te sluiten in de laagrisicogroep. Op dit moment is het nog niet mogelijk een hs-cTnT-bepaling buiten het ziekenhuis uit te voeren. Een volgend onderzoek van de FamouS Triage Trial betreft de mogelijkheid van het uitvoeren van de bepaling in de ambulance. Wanneer het mogelijk wordt om deze bepaling ook in de huisartsenpraktijk uit te voeren, zal dat bij patiënten met pijn op de borst zorgen voor minder doorverwijzingen, lagere zorgkosten en minder onnodige angst. ■

Ishak M, et al. Fast assessment and management of chest pain patients without ST-elevation in the pre-hospital gateway (FamouS Triage): ruling out a myocardial infarction at home with the modified HEART score. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care Online published on 13 January 2017.

Verdund appelsap goed alternatief voor ORS

Ralph Laven, Lisette Keppel

Gastro-enteritis kan bij kinderen leiden tot dehydratie en zelfs tot ziekenhuisopname. Ouders krijgen vaak het advies oral rehydration solution (ORS) te geven. De smaak van ORS, onduidelijkheid over de wijze van gebruik en het feit dat ouders ORS vaak niet in huis hebben, kan de inname bij kinderen in de weg staan. Verdund appelsap is dan een goed alternatief, zo blijkt uit Canadees onderzoek.

Bij dehydratie is appelsap een veilig en effectief middel. Foto: iStock

Op de Eerste Hulp van een kinderziekenhuis in Canada (Toronto) vergeleken onderzoekers de inname van appelsap en eventueel andere voorkeursdranken met de inname van alleen ORS. Het betrof een single centered, gerandomiseerd, enkel-blind non-inferioriteitsonderzoek. In de periode van 2010 tot 2015 selecteerden de onderzoekers 647 kinderen van 6 maanden tot en met 5 jaar met tekenen van gastro-enteritis en milde dehydratie. Kinderen met comorbiditeit en kinderen die direct een infuus nodig hadden, werden van het onderzoek uitgesloten. Uiteindelijk waren van 644 kinderen resultaten bekend.
In dit onderzoek kwam falen van de behandeling (met als gevolg opname of langdurig beloop) in de appelsapgroep statistisch significant minder vaak voor dan in de ORS-groep (16,7%; 95%-BI 12,8 tot 21,2%) versus 25% (95%-BI 20,4 tot 30,1%); verschil -8,3%; p < 0,001 voor non-inferioriteit).
Het grootste verschil trad op bij kinderen van 24 maanden en ouder; 9,8% falen van behandeling in de appelsapgroep versus 25,9% in de ORS-groep. Mogelijk zijn oudere kinderen kieskeuriger en gewend aan het drinken van appelsap en andere (zoete) dranken. Mogelijk zijn ze überhaupt minder snel uitgedroogd dan jongere kinderen. Bij dehydratie of een verhoogd risico daarop is volgens de NHG-Standaard Acute diarree ORS een veilig, effectief middel en eerste keus in de behandeling. Op basis van dit onderzoek kunt u appelsap (en andere voorkeursdranken) adviseren als goed alternatief voor ORS bij kinderen ouder dan zes maanden met gastro-enteritis en milde dehydratie. ■

Freedman SB, et al. Effect of dilute apple juice and preferred fluids vs electrolyte maintenance solution on treatment failure among children with mild gastroenteritis. A randomized clinical trial. JAMA 2016;315:1966-74.

Steeds meer nurse practitioners op de HAP

Marianne Dees

Om de toenemende zorgvraag op te vangen, maken huisartsenposten steeds vaker gebruik van nurse practitioners (NP's). Wanneer NP's huisartsen vervangen, neemt het aantal consulten per uur af en nemen de wachttijden en het aantal verwijzingen naar de SEH toe. Dat blijkt uit twee recente onderzoeken. Daarnaast hebben de volgende punten invloed op de samenwerking: duidelijkheid over de rol van de NP, gebruikmaken van elkaars bekwaamheid, communicatie en vertrouwen.

Van der Biezen et al. deden kwantitatief en kwalitatief onderzoek bij een huisartsenpost van een middelgrote stad. Zij wilden inzicht krijgen in het effect van de inzet van NP's op de zorg en op factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen huisartsen en NP's.
In een quasi-experimenteel onderzoek van een jaar werden drie teams samengesteld met respectievelijk vier huisartsen (team 1), drie huisartsen en een NP (team 2) en twee huisartsen en twee NP's (team 3). Elk team was 35 weekenddagen actief. In totaal waren er 9503 patiëntencontacten. De triagiste wist niet bij wie ze de afspraak inplande, zodat er vooraf geen selectie plaatsvond. Het gemiddelde aantal consulten per dienst (de primaire uitkomstmaat) was lager in teams met NP's (team 1: 93,9; team 3: 87,1; $p < 0{,}001$). Gemiddeld konden NP's per uur 9% (SD 6,7) van de hulpvraag niet beantwoorden (maximum 40%). Het percentage patiënten waarbij de streeftijd om te worden gezien niet werd gehaald, was hoger in teams met NP's (team 1: 3,5%; team 2: 5,2%; team 3: 8,3% ($p < 0{,}01$)). Team 3 verwees meer patiënten naar de SEH (14,7%) dan team 1 (12,0%; $p = 0{,}028$). In teams met NP's zagen de huisartsen meer urgente patiënten (team 1: 13,2%; team 2: 16,3%; team 3: 21,4%; $p < 0{,}01$) en meer patiënten met maag-darmklachten (team 1: 11,1%; team 2: 11,8%; team 3: 16,7%; $p < 0{,}01$). Gedurende het jaar van het onderzoek werd geen enkele calamiteit gemeld.
Het kwalitatieve onderzoek (semigestructureerde interviews en 2 focusgroepen) vond plaats op dezelfde HAP bij in totaal 38 huisartsen, NP's en ondersteunend personeel. Alle genodigde personen waren bereid te participeren.
Vier thema's bleken van invloed op de samenwerking in de 'zorg buiten kantooruren': 1) duidelijkheid over de rol van de NP en de regelgeving; 2) delen van de gezamenlijke caseload en gebruikmaken van elkaars bekwaamheid; 3) communicatie over professionele rollen; 4) vertrouwen in en ondersteunen van het werk van de NP.
De resultaten van deze onderzoeken zijn verplichte stof tot nadenken indien (verdere) transitie wordt overwogen naar teams op de HAP die bestaan uit huisartsen en NP's. ■

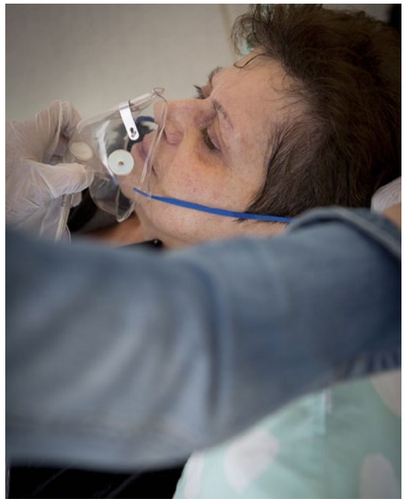
Van der Biezen M, et al. Towards an optimal composition of general practitioners and nurse practitioners in out-of-hours primary care teams: a quasi-experimental study. BMJ Open 2017;7:e015509.
Van der Biezen M, et al. Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2017;17:589.

Zuurstof bij ACS vaak niet nodig

Jesse van Burg

De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat routinematig toedienen van zuurstof bij patiënten met een acuut coronair syndroom (ACS) niet zinvol is. Een recent, groot Zweeds onderzoek bevestigt deze bevinding.

De onderzoekers selecteerden 6629 patiënten die vermoedelijk een ACS hadden en verdeelden hen over twee groepen. De ene groep kreeg extra zuurstof (6 liter), de andere groep kreeg geen extra zuurstof. De onderzoekers selecteerden patiënten met een zuurstofsaturatie > 90% vooral via de ambulancedienst, spoedeisende hulp en eerste harthulp. Gemiddeld was de zuurstofsaturatie 99% in de zuurstofgroep na toediening en 97% in de niet-zuurstofgroep ($p < 0{,}001$). In beide groepen had respectievelijk 75,1 en 76,1% van de patiënten daadwerkelijk de diagnose ACS, van wie meer dan de helft een STEMI (ST-elevatie-myocardinfarct). De uitkomsten toonden geen verschillen in mortaliteit na een jaar (respectievelijk 5,1 versus 5,0%) en in het aantal heropnames binnen een jaar. Daarnaast verschilde de infarctgrootte niet significant, ondanks de bevinding dat het alsnog ontwikkelen van hypoxemie vaker voorkwam in de niet-zuurstofgroep (7,7 versus 1,9%; $p < 0{,}001$).
In eerder onderzoek werden alleen patiënten met bewezen ACS geïncludeerd en waren de patiëntaantallen kleiner dan in deze RCT. In een zeer recente meta-analyse met de gepoolde data van 7702 patiënten liet zuurstoftoediening bij ACS geen verbetering zien wat betreft mortaliteit, recidiefkans, optreden van hartfalen of aritmieën. De aanbeveling van de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom om zuurstof niet routinematig toe te dienen bij een ACS blijft dus geldig. Wel is algemeen geaccepteerd dat het toedienen van zuurstof bij respiratoir falen of een saturatie < 90% een noodzakelijke interventie is.



Zuurstoftoediening bij ACS leidt niet tot een verbetering voor mortaliteit, recidiefkans, optreden van hartfalen of aritmieën. Foto: Margot Scheerder

Hofmann R, et al. Oxygen therapy in suspected myocardial infarction. N Eng J Medicine 2018;378:201-2.
Abuzaid A, et al. Oxygen therapy in patients with acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2018 [epub ahead of print] S0002-9343(18)30017-2.

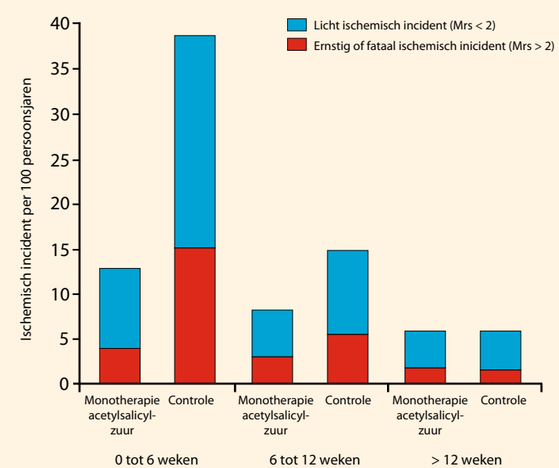
Na TIA en CVA direct starten met secundaire preventie

Frédérique Hospers

TIA's en CVA's komen bij ouderen vaak voor. De incidentie is 10 tot 12 per 1000 patiënten per jaar bij een leeftijd van 65 of ouder. De kans op een recidief na een eerste event is aanzienlijk, tot 40% in de eerste 6 weken. Direct starten met acetylsalicylzuur geeft na 24 uur al een lager risico op een recidief, zo blijkt uit dit spectaculaire onderzoek.

De onderzoekers analyseerden 12 RCT's (n = 15.778 patiënten) en bekeken het effect van tijdige secundaire preventie met acetylsalicylzuur op het aantal recidieven en de ernst van het recidief. De uitkomstmaat was het preventieve effect bij minder dan 6 weken, tussen 6 en 12 weken en langer dan 12 weken. De resultaten zijn verbluffend.
In vergelijking met placebo verlaagt acetylsalicylzuur het optreden van recidieven in de eerste 6 weken na het event met bijna 60% (HR 0,42; 95%-BI 0,32 tot 0,55) en in de periode 6 tot 12 weken met 40% (HR 0,60; 95%-BI 0,41 tot 0,86). Bij een recidief ischemisch incident binnen 6 weken is het risico op een ernstig of fataal incident (modified rating scale MRs > 2) met 70% verminderd (HR 0,29; 95%-BI 0,19 tot 0,46). De behandeling heeft al snel positief effect. Subgroepanalyse toont na 24 uur al een afname van het aantal recidieven van 56% (HR 0,44; 95%-BI 0,25 tot 0,76). Na 12 weken lijkt het effect te verbleken [**figuur**]. Snelle opsporing van patiënten (onder andere in de triage door FAST) en meteen starten van trombocytenaggregatieremmers, zoals de NHG-Standaard Beroerte beschrijft, sluiten goed aan bij deze onderzoeksresultaten. Direct starten met een oplaaddosering van 160 mg acetylsalicylzuur – wanneer de patiënt nog geen andere antistolling gebruikt – helpt echt! ■

Rothwell PM, et al. Effects of aspirin on risk and severity of early recurrent stroke after transient ischaemic attack and ischaemic stroke: time-course analysis of randomised trials. Lancet 2016;388:365-75.



Figuur Gepoolde analyse van het effect van secundaire preventie met monotherapie acetylsalicylzuur versus controle op een recidief van een ischemisch incident.

Veilig uitsluiten van appendicitis bij kinderen

Remco Rietveld

Appendicitis is een veelvoorkomend chirurgisch spoedgeval bij kinderen, maar het is niet altijd duidelijk of een kind appendicitis heeft of iets anders. De mAS (gemodificeerde Alvarado-score) lijkt een bruikbaar screenings-instrument om ook zonder bloed-onderzoek veilig appendicitis uit te sluiten. De uitkomsten van dit Canadese onderzoek zijn veelbelovend, maar nog niet gevalideerd in de eerste lijn.

De symptomen bij appendicitis kunnen atypisch en aspecifiek zijn en daarom is de diagnose soms moeilijk te stellen. Klinische beslisregels zoals de Alvarado-score kunnen helpen bij het stellen van de diagnose. Een score van 5 of hoger kan wijzen op appendicitis. Deze beslisregels maken echter gebruik van bloedonderzoek (leukocyten en aantal neutrofielen). Op een pediatrische eerstehulpafdeling van een groot ziekenhuis in Canada onderzochten Khanafer et al. de sensitiviteit, specificiteit en de voorspellende waarden van de Alvarado-score zonder bloedonderzoek (mAS) bij kinderen tussen de 5 en 17 jaar met buikpijn en appendicitis in de differentiaaldiagnose. De mAS-items zijn: migratie van pijn naar rechteronderbuik (1 punt), anorexie (1 punt), misselijkheid/braken (1 punt), drukpijn rechteronderbuik (2 punten), loslaatpijn (1 punt) en temperatuur ≥ 37,3 °C (1 punt).
De onderzoekers analyseerden 180 kinderen van wie er 55 appendicitis hadden. De gemiddelde leeftijd was 11,2 jaar. Een mAS met een afkapwaarde van 4 resulteerde in een sensitiviteit en negatief voorspellende waarde die het best overeenkwam met een afkapwaarde van 5 in de originele Alvarado-score, beide 83,3%. De onderzoekers concluderen dat bij een mAS < 4 patiënten veilig naar huis kunnen zonder bloedonderzoek, röntgenonderzoek of beoordeling door een chirurg. Dit is voor de huisarts interessant, omdat hij in de spreekkamer niet direct laboratoriumonderzoek tot zijn beschikking heeft. De beperking van dit onderzoek is dat het niet is gevalideerd voor de eerste lijn. De onderzoekers benadrukken dat het zinvol is het effect van de mAS te onderzoeken in de huisartsenpraktijk. ■

Khanafer I, et al. Test characteristics of common appendicitis scores with and without laboratory investigations: a prospective observational study. BMC Pediatr 2016;16:147-55.

Door atypische en aspecieke symptomen is de diagose soms moeilijk te stellen. Foto: iStock

Troponine-POCT voor huisarts is kosteneffectief

Nicole de Ruijter

Onnodig verwijzen van patiënten met pijn op de borst leidt tot overbodige kosten en ongerustheid bij patiënten. De troponine-point-of-care-test is nog niet betrouwbaar genoeg voor gebruik in de huisartsenpraktijk, maar uit een simulatiemodel blijkt dat de test wel kosteneffectief is.

Onderzoekers van de universiteit Twente onderzochten de kosteneffectiviteit van de troponine-point-of-care-test (troponine-POCT) voor het stellen van de diagnose acuut coronair syndroom (ACS) in de huisartsenpraktijk. Ze bepaalden de toegevoegde waarde van de test in vergelijking met de reguliere beoordeling door de huisarts. De onderzoekers ontwikkelden een simulatiemodel waarin zij het diagnostische beslismodel van de huisarts bij pijn op de borst weergaven. Dit model werd getest op een hypothetische populatie van patiënten ouder dan 35 jaar met pijn op de borst. De symptoomduur met bijbehorende testkarakteristieken van de troponine-POCT waren opgenomen in het model. Er werd geen troponine-POCT verricht bij een STEMI (ST-elevatie myocardinfarct), een sterk vermoeden van een ACS of presentatie kort na aanvang van de symptomen.
De beschikbaarheid van de troponine-POCT leverde een gemiddelde kostenbesparing op van € 77,25 per patiënt (95%-BI € -126,81 tot € -33,37). Deze kostenbesparing kwam vooral door een afname van het aantal verwijzingen, met minder ambulanceritten en ziekenhuiskosten als gevolg. Voor patiënten zonder een ACS nam het aantal verwijzingen af van 38,46% naar 31,85%. Het aantal patiënten met ACS dat niet werd doorverwezen, steeg echter ook licht (van 0,22% naar 0,27%). Het verschil in quality-adjusted life years was te verwaarlozen (-0,0004).
In de huidige NHG-Standaard Acuut coronair syndroom is troponinebepaling door de huisarts niet opgenomen. De huisarts beoordeelt de helft van de patiënten met ACS kort na de symptoompresentatie en troponinebepaling is dan onbetrouwbaar. Dit onderzoek laat echter zien dat, als de veiligheid en effectiviteit van de test verbetert, de troponine-POCT door de huisarts in de nabije toekomst waarschijnlijk kosteneffectief wordt. ■

Kip MMA, et al. The cost-utility of point-of-care troponin testing to diagnose acute coronary syndrome in primary care. BMC Cardiovasc Disord 2017;17:213.

Leren van triagisten over patiëntveiligheid op de HAP

Carmen Erkelens

Uit een onderzoek naar claims over medische fouten bij de nationale telefonische hulpdienst in Zweden blijkt dat werkdruk, onderbezetting, nachtdiensten, onervarenheid en multitasking het risico op fouten tijdens de triage vergroten. Dat is de conclusie van de triagisten en callcentermanagers die hierover werden geïnterviewd. Het betrekken van triagisten bij veiligheidsmanagement kan de patiëntveiligheid op huisartsenposten mogelijk vergroten.

In de periode van 2003 tot 2010 zijn 33 claims over medische fouten ingediend bij de nationale telefonische hulpdienst Swedish Healthcare Direct. De Zweedse hulpdienst werd in 2003 opgericht om de toegang tot de gezondheidszorg voor patiënten te vergroten, zorggebruik efficiënter te maken en patiëntveiligheid te verbeteren. Getrainde verpleegkundigen verrichten er de telefonische triage met behulp van een digitale beslisondersteuning. Per jaar handelen 1100 triagisten gemiddeld 5,5 miljoen telefoongesprekken af, verspreid over 33 callcenters.
In dit beschrijvende onderzoek wilden de onderzoekers de directe ervaringen van triagisten en callcentermanagers bij claims exploreren. De focus lag op mogelijk bijdragende factoren en op consequenties van de claims. De onderzoekers hielden open interviews met zes triagisten en vijf managers. De specifieke context en de kleine onderzoeksgroep beperken de generalisatie van de onderzoeksresultaten naar andere landen. Toch zijn er voor de huidige Nederlandse setting leerpunten uit te halen. Ook in Nederland is de werkdruk op huisartsenposten hoog en bestaat er een groeiend tekort aan triagisten. Het kan zinvol zijn om beter naar triagisten te luisteren in de discussies over patiëntveiligheid en bij het opstellen van verbeterplannen. Aandacht voor de ervaringen van triagisten zou ook kunnen bijdragen aan het vergroten van het draagvlak voor verbeterplannen op de werkvloer. ■

Werkdruk, overbezetting, nachtdiensten, onervarenheid en multitasking vergroten het risico op fouten tijdens de triage. Foto: iStock

Röing M, et al. Malpractice claims in Swedish telenursing: lessons learned from interviews with telenurses and managers. Nurs Res 2015;64:35-43.

Zorggebruik en urgentie op de HAP tussen 2013 en 2016

Marleen Smits, Tessa Jansen, Robert Verheij

Doel In de beleving van huisartsen nemen de contacten op de huisartsenpost (HAP) toe in aantal en de urgentie. We wilden deze ervaringen onderbouwen met landelijke cijfers en onderzochten patiënt- en zorgkenmerken van contacten met HAP's over de jaren 2013-2016.

Methode We voerden een retrospectief crosssectioneel onderzoek uit op routinematig geregistreerde gegevens over de jaren 2013-2016, afkomstig van huisartsendienstenstructuren (HDS-en) die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Voor ieder jaar beschikten we over voldoende volledige gegevens van 21 à 22 HDS-en.

Resultaten Het aantal contacten met de HAP steeg tussen 2013 en 2016 van 238 tot 251 per 1000 inwoners. Het aantal hoogurgente contacten nam toe van 12,6 tot 19,6%. Het aantal consulten steeg sterker dan het aantal telefonische contacten. Jonge kinderen en ouderen waren de groepen voor wie het vaakst contact met de HAP werd gezocht. Het aantal contacten voor kinderen tot en met 17 jaar nam toe, het aantal contacten voor ouderen bleef constant. De meeste contacten betroffen het bewegingsapparaat, de meeste consulten betroffen scheur- en snijwonden, acute bovensteluchtweginfecties en gelokaliseerde buikpijn.

Conclusie De landelijke cijfers bevestigen de indruk van huisartsen dat het zorggebruik en het aantal contacten met hoge urgentie op de HAP is toegenomen.

INLEIDING

De werkdruk in de spoedzorg is al enkele jaren erg hoog. Dat komt voor een deel door de vergrijzing,[1] voor een deel door veranderingen in het zorgsysteem. Sinds de invoering van de basis-ggz in 2014, de hervorming van de langdurige zorg in 2015 en de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten in datzelfde jaar doen wellicht meer patiënten een beroep op de spoedzorg en is hun achterliggende problematiek complexer geworden.[2,3] Wat ook een rol speelt, is de trend om huisartsenposten (HAP's) te huisvesten in de directe nabijheid van een spoedeisende hulp (colocatie), waarbij de HAP een groot deel van de zelfverwijzers opvangt.[4]

> De urgentie die op de HAP aan hulpvragen wordt toegekend, wordt steeds hoger

Een andere oorzaak zou kunnen zijn dat, althans in de beleving van huisartsen, de urgentie die op de HAP aan hulpvragen wordt toegekend steeds hoger wordt. Als meer hulpvragen om snel handelen vragen, vermindert dat de inzetbaarheid en planbaarheid van zorgverleners. Dat het aantal urgente hulpvragen toeneemt, kan samenhangen met de toegenomen complexiteit van die vragen, maar ook met veranderingen in het triageproces.[5] Volgens veel gebruikers van de Nederlandse Triage Standaard zijn de triagecriteria te 'veilig' en is niet altijd duidelijk hoe het triagesysteem gebruikt en geïnterpreteerd moet worden. Triagisten voelen zich beknot in hun professionele vrijheid, uit angst voor calamiteiten.[6] Daarbij is het denkbaar dat triagisten vaker een hogere urgentie toekennen vanwege de toegenomen mondigheid van de patiënt.[7]

In de eerste jaren na de introductie van de HAP, rond 2000, waren huisartsen zeer tevreden over het nieuwe model in vergelijking met de oude waarneemgroepen.[8,9] Maar na ongeveer tien jaar kwamen de eerste signalen over een hoge werkdruk.[10] In de beleving van huisartsen is het zorggebruik op de HAP sindsdien nog verder toegenomen en zijn de urgenties verhoogd.[6,7] Wij hebben deze beleving getoetst aan landelijke cijfers. Onze onderzoeksvraag was: wat zijn patiënt- en zorgkenmerken van contacten met de HAP en hoe zijn deze veranderd over de jaren 2013-2016?

METHODE

Opzet en onderzoekspopulatie

We gebruikten gegevens over de jaren 2013 tot en met 2016 uit de elektronische registratie van de huisartsendienstenstructuren (HDS-en) die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, voor zover die registratie voldoende volledig was. Op dit moment nemen 29 HDS-en deel aan NIVEL Zorgregistraties; voor ieder jaar waren er van 21 of 22 HDS-en voldoende gegevens beschikbaar voor ons onderzoek. Hun gezamenlijke verzorgingsgebied was ruim 9,9 miljoen inwoners, een populatie die qua leeftijd en geslacht een goede afspiegeling is van de Nederlandse bevolking, al is een zeer verstedelijkte woonomgeving licht oververtegenwoordigd.

Procedure

De door ons verzamelde gegevens worden op iedere HAP routinematig vastgelegd. We namen alleen gegevens mee over patiënten die geen bezwaar hadden gemaakt tegen gebruik van hun gegevens. Ter waarborging van de privacy heeft een trusted third party direct identificerende gegevens aan de bron naar een pseudoniem omgezet.

Het aantal inwoners en de leeftijds- en geslachtsverdeling in de verzorgingsgebieden hebben we per jaar per postcodegebied vastgesteld op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Analyse

De resultaten zijn in kaart gebracht met beschrijvende statistiek. We analyseerden patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, stedelijkheid), contactsoort (telefonisch consult, consult op de post, huisvisite), urgentie (U0-U5) en gezondheidsproblemen (ICPC-code). Verschillen over de jaren 2013-2016 zijn vanwege de grote aantallen niet getoetst. De analyse gebeurde in Stata, versie 14.

RESULTATEN

Patiëntkenmerken

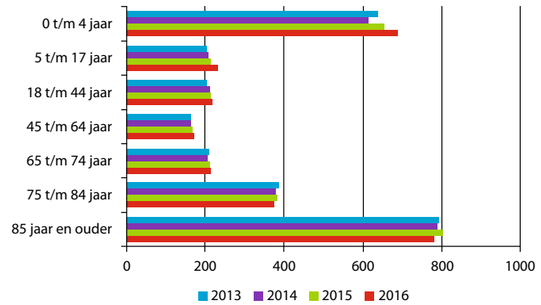
In 2016 maakte 16,5% van de onderzoekspopulatie (1,6 miljoen mensen) ten minste eenmaal gebruik van de HAP. Hierin verschilden stedelijke gebieden niet van minder stedelijke gebieden. Van de gebruikers van de HAP was 46,6% man. Relatief de meeste contacten vonden plaats voor kinderen tot en met 4 jaar (688 per 1000 inwoners in deze leeftijdsgroep) en voor ouderen van 85 jaar en ouder (780 per 1000 inwoners in deze leeftijdsgroep) [**figuur 1**]. Het aantal contacten voor kinderen tot en met 17 jaar steeg tussen 2013 en 2016 zowel in relatieve als in absolute zin; het aantal contacten voor de overige leeftijdstroepen bleef vrij stabiel.

Zorggebruik en contacttype

In 2016 waren er op de onderzochte HAP's gemiddeld 251 contacten per 1000 inwoners, waarvan 129 consulten, 100 telefonische consulten en 22 huisvisites. Tussen 2013 en 2016 steeg het aantal contacten met 5,5%, van 238 per 1000 inwoners in 2013 via 239 in 2014 en 247 in 2015 naar 251 in 2016.

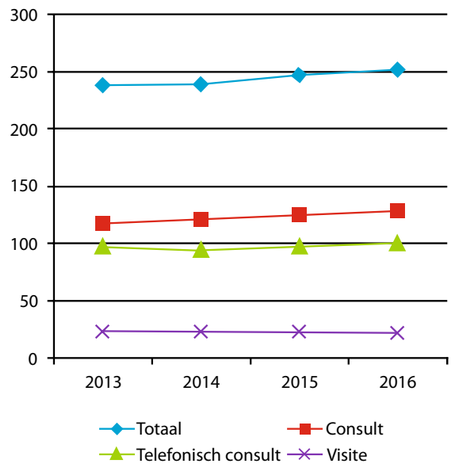
Figuur 1

Gemiddeld aantal contacten met de HAP per duizend inwoners binnen de betreffende leeftijdsgroep



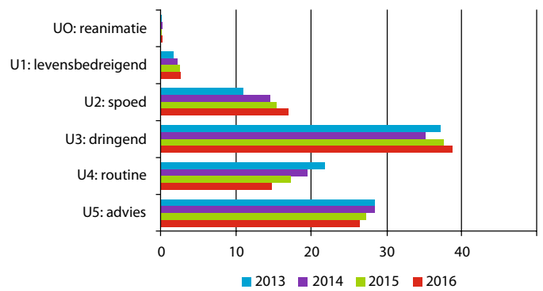
Figuur 2

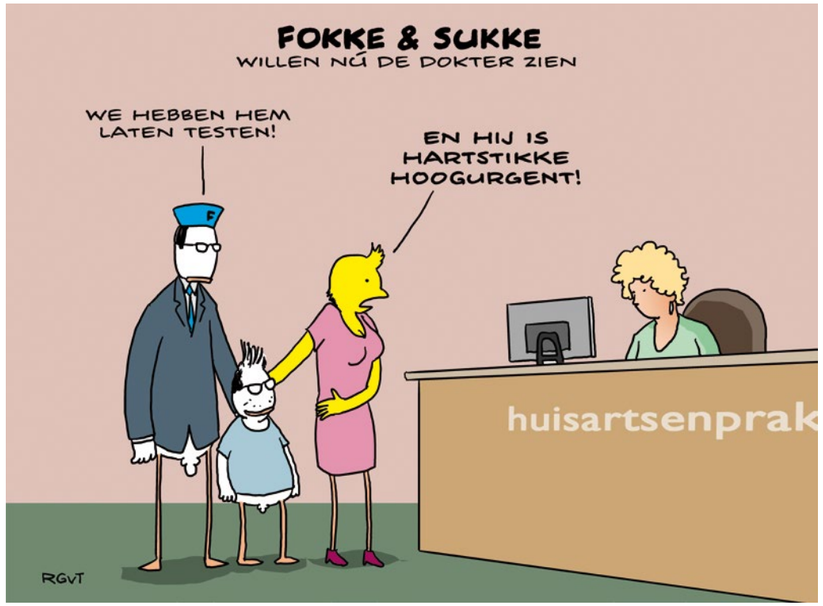
Gemiddeld aantal contacten met de HAP per 1000 inwoners, per type contact



Figuur 3

Urgentieverdeling van contacten op de HAP: percentage van het totaal aantal contacten





Het aantal consulten steeg met 9,2% en het aantal telefonische consulten met 3,2%. Het aantal huisvisites bleef aanvankelijk stabiel, maar daalde in 2016 met 4,8% [**figuur 2**].

Urgentie

De meeste hulpvragen kregen urgentie U5 ('advies') of U3 ('dringend'), in 2016 respectievelijk 26,5 en 38,8% [**figuur 3**]. De toegekende urgentie varieerde sterk per type contact. Het merendeel van de hulpvragen die tot een consult leidden, werd geclassificeerd als U3. Hulpvragen die telefonisch afgehandeld werden, hadden meestal urgentie U5, hulpvragen die tot een huisvisite leidden, waren meestal U2 of U3 ('spoed').

WAT IS BEKEND?

- De werkdruk in de spoedzorg is groot en neemt nog steeds toe.
- Vergrijzing en veranderingen in het zorgstelsel zijn voor de hand liggende oorzaken.
- In de beleving van huisartsen neemt niet alleen het aantal contacten op de HAP toe, maar ook de aantal hoogurgente contacten.

WAT IS NIEUW?

- Tussen 2013 en 2016 is het aantal urgente contacten (U2) met 55% toegenomen.
- Het aantal contacten voor kinderen tot en met 17 jaar nam toe, het aantal contacten voor ouderen niet.
- Kinderen tot 4 jaar en ouderen vanaf 85 jaar doen het vaakst een beroep op de HAP.

Tussen 2013 en 2016 steeg het percentage contacten met een hoogurgente hulpvraag (U0-U2) van 12,6 naar 19,6%. Het aantal U2-hulpvragen steeg het sterkst, met 55%. In die periode nam het aantal hulpvragen met U3 toe van 37,2% naar 38,8%, met als uitzondering een daling naar 35,2% in 2014. Het percentage contacten met een laagurgente hulpvraag (U4, U5) daalde van 50,2 naar 41,2%.

Gezondheidsproblemen

De meeste contacten vonden plaats vanwege symptomen en aandoeningen uit hoofdstuk L (Bewegingsapparaat) van de ICPC. In de vier onderzoeksjaren groeide het aantal contacten voor dit type klacht van 36 naar 41 per 1000 inwoners. Consulten hadden vooral betrekking op scheur- en snijwonden (S18; 6,9% in 2016), acute infecties van de bovenste luchtwegen (R74; 4,3%) en gelokaliseerde buikpijn (D06; 3,5%). Telefonische consulten betroffen vooral bezorgdheid over de (bij)werking van een geneesmiddel (A13; 4,0%), koorts (A03; 3,9%), en urineweginfecties (U71; 3,4%). Tijdens huisvisites ging het vooral om overlijden (A96l 8,2%), longontsteking (R81; 4,7%) en benauwdheid (R02; 3,5%).

BESCHOUWING

Het zorggebruik op HAP's is tussen 2013 en 2016 gestegen van 238 tot 251 contacten per 1000 inwoners, een toename van 5,5%. Per HAP zijn dat gemiddeld 118 extra contacten per week, één extra contact per openingsuur. Uit geaggregeerde cijfers die de HDS-en zelf aanleverden aan brancheorganisatie InEen blijkt dat het aantal contacten in 2005 nog maar 202 per 1000 inwoners was.[11] Dit aantal steeg in de daaropvolgende jaren aanzienlijk tot 260 in 2009 en daalde daarna weer enkele jaren. Het zorggebruik op de HAP's anno 2016 lijkt dus niet zo hoog als het ooit geweest is, maar als we naar het soort contacten kijken, zien we met name een toename van het aantal consulten. Dat betekent een grotere belasting voor huisartsen, want telefonische consulten kunnen grotendeels zelfstandig door triagisten worden afgehandeld.

Het percentage hoogurgente contacten (U0-U2) nam toe van 12,6% in 2013 tot 19,6% in 2016. Volgens de cijfers van InEen was dit percentage in 2009 ruim driemaal zo laag (6,3%).

De grootste toename betrof U2-contacten.[11] Doordat dus aanzienlijk meer contacten binnen het uur moeten worden afgehandeld, is de zorg op de HAP minder planbaar geworden. Er zijn signalen dat een bepaalde groep ingangsklachten uit de Nederlandse Triage Standaard debet is aan de groei van het aantal hoogurgente contacten: pijn thorax, kortademig, neurologische uitval, buikpijn volwassene, breathing, circulation, disability.[12] Het verdient aanbeveling om kritisch te kijken naar de triagecriteria voor deze ingangsklachten. Ook blijken er grote verschillen te zijn tussen de HAP's in de inschatting van urgentie.[13] Als sommige HAP's de triage efficiënter georganiseerd hebben, zijn er misschien best practices aan te wijzen.

De patiëntengroepen voor wie het vaakst contact wordt opgenomen met de HAP zijn jonge kinderen en ouderen. Het aantal contacten voor ouderen, met hun vaak complexe onderliggende problematiek, is in de onderzoeksperiode niet toegenomen en uit de incidentiecijfers komt ook niet naar voren dat de hulpvragen complexer zijn geworden. Toch kan de complexiteit van hulpvragen in de praktijk wel degelijk zijn toegenomen, ook al is dat niet als zodanig te achterhalen uit de registratiegegevens.

Strategieën

Er zijn strategieën beschreven om het zorggebruik op de HAP terug te dringen.[14] Men kan het triagesysteem optimaliseren, men kan het gebruik van internettoepassingen zoals Thuisarts.nl stimuleren en men kan huisartsenpraktijken feedback geven over de kenmerken van patiënten die de HAP hebben bezocht. Het is echter pas mogelijk een passende strategie te kiezen als men inzicht heeft in de oorzaken van de stijging van het aantal contacten en van de gemiddelde urgentie.

Beperkingen van het onderzoek

Onze resultaten zijn gebaseerd op routinematig vastgelegde gegevens. We hebben alleen gegevens gebruikt die voldeden aan de kwaliteitseisen van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Daardoor had de groep van 21 à 22 HDS-en waarvan we de gegevens analyseerden elk jaar een iets andere samenstelling. Wel omvatten de gegevens elk jaar ruim 40% van alle HDS-en in Nederland en maakte een vaste kern van 15 HDS-en alle vier de jaren deel uit van de selectie. Binnen deze kerngroep zagen we hetzelfde patroon in aantal en urgentie van de contacten, wat aangeeft dat de getoonde trends niet toe te schrijven zijn aan een selectie van HDS-en.

Het zorggebruik en het aantal contacten met hoge urgentie op de HAP is toegenomen. Foto: Hollandse Hoogte, Frank Muller

CONCLUSIE

In de beleving van huisartsen zijn het aantal en de urgentie van de contacten op de HAP toegenomen. De routinematig vastgelegde gegevens in HAP's over heel Nederland bevestigen dat beeld voor de afgelopen vier jaar. De toename van het aantal contacten is het hoogst voor kinderen; ondanks de vergrijzing is het aantal contacten voor ouderen niet toegenomen. Wat waarschijnlijk bijdraagt aan de ervaren hoge werkdruk, is dat het aantal consulten sterker stijgt dan het aantal telefonische contacten, wat meer druk legt op de huisartsen, en dat het aantal hoogurgente contacten stijgt, waardoor de zorg op de HAP minder planbaar wordt. ■

LITERATUUR

1. Smid B, Ter Rele H, Boeters S, Draper N, Nibbelink A, Wouterse B. Minder zorg om vergrijzing. Den Haag: Centraal Planbureau, 2014.
2. Van Vught C, Welling G, De Wildt JE. Forse overvraging van huisartsenzorg. Taakverzwaring door concentratie spoedzorg. De Eerstelijns 2014;(juni):13-5.
3. Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken: HAP + acute ouderenzorg. Utrecht: InEen/Actiz, 2016.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Smits M, Jansen T, Verheij R. Zorggebruik en urgentie op de HAP tussen 2013 en 2016. Huisarts Wet 2018;61(6):14-7. DOI:10.1007/s12445-018-0160-x.
Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht: dr. M. Smits, postdoc onderzoeker, m.smits@nivel.nl; T. Jansen, onderzoeker; dr. R. Verheij, programmaleider Zorgdata & het Lerend Zorgsysteem.
Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd uitgevoerd met financiële steun van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Spoedvisites op de huisartsenpost

Erik Plat, Yvonne Peters, Feike Loots, Corline de Groot, Thomas Eckhardt, Ellen Keizer, Paul Giesen

Inleiding De huisarts van de huisartsenpost (HAP) voert U1-zorgaanvragen zelf als U1-visite uit of leidt ze door naar de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) met het verzoek een ambulance met A1-urgentie in te zetten. We wilden nagaan of bij U1-zorgaanvragen de juiste hulpverlener met de juiste urgentie is ingezet.

Methode Een crosssectioneel onderzoek uitgevoerd met behulp van dossiers van alle U1-visites gedurende 21 maanden op een grote HAP in een grootstedelijk gebied. U1-aanvragen die de huisarts naar de MKA heeft doorgeleid werden ook geanalyseerd. Follow-upgegevens zijn verkregen via de eigen huisarts door middel van een vragenlijst.

Resultaten Patiënt- en zorgkenmerken van 1081 visites: 401 HAP-visites, 570 ambulanceritten en 110 gecombineerde HAP-ambulanceritten. Van 598 patiënten kregen we de ingevulde vragenlijst van de huisarts retour (55,3%). Ongeveer 40% van de visites had volgens de huisartsen met een lagere urgentie kunnen worden uitgevoerd en ongeveer 50% door een andere zorgaanbieder. 'Pijn op de borst' was de meest voorkomende reden om een ambulance in te zetten (60,7%).

Conclusie Bij 40% van de U1-visiteaanvragen op de HAP was er sprake van overtriage en bij de helft had volgens beoordeling achteraf beter een andere zorgverlener ingezet kunnen worden (een huisarts in plaats van de ambulancedienst, of vice versa). Verder onderzoek is nodig om het proces van triage en toewijzing van zorg bij U1-aanvragen te optimaliseren, in het bijzonder voor patiënten met pijn op de borst.

INLEIDING

De laatste jaren is er sprake van een toename in het aantal spoedaanvragen op de huisartsenpost (HAP): in de periode 2009-2016 nam het percentage U1-contacten toe van 0,8% naar 2,5%.[1] De huisarts van de HAP voert U1-visites zelf uit of leidt deze door naar de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) met het verzoek een ambulance met A1-urgentie in te zetten. De ernst en aard van de symptomatologie bepalen wie de meest geschikte hulpverlener is (huisarts dan wel de ambulancedienst). Hierbij spelen ook kosten een rol: een visite door de HAP kost zo'n € 120 tot € 170, terwijl een ambulance-inzet ongeveer € 670 of meer kost.[2] Uit internationale onderzoeken is bekend dat de onterechte inzet van ambulances tussen de 11 en 44% ligt. Dit betreft onder andere eerste hulp die ook een huisarts had kunnen verlenen en patiënten die onnodig naar het ziekenhuis zijn vervoerd.[3-7]
In dit onderzoek keken we of bij een U1-zorgaanvraag op de HAP de juiste hulpverlening (huisarts dan wel ambulance) met de juiste urgentie werd ingezet.

METHODE

We hebben een crosssectionele gegevensregistratieanalyse en een follow-upvragenlijstonderzoek uitgevoerd. Gedurende een periode van 21 maanden (december 2012 tot en met oktober 2014) hebben we alle U1-zorgaanvragen op een HAP in een grootstedelijk gebied geselecteerd. Bij deze HAP waren ongeveer 700.000 inwoners aangesloten. Een regiearts fiatteerde aanvragen voor U1-visites en bepaalde wanneer aanvragen werden doorgeleid naar de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) voor een A1-inzet. Van alle aanvragen die tot een U1-visite van de huisarts of een A1-inzet van de ambulance leidden hebben we de volgende gegevens verzameld: leeftijd en geslacht van de patiënt, dag en tijdstip van de aanvraag, aard van de hulpverlening (huisarts, ambulance, huisarts en ambulance) en de waarschijnlijkheidsdiagnose volgens de ICPC-codering. Alle huisartsen van geïncludeerde U1-/A1-patiënten ontvingen na de verleende zorg een vragenlijst. Daarin vroegen we hen na te gaan wat achteraf bezien de juiste urgentie had moeten zijn en of de juiste hulpverlener was ingezet. Deze beoordeling deden ze aan de hand van dossieronderzoek, waarbij ze onder andere de beschikking hadden over gegevens als leeftijd, geslacht, ICPC-code, comorbiditeit en eventueel opgetreden complicaties. Tevens vroegen we hen of de ICPC-code was veranderd en of de patiënt was verwezen naar het ziekenhuis en was opgenomen.
U1-zorgaanvragen die de huisarts naar de MKA had doorgeleid betroffen een hoge verdenking op een myocardinfarct of CVA, aandoeningen waarbij elke minuut *doctors delay* telt of waarbij het heel aannemelijk zou zijn dat een patiënt naar het ziekenhuis moest worden vervoerd. Duplicaten (patiënten die in het huisartsensysteem én in het MKA-systeem geregistreerd waren) hebben we geëxcludeerd, net als contacten met ontbrekende gegevens.

Tabel 1

Resultaten van follow-upvragenlijstonderzoek onder huisartsen

	HAP n (%)	Ambulance n (%)	Ambulance en HAP n (%)
Door huisartsen (achteraf) toegekende urgentie	n = 200	n = 293	n = 58
U1	102 (51,0)	173 (59,0)	42 (72,4)†
U2	69 (34,5)	77 (26,3)†	13 (22,4)
U3	24 (12,0)	36 (12,3)	3 (5,2)
U4	2 (1,0)	4 (1,4)	0 (0)
U5	3 (1, 5)	3 (1,0)	0 (0)
Door huisartsen (achteraf) geïndiceerde zorg*	n = 196	n = 301	n = 56
HAP-visite	119 (60,7)	93 (30,9)	21 (37,5)
Ambulance	38 (19,4)	153 (50,8)	21 (37,5)
Ambulance en HAP	22 (11,2)	23 (7,6)	14 (25,0)
Consult op HAP	14 (7,1)	23 (7,6)	0 (0)
Telefonisch consult HAP	1 (0,5)	2 (0,7)	0 (0)
Eigen huisarts volgende dag	2 (1,0)	6 (2,0)	0 (0)
Zelfzorgadvies	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0)

HAP = huisarts van de huisartsenpost
* p-waarden niet getoond
† p < 0,05 ('HAP' als referentiegroep)

Tabel 2

Aantallen 'niet verwezen', 'verwezen' en 'opgenomen' patiënten per zorginzet

	Niet verwezen naar SEH n = 166 n (%)	Verwezen naar SEH, niet opgenomen in ziekenhuis n = 108 n (%)	Opgenomen in ziekenhuis n = 303 n (%)	Totaal
Zorginzet				
HAP	110 (66,3)	25 (23,1)*	72 (23,8)*	207
Ambulance	52 (31,3)	75 (69,4)*	180 (59,4)*	307
Ambulance en HAP	4 (2,4)	8 (7,4)*	51 (16,8)*	63

* p ≤ 0,05 ('niet verwezen naar SEH' is de referentiegroep)

RESULTATEN

In totaal werden er 1960 U1-/A1-ritten gereden. Na exclusie van duplicaten (709) en dossiers met ontbrekende gegevens (170) bleven er 1081 dossiers met U1-/A1-visites voor analyse over. Bij 401 patiënten was de huisarts ingezet, bij 570 patiënten de ambulance en bij 110 patiënten de huisarts én de ambulance. Van de 1081 patiënten kregen we 598 vragenlijsten van de huisartsen retour (respons 55,3%). De tractus respiratorius was het meest voorkomende ICPC-hoofdstuk onder de huisartsenvisites en de tractus circulatorius bij de ambulanceritten. Pijn op de borst was de meest voorkomende reden om een ambulance in te zetten (60,7%). Van de onderzochte U1-/A1-ritten had – achteraf door de eigen huisarts bepaald – ongeveer 40% met een lagere urgentie kunnen worden uitgevoerd (HAP 49,0%, ambulance 41,0%, HAP en ambulance 27,6%) [**tabel 1**]. En volgens de huisartsen werd de juiste zorgverlener in 60,7% (HAP), 50,8% (ambulance) en 25,0%

> Pijn op de borst was de meest voorkomende reden om een ambulance in te zetten

Bij 40% van de U1-visiteaanvragen op de HAP was sprake van overtriage. Foto: Hollandse Hoogte

(ambulance en HAP) van de gevallen ingezet.
[**Tabel 2**] laat zien dat 83,1% ((180+75)/307x100%) van de door een ambulance bezochte patiënten naar het ziekenhuis werd vervoerd, tegenover 46,9% ((25+72)/207x100%) van de HAP-groep. Daarentegen werden patiënten in de ambulancegroep weer vaker uit het ziekenhuis ontslagen na een bezoek aan de spoedeisende hulp (SEH)(75/307x100%=24,4%), vergeleken met de HAP-groep (25/207x100%=12,1%).

WAT IS BEKEND?

- Goede triage is van essentieel belang voor het leveren van doelmatige zorg.
- Ambulances worden vaak ten onrechte ingezet bij A1-ritten.

WAT IS NIEUW?

- Achteraf vond de huisarts dat ongeveer 40% van de U1-contacten met de HAP, die zowel door huisarts als ambulance (A1) werden verreden, met een lagere urgentie had kunnen plaatsvinden.
- De inzet na U1-contacten met de HAP had achteraf bezien in ongeveer de helft van de gevallen beter door een andere zorgverlener verricht kunnen worden. Dit geldt voor zowel de U1-visites door de huisarts, als de contacten waarbij direct de ambulancedienst werd ingezet.
- 'Pijn op de borst' is de meest frequente reden om vanuit de HAP een ambulance U1/A1 in te zetten.

BESCHOUWING

Belangrijkste bevindingen

Meer dan de helft van de U1-visites betrof achteraf bezien inderdaad U1-geïndiceerde zorg. Het overige deel had met een lagere urgentie kunnen worden uitgevoerd. Tevens had ongeveer 50% van de verleende zorg beter door een andere zorgaanbieder kunnen worden uitgevoerd. Opvallend is verder dat van de U1-visites waarbij er naast de huisarts ook een ambulance betrokken was (10%), in 80% van de gevallen een ziekenhuisopname is gevolgd. Het spreekt vanzelf dat een ambulance wordt ingezet wanneer een ziekenhuisopname in de lijn der verwachting ligt en dat de huisarts patiënten met pathologie behandelt wanneer ze thuis kunnen blijven.
Omdat sterke verdenking op een myocardinfarct of een CVA vaak leidt tot de directe inzet van een ambulance (conform de NHG-Standaarden Acuut coronair syndroom en Beroerte), vergeleken we deze subgroepen met elkaar. Opmerkelijk is dat CVA's slechts een kleine deel van de U1-aanvragen (4%) vormen, waarbij 84% vervolgens wordt opgenomen, terwijl pijn op de borst 40% van de A1-inzetten via de HAP vertegenwoordigt, waarbij 57% tot een opname in het ziekenhuis leidt. Uit onderzoek blijkt dat van de patiënten die zich per telefoon met pijn op de borst bij een spoedpost melden, slechts 6% uiteindelijk een acuut coronair syndroom heeft en dat 22% van de patiënten met pijn op de borst op de SEH een acuut coronair syndroom heeft.[8,9] Hoewel voor veel patiënten die geen levensbedreigende aandoening bleken te hebben (maar bijvoorbeeld angstig waren of sternocostale pijn hadden) de inzet van een ambulance achteraf bezien gerechtvaardigd bleek, kan er bij pijn op de borst toch veel winst behaald worden als de triage scherper wordt.[10] In dit kader is het belangrijk om factoren die de kans op vervoer naar het ziekenhuis en de kans op opname verkleinen te incorporeren in verbeterde protocollen.[11,12]

Sterke punten en beperkingen

Dit is het eerste onderzoek dat patiënt- en zorgkenmerken van U1-zorgaanvragen op de HAP beschrijft waarbij verschillende hulpverleners (huisarts en/of ambulance) ingezet werden. De follow-up van een groot aantal patiënten (n = 598) maakte het mogelijk om achteraf te bekijken of de huisartsen de urgentie en inzet van zorgverleners bij U1-zorgaanvragen op de HAP goed hadden bepaald.
Omdat de respons op de vragenlijsten 55% was, zou er sprake kunnen zijn van selectiebias. De respons in de HAP-groep was even groot als in de ambulancegroep en daarom verwachten wij dat de invloed van eventuele selectiebias klein zal zijn. Daarnaast zijn de gegevens verkregen van één HAP in een grootstedelijk gebied en daarom wellicht niet representatief voor andere grootstedelijke HAP's en HAP's op het (verstedelijkte) platteland. Daarbij komt dat niet alle HAP's hetzelfde protocol voor U1-zorgaanvragen gebruiken. Een andere beperking is de retrospectieve beoordeling van de urgentie en meest geschikte inzet door de eigen huisarts. De noodzaak om een ambulance in te zetten kan objectiever bepaald worden door gebruik te maken van de definitieve diagnoses of interventies. Op het moment van de triage zijn deze uitkomsten nog niet te voorspellen. Ten slotte zouden andere factoren dan de medische conditie van de patiënt, zoals de beschikbaarheid van een huisarts van de HAP of een ambulance, een rol hebben kunnen spelen bij de toewijzing van de zorg. We weten niet wat de invloed van deze factoren is.

Vergelijking met bestaande literatuur

Een Nederlands onderzoek heeft aangetoond dat de huisarts 42% van de ambulanceritten kan uitvoeren.[13] Daarnaast hebben onderzoeken uit het buitenland aangetoond dat 11 tot 44% van de ambulanceritten oneigenlijk is.[3-7] Onze uitkomsten komen overeen met deze bevindingen. Ander onderzoek met betrekking tot de verdeling van zorg bij U1-zorgaanvragen op de HAP hebben we niet gevonden.

CONCLUSIE

De toewijzing van zorg van U1-zorgaanvragen op de HAP kan beter. Denk hierbij aan verbetering van de beschikbaarheid en inzage van het EPD van de eigen huisarts en het verder ontwikkelen van triageprotocollen waarin alarmsymptomen, differentiërende symptomen en voorspellende factoren worden opgenomen. Hierbij is het belangrijk te beseffen dat we een zekere mate van overtriage zullen moeten accepteren, willen we ondertriage voorkomen. In veel gevallen van 'pijn op de borst' – een vaak voorkomende reden voor het inzetten van een ambulance – vindt overtriage plaats. Daarom is het wenselijk om triagisten en huisartsen verder te bekwamen in het afhandelen van deze klacht, bijvoorbeeld door middel van beslisregels als de Marburg Heart Score, ook al is deze in Nederland nog niet gevalideerd.[14] Om het aantal onnodige ambulanceinzetten bij pijn op de borst op een veilige manier verder te verlagen, zou de huisarts de mogelijkheid moeten hebben om een ecg-analyse uit te voeren, eventueel aangevuld met een troponinesneltest. Voordat een dergelijke werkwijze kan worden geïmplementeerd, zal echter zowel de diagnostische zekerheid als de eventuele delay moeten worden onderzocht. ■

Ongeveer 50% van de verleende zorg had beter door een andere zorgaanbieder kunnen worden uitgevoerd

LITERATUUR

1. InEen. Benchmarkbulletin GPCs. http://ineen.nl/wp-content/uploads/2016/08/160818-Benchmarkbulletin-2015-Huisartsenposten-def.pdf. 2017.
2. NZA Tariefbeschikking ambulancevoorzieningen. https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-TB-CU-7113-01-Tariefbeschikking-Ambulancezorg-2923.pdf. 2014
3. Billittier AJ, Moscati R, Janicke D, Lerner EB, Seymour J, Olsson D. A multisite survey of factors contributing to medically unnecessary ambulance transports. Acad Emerg Med 1996;3:1046-52.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Plat E, Peters Y, Loots F, De Groot C, Eckhardt T, Keizer E, Giesen P. Spoedvisites op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2018;61(6):18-21. DOI:10.1007/s12445-018-0142-z.
Radboud universitair medisch centrum, wetenschappelijk centrum voor onderzoek naar de kwaliteit van zorg (IQ healthcare), Nijmegen: E. Plat, onderzoeker en huisarts (niet praktiserend); Y. Peters, onderzoeker; F. Loots, arts-onderzoeker; E. Keizer, onderzoeker; P. Giesen, senior onderzoeker en huisarts. Stichting Mobiele Artsen Service Haaglanden (SMASH), Den Haag: C. de Groot, manager kwaliteit, beleid en organisatie. GGD Haaglanden, Den Haag: T. Eckhardt, medisch directie-adviseur. Afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Ziekenhuis Zürich, Zürich, Zwitserland: E. Keizer, onderzoeker.
Correspondentie: erik.plat@radboudumc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.
Dit is een bewerkte vertaling van Plat FM, Peters YAS, Loots FJ, De Groot CJA, Eckhardt T, Keizer E, Giesen P. Ambulance dispatch versus general practitioner home visit for highly urgent out-of-hours primary care. Fam Pract. 2017 Dec 20. doi: 10.1093/fampra/cmx121.

Is huisarts die U1-visites rijdt ouderwets of innovatief?

Reinout van Bentveld

Een kort onderzoek op een huisartsenpost bevestigt het beeld dat huisartsen makkelijk meer hoogurgente meldingen zelf kunnen afhandelen. Dat opent de weg naar nieuwe samenwerkingsvormen tussen huisarts, ambulancedienst en meldkamer ambulancezorg.

Plat et al. concluderen elders in dit nummer dat er in 40% van de U1-indicaties sprake is van overtriage en dat bij de helft van deze patiënten beter een ander zorgpad ingezet had kunnen worden.[1] Op de huisartsenpost (HAP) in kwestie was het de regiearts die de U1 fiatteerde en bepaalde wanneer een aanvraag werd doorgezet naar de meldkamer ambulancezorg (MKA). Er zijn echter ook posten waar de triagist alle U1-meldingen doorzet naar de ambulancedienst, posten die de U1-meldingen verdelen over huisarts en ambulance, en posten waar de huisarts alle U1-visites zelf rijdt. Al deze werkwijzen zijn conform de NHG-TriageWijzer, die adviseert in geval van een U1-indicatie direct de huisarts te verwittigen zodat deze de patiënt onmiddellijk kan beoordelen, tenzij er regionaal andere afspraken gelden. De urgentie zegt echter niets over het vervolg: huisarts, ambulance of spoedeisende hulp (SEH).

U1-MELDINGEN OP HUISARTSENPOST WESTLAND

De Huisartsenpost Westland in Naaldwijk heeft geen SEH in de directe nabijheid. Het verzorgingsgebied omvat verstedelijkt platteland met 120.000 inwoners. Er zijn 55 huisartsen met 52 normpraktijken en 30% van de diensten wordt verkocht aan waarnemers. Op de HAP rijdt de huisarts zelf in principe alle U1-visites. Wanneer de huisarts een sterk vermoeden heeft van ernstige pathologie kan tegelijkertijd de ambulance ingezet worden. Op deze HAP hebben we in het eerste kwartaal van 2017 de U1-verrichtingen gemonitord. Er waren dat kwartaal in totaal 7416 contacten, waarvan 1 U0, 213 (3%) U1, 1168 (16%) U2, 2531 (34%) U3, 694 (9%) U4 en 2809 (38%) U5. De U0-visite betrof een reanimatie op verzoek van de MKA omdat er geen ambulance beschikbaar was. Bij de 213 U1-indicaties waren 17 dubbele registraties en 39 U1-consulten op de HAP; er vonden dus bij elkaar 157 U1-ritten plaats [**tabel**].

Van de 116 U1-visites die de huisarts reed, kon deze er 57 (50%) zelf afhandelen. Bij 14 (35%) van de 40 U1-ambulanceritten was overmacht in het spel doordat de huisarts meerdere spoedgevallen tegelijk moest afhandelen. Bij de overige 26 (65%) ritten werd de ambulance op grond van de melding direct ingezet; bij een van deze meldingen ging de huisarts ook rijden. Een keer werd direct de ggz-crisisdienst ingezet. Uit het dossieronderzoek kwamen de volgende punten naar voren.

- In het journaal werden geen complicaties vermeld.
- Tweemaal werd een U1-visite gereden op verzoek van de MKA.
- Meer dan de helft van de U1-indicaties betrof pijn op de borst of benauwdheid.
- De overige U1-indicaties waren vooral insulten, verwardheid, zieke indruk, oogverwonding, buik- en rugpijn, en vlekjes bij kinderen.
- Er was geen essentieel verschil tussen de U1-indicaties waarbij de huisarts zelf reed en de U1-indicaties waarbij de ambulance direct werd ingezet.

Tabel

Inzet U1-visites Huisartsenpost Westland, januari-maart 2017

Huisarts	116 (74%)
Ambulance	40 (26%)
Ggz-crisisdienst	1 (0%)
Totaal	157 (100%)

EXTRA BELASTING ZORGKETEN

Overtriage en overschatting van de ernst van de klacht zorgen voor een extra belasting van de zorgketen.[2,3] Onze observatie op een HAP bevestigt de conclusie van Plat et al.[1] De huisarts kan ruim een derde van de hoogurgente patiënten in eerste instantie zelf behandelen – de helft van de patiënten die de huisarts bij onze U1-visites zag, werd niet ingestuurd. Dit aandeel zou verder omhoog kunnen, al is wel verder onderzoek nodig naar de effecten daarvan.[1,3,4] Ook andere samenwerkingsvormen tussen huisarts, ambulancedienst en MKA kunnen onderzocht worden.[5] Gaan we weer 'ouderwets' alle visites zelf rijden? ■

LITERATUUR

De literatuurlijst en auteursgegevens staan bij dit artikel op www.henw.org.

Van Bentveld RDW. Is huisarts die U1-visites rijdt ouderwets of innovatief? Huisarts Wet 2018;61(6):22. DOI:10.1007/s12445-018-0149-5.

Een conversatieanalyse van triagegesprekken

Vera Vinck, Esther de Groot, Loes Wouters, Frans Rutten, Roger Damoiseaux, Tessa van Charldorp, Dorien Zwart

Inleiding Triagisten op huisartsenposten voeren triagegesprekken met behulp van de Nederlandse Triage Standaard (NTS), die hen helpt vast te stellen wat de medische urgentie van de hulpvraag van de beller is. In de praktijk heerst het idee dat de NTS over- en ondertriage in de hand werkt. Afhankelijk van de manier waarop de gebruiker met de NTS omgaat kan de vraagstellingstructuur leiden tot een defensieve urgentiebepaling of tot het missen van relevante informatie.

Methode Conversatieanalyse is een methode waarmee vanuit talig perspectief de effectiviteit van triagegesprekken kan worden onderzocht. Uit deze vorm van analyse blijkt dat de veiligheid en doelmatigheid van triage niet alleen worden bepaald door de vragen die triagisten stellen, maar ook door de manier waarop zij dit doen en hoe deze vraagstelling van invloed is op de reactie van de beller. De NTS spoort triagisten aan om de beller voortdurend te vragen een keuze te maken tussen opties, waarbij de ene optie leidt tot een hogere urgentie dan de andere. Triagisten formuleren deze opties door middel van een 'of-vraag': 'Is de pijn drukkend, of stekend, of heel scherp?'

Resultaten Uit de analyse blijkt dat bepaalde 'of-vragen' effectiever zijn dan andere. Een conversatieanalyse van de effectiviteit van de communicatie tijdens triagegesprekken levert kennis op waarmee we de kwaliteit van de triagegesprekken kunnen vergroten.

Conclusie Op grond van ons onderzoek bevelen we triagisten aan aanvullende communicatietrainingen te volgen.

INLEIDING

Telefonische triage wordt op huisartsenposten gebruikt om de urgentie van hulpvragen te bepalen. Tijdens het telefoongesprek wordt de Nederlandse Triage Standaard (NTS) doorlopen. Dit protocol leidt via beslissingsmomenten tot het vaststellen van een medische urgentie. Er zijn aanwijzingen uit de praktijk dat de vraagstellingsstructuur van de NTS de kans op een defensieve urgentiebepaling en op het missen van relevante informatie vergroot. Tijdens triagegesprekken moeten triagisten onder tijdsdruk een efficiënte en veilige beslissing nemen over de vraag welke zorg de beller nodig heeft zonder dat ze deze kunnen zien.[1] Ze moeten de juiste urgentie bepalen op basis van de informatie die de beller telefonisch presenteert. Paniekgevoelens bij bellers kunnen hun reacties beïnvloeden, waardoor ze soms irrelevante, onverstaanbare of onbegrijpelijke informatie geven.[2]

Wanneer triagisten cruciale informatie missen, kunnen ze de urgentie van de hulpvraag onderschatten, met mogelijk calamiteiten als gevolg. In Nederland resulteert 0,006% van de contacten in een calamiteit.[3] Het gaat vaak om een gemist myocardinfarct of abdominaal aneurysma. Een recente Britse review laat zien dat de veiligheid van telefonische triagegesprekken in het geding is en dat verder onderzoek nodig is.[4] Ook het overschatten van de urgentie vormt een probleem. In 2016 nam het aantal U2-visites zo sterk toe dat de kwaliteit van de zorg volgens de Doktersdienst Groningen in gevaar dreigde te komen.[5] Dat bij de klacht 'thoracale pijn' vaak een ambulance wordt ingeschakeld en de patiënt niet naar de huisarts wordt doorverwezen wijst er volgens Zeilstra en Giesen op dat de NTS onvoldoende discrimineert tussen onschuldige en potentieel levensbedreigende klachten.[6]

Een onderzoek op basis van een talige analyse van 22 triagegesprekken bij een Engelse huisartsenpraktijk heeft aangetoond dat het gebruik van Computer Decision Support Software (CDSS) tot een conflict leidde tussen het belang van een goede rapportage en het tegemoetkomen aan de hulpbehoeften van de beller.[7] Nadat met de NTS in Nederland een universeel triageprotocol was ingevoerd, is er uitgebreid onderzoek gedaan naar de validiteit van de NTS.[8] Na een analyse van 10.000 patiëntcasussen concludeerden de onderzoekers dat de NTS een valide instrument is voor medische urgentiebepaling bij telefonische triage omdat de overeenkomst tussen de door de NTS toegekende urgentieniveaus en de door de onderzoekers gedefinieerde urgentiemarkers groot genoeg was. De onderzoekers maakten echter gebruik van data uit verschillende settings (spoedeisende hulp en huisartsenpost) en de validering

gebeurde dus niet op klinische uitkomstmaten van de patiënt. Het is daarom onduidelijk of de resultaten van toepassing zijn op de telefonische triage op de huisartsenpost.
Een Zweeds onderzoek heeft ('ongeblindeerd') 26 triagegesprekken die tot een calamiteit hadden geleid met een controlegroep vergeleken. De conclusie luidde dat relevante informatie en achtergronden van de beller waren gemist doordat via het CDSS vooral gesloten vragen werden gesteld.[9] In een ander Zweeds onderzoek gaven triagisten en managers aan dat werkstress, werken in ploegendiensten, vermoeidheid, multitasking en onderbezetting bijdragen aan een afname van de patiëntveiligheid.[10]
Zowel tijdens als na de opleiding wordt de kwaliteit van triagegesprekken geregeld geëvalueerd met behulp van het toetsingsinstrument de KERN-set.[11] Met dit instrument beoordeelt de teamleider/manager achteraf het triagegesprek op medisch-inhoudelijke en communicatiecriteria. Bij de KERN-set ligt de nadruk op de structuur van het gesprek bij gebruik van de NTS. Triagisten moeten zich, na hun opleiding, periodiek laten herregistreren. Zowel de opleiding als de nascholing betreft voor het grootste deel medisch-inhoudelijke aspecten.
Door middel van een conversatieanalyse hebben we onderzocht op welke wijze de verschillende 'of-vragen' tijdens de triage met de NTS worden ingezet, tot welk type antwoorden ze leiden en hoe ze mogelijk over- of ondertriage in de hand kunnen werken. Hiervoor hebben we triagegesprekken geanalyseerd waarbij de klacht 'thoracale pijn' betrof.

METHODE

Bij een conversatieanalyse worden de gesprekken vastgelegd en op microniveau getranscribeerd, en worden gesprekshandelingen (zoals advies vragen, een klacht presenteren, enzovoort) geanalyseerd.[12] Zo verkrijgen we inzicht in de manier waarop gespreksdeelnemers bepaalde gesprekshandelingen uitvoeren. Een conversatieanalyse leidt doorgaans tot praktische aanbevelingen, die ook gebruikt kunnen worden bij communicatietrainingen. Deze onderzoeksmethode is eerder toegepast bij medische consulten en hulplijngesprekken.[2]
Voor ons onderzoek voerden we een conversatieanalyse uit van 57 triagegesprekken van de Stichting Primair Huisartsenposten. We richtten ons daarbij op het functioneren van vraag-antwoordparen. In de transcripten hebben we 199 vraag-antwoordparen geclassificeerd naar het type vraag: open, tweekeuze- en meerkeuzevragen, en zogenoemde *tag-questions*. Voor ons onderzoek zijn alleen 'of-vragen' geïncludeerd die de triagist aan de patiënt had gesteld. Uit een analyse van 'of-vragen' kunnen we opmaken hoe de vraagstelling van de triagist de reactie van de beller heeft beïnvloed.

WAT IS BEKEND?

- De manier waarop de NTS bij triagegesprekken wordt gebruikt lijkt zowel onder- als overtriage in de hand te werken.
- Conversatieanalyse is een methode om de effectiviteit van triagegesprekken vanuit talig perspectief te onderzoeken.

WAT IS NIEUW?

- Het stellen van de juiste 'of-vragen' bevordert effectief gebruik van de NTS.
- Wanneer triagisten te zeer de nadruk leggen op het doorlopen van de NTS ('afvinken') kunnen ze relevante informatie missen.
- Triagisten zouden aanvullende communicatietraining moeten volgen, die hen bewust maakt van het effect van hun vraagstelling op de informatie die de beller hen geeft.

RESULTATEN

De NTS maakt als semiautomatische beslissingshulp veel gebruik van een bepaald type vragen. Het instrument vraagt geregeld om een keuze te maken tussen bepaalde opties, waarbij de ene optie tot een hogere urgentie leidt dan de andere. Daarbij ligt het gebruik van een 'of-vraag' voor de hand: 'Is de pijn drukkend, of stekend, of heel scherp?' De beller moet een keuze maken en deze in zijn antwoord herhalen.[13]

Tweekeuzevragen

In het eerste voorbeeld heeft de beller zojuist verteld dat hij bonkende pijn voelt en dat hij zweet.
Voorbeeld 1:

- T: En u zweet en die pijn die straalt ook nog ergens naar uit?
- B: Ja, iets naar mijn arm
- T: En welke arm, links of rechts?
- B: Links
- T: Linkerarm, eens even kijken en u bent/u bent bekend met hartklachten?

De twee opties betreffen elkaar uitsluitende alternatieven (links of rechts). Door of-vragen te stellen die elkaar uitsluitende opties bevatten kan de triagist de NTS op een effectieve manier doorlopen. Dit is echter alleen effectief wanneer de opties elkaar daadwerkelijk uitsluiten, zoals in het voorbeeld hierboven. Wanneer 'in het midden' ook een optie zou zijn (bijvoorbeeld met betrekking tot pijn op de borst), zou de triagist door de versimpelde tweekeuzevraag belangrijke informatie kunnen mislopen.

Tag-questions

De triagist kan de beller ook via de tag-question 'of niet?' uit twee alternatieven laten kiezen. Een tag-question is een vraag waarbij een uiting tot een vraag wordt gevormd door er een tag aan toe te voegen, zoals 'hè?', 'toch?' of 'of niet?' Door 'of niet?' te gebruiken beperkt de triagist de antwoordopties van de beller: wel X of niet.[13]
Voorbeeld 2:

- T: Ja, en heeft u ook hartkloppingen nu ook of dat niet?
- B: Nee nee dat niet
- T: Het is eigenlijk meer de kortademigheid hè wat u eigenlijk eh het meeste last
- B: ja
- T: van heeft

Een triagist kan met 'of-vragen' op een efficiënte manier de urgentie bepalen, mits dit op de correcte manier gebeurt. Foto: Margot Scheerder

Bij de 'of niet'-vraag herhaalt de patiënt een van de opties niet, maar geeft hij een bevestigend (ja) of een ontkennend antwoord (nee). Zowel de tweekeuzevraag als de 'of niet'-vraag lokt korte en bondige antwoorden uit die direct op de NTS aansluiten. Dat betekent dat de triagist de informatie ontvangt die hij of zij zoekt en zo binnen de NTS effectiever tot een urgentiebepaling kan komen.

Meerkeuzevragen

Hoe meer opties de vraag bevat, des te minder effectief het antwoord is. Vaak geeft de beller dan ongevraagde toelichtingen, waarin de door de triagist gezochte informatie ontbreekt of ondergesneeuwd raakt.
Voorbeeld 3:

- T: Straalt niet uit naar uw kaak of naar uw arm of naar uw rug
- P: Nee nee het is daar het is heel gek en dan krijg ik daar dus hart niet versnelde hartkloppingen maar het hart gaat heel te keer net of je dus je doodschrikt ergens van en dan je adrenaline aan de gang gaat
- T: Ja ja
- P: En dat je dan hartkloppingen krijgt
- T: Ja
- P: Maar dat heb ik dus niet ik ((eh))/
- T: Wat voor pijn is het u zegt echt een drukkende pijn hè

Op de vraag waar er sprake is van uitstraling (kaak, arm of rug) geeft de beller zo veel extra informatie dat de werkelijk relevante informatie ondergesneeuwd raakt en de triagist relevante uitspraken van niet relevante moet proberen te scheiden.

Deze drie voorbeelden laten zien welke vragen effectief en welke minder effectief zijn. Wanneer de triagist bij het stellen van vragen tijdens triagegesprekken alleen zou proberen de punten uit de NTS af te handelen, kan dit ook negatieve effecten hebben en leiden tot het verkeerd interpreteren of missen van informatie.
Voorbeeld 4:

- T: Heeft u ook koorts gekregen of niet
- P: Nee, nog niet opgenomen.
- T: Ok geen koorts en u heeft geen medicijnen gekregen

De NTS vraagt om een antwoord op de vraag of de patiënt koorts heeft of niet (ja of nee). De triagist interpreteert hier het antwoord 'nee, nog niet opgenomen' ten onrechte als 'nee, de patiënt heeft geen koorts'. Een goede communicatieve techniek zou dan een vervolgvraag vereisen, zoals 'Maar *voelt* u zich koortsig?' Het gebruik van 'of-vragen' is dus weliswaar effectief, maar er kunnen toch relevante aspecten gemist worden als de nadruk meer komt te liggen op het afhandelen van NTS-punten dan op het inwinnen van informatie.

BESCHOUWING

Het gebruik van de NTS bij triagegesprekken bevordert een goede verslaglegging en kan bij gebruik van een juiste vraagtechniek effectief zijn bij het bepalen van de urgentie. Voor triagisten is het raadzaam om het aantal aangeboden opties bij meerkeuzevragen te beperken, aangezien dit type 'of-vragen' er het meest toe leidt dat de beller extra informatie geeft. Op beslissingsmomenten in de NTS is het raadzaam gebruik te maken van tag-questions, die doorgaans tot eenduidige ant-

Veiligheid en doelmatigheid van triage worden niet alleen bepaald door de vragen die triagisten stellen. Foto: iStock

woorden leiden. Om een completer beeld te verkrijgen is het echter belangrijk om ook andere communicatieve technieken en vaardigheden in te zetten. Wanneer triagisten binnen het kader van de NTS ook open vragen stellen, kunnen ze aanvullende relevante informatie verkrijgen.
Beide gesprekstechnieken, het gebruik van de NTS en andere communicatieve technieken, en een effectieve afwisseling ervan binnen het triagegesprek, zijn te trainen. Het is aan te bevelen om triagisten een aanvullende communicatietraining te geven, gebaseerd op nauwkeurige analyses van vraag-antwoordstructuren, die hen bewust maakt van het effect dat hun vraagstelling heeft op de informatie die bellers hen geven. Een dergelijke aanvullende training zou deel kunnen uitmaken van het vijfjaarlijkse nascholingstraject voor herregistratie. Dit zou de kwaliteit van de communicatie bij triage kunnen vergroten en deze zowel veiliger als efficiënter kunnen maken.
De stichting Primair Huisartsenposten is een samenwerkingsverband van huisartsenposten in Midden-Nederland. Omdat taal en communicatie per regio verschillen, kan een analyse van triagegesprekken van huisartsenposten uit andere delen van Nederland een toegevoegde waarde hebben.

CONCLUSIE

'Of-vragen' kunnen tijdens triagegesprekken een efficiënt middel zijn bij het bepalen van urgentie. Ze kunnen echter ook leiden tot het missen van relevante informatie, wat een ongunstige invloed op de urgentiebepaling kan hebben. Een correct gebruik van 'of-vragen' kan bevorderd worden wanneer triagisten beperkt gebruikmaken van opties in meerkeuzevragen en vragen verhelderen, en door hen te trainen in het gebruik van 'of-vragen'. ■

LITERATUUR

1. Huibers L, Smits M, Wensing M, Giesen P. Veiligheid en doelmatigheid van telefonische triage op de Nederlandse huisartsenpost. Tijdschr Gezondheidswet 2016;94:296-9.
2. Heritage J, Clayman S. Talk in action: interactions, identities, and institutions. Chichester: John Wiley & Sons, 2011.
3. Jaarverslagen Stichting Primair Huisartsenposten 2011-2016. www.primair-hap.nl/over-primair-huisartsenposten/jaarverslag.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Vinck VV, De Groot E, Wouters LTCM, Rutten FH, Damoiseaux RAMJ, Van Charldorp TC, Zwart DLM. Een conversatieanalyse van triagegesprekken. Huisarts Wet 2018;61(6):24-7. DOI:10.1007/s12445-018-0150-z.

Universiteit Utrecht, Talen, Literatuur & Communicatie, Utrecht: V.V. Vinck, onderzoekstagiaire, v.v.vinck@gmail.com; dr. T.C. Charldorp, universitair docent taal & communicatie. Julius Centrum UMC Utrecht, Afdeling huisartsgeneeskunde, Utrecht: dr. E. de Groot, assistant professor; L.T.C.M. Wouters, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker; dr. F.H. Rutten, associate professor Huisartsgeneeskunde; prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. D.L.M. Zwart, associate professor huisartsgeneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Triage op de post: tijd voor actieve bemoeienis van de huisarts

Markus Kruyswijk

Als het gaat over de huisartsenspoedzorg hebben maar weinig onderwerpen de tongen van huisartsen zó losgemaakt als triage, en dan vooral de rol van de Nederlandse Triage Standaard daarbij. Veel patiënten zouden een te hoog urgentieniveau toegewezen krijgen. Hierdoor neemt de werkdruk toe, met mogelijk repercussies voor de patiëntveiligheid.

Onder huisartsen leeft het idee dat patiënten die een beroep doen op de spoedzorg een te hoge urgentie krijgen toebedeeld doordat de Nederlandse Triage Standaard (NTS) te defensief van karakter is.[1] Uit de benchmarkcijfers van InEen, de brancheorganisatie van onder meer huisartsenposten, blijkt dat het aandeel U2-zorgtoewijzingen in de periode 2012-2016 van 9% naar 16% is gestegen.[2] Bij InEen, LHV en VPHuisartsen melden zich huisartsen die zich zorgen maken over de toenemende werkdruk.
Deze ontwikkeling heeft geleid tot twee verkennende onderzoeken. Ten eerste doen LHV, VPHuisartsen en InEen binnen het project Werkdruk in de ANW onderzoek naar de factoren die bij de toegenomen werkdruk een rol spelen en de mogelijke tegenmaatregelen. De opbrengst is onder meer een webbased toolkit, die alle bestaande, lopende en nieuwe initiatieven in het land ter verbetering van de werkdruk bevat.[3] Ten tweede zijn NHG, InEen en de stichting NTS het project Grip op triage gestart, dat de ontstane problematiek rond de triage in kaart moet brengen.[4] Daarbij onderscheiden de onderzoekers vier factoren:

Gebleken is dat instructies aan triagisten niet overal in het land dezelfde zijn. Foto: Margot Scheerder

1. *De inhoud van de NTS*. Zijn de uitvraagprotocollen voldoende onderscheidend? Zijn ze niet te veilig? Hebben veranderingen in de NTS de stijging van het aantal hoge urgentietoewijzingen veroorzaakt? Het NIVEL heeft een analyse gemaakt van de extracties van de posten, waaruit blijkt dat de stijging *niet* toe te schrijven is aan veranderingen binnen de NTS. Daarvoor is de stijging te algemeen.

Een goede, veilige, maar ook doelmatige triage is in ieders belang

De grootste stijging is te zien bij 'buikpijn volwassene', 'pijn thorax', 'neurologische uitval' en 'kortademigheid'. Bij ingangsklachten als 'buikpijn volwassene' en 'kortademigheid' is sprake van een opvallend grote spreiding tussen de huisartsenposten.[5] Er is meer onderzoek nodig, waaronder in elk geval een grondige validering van de NTS.[6,7]

2. *Het gebruik van de NTS door triagisten*. Gebleken is dat de instructies aan triagisten niet overal in het land dezelfde zijn. Een voorbeeld: mag een triagist 'ABCD veilig' aanvinken zonder alle criteria expliciet te hebben uitgevraagd, of is contextueel checken voldoende? Of: mogen triagisten het triagegesprek intuïtief voeren en de NTS daarbij als hulpmiddel gebruiken, of moeten ze de uitvraagprotocollen letterlijk volgen? De stichting NTS, de scholingsbedrijven en auditoren proberen hier meer eenheid in brengen aan de hand van een door de stichting NTS geproduceerd visiedocument.[8]
3. *Huisartsenpostgebonden factoren*. Hoe beïnvloedt de werkdruk de triage? Wat is de invloed van managementtools als de kernset, waarmee de kwaliteit van triagegesprekken periodiek wordt geëvalueerd? Wat is de rol van het toezicht door IGJ, bijvoorbeeld wanneer er sprake is geweest van een calamiteit?
4. *Maatschappelijke ontwikkelingen*. Denk hierbij aan de verwachting van patiënten om 24/7 geholpen te kunnen worden, maar ook aan de veranderingen in de ouderenzorg, waardoor oudere mensen met soms zeer complexe problemen langer thuis wonen. Dit zijn werkdrukverhogende factoren die niet met de triagesystematiek te maken hebben.

De huisartsenspoedzorg staat voor de nodige uitdagingen, waarbij voorop moet staan dat de patiënt de juiste zorg krijgt en de huisarts voldoende ruimte houdt om die zorg te leveren. Triage is een belangrijk onderdeel van de spoedzorg, en het is belangrijk dat huisartsen die aan het verbeteren van de triage willen bijdragen daarvoor binnen de huisartsenpost de ruimte krijgen en nemen. Huisartsenposten bieden die ruimte graag: een goede, veilige maar ook doelmatige triage is in ieders belang en vraagt om een gezamenlijke inzet. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat ook huisartsen zich actief bemoeien met de triage en de bijbehorende werkprocessen. ■

LITERATUUR

1. Keizer E, Maassen I, Smits M, Wensing M, Giesen P. Reducing the use of out-of-hours primary care services: a survey among Dutch general practitioners. Eur J Gen Pract 2016;3:189-95.
2. InEen. Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015. Utrecht: InEen, 2017.
3. InEen, LHV, VPHuisartsen. ANW Oplossingen uit de praktijk (intern document). Utrecht: InEen, LHV, VPHuisartsen, 2016.
4. Van der Es L, Kruyswijk M. Concept plan van aanpak 'Grip op Triage' (intern document). Utrecht: InEen, NHG, Stichting NTS, 2016.
5. Smits M, Verheij R. Veranderingen in de urgentie van contacten met de huisartsenpost 2013-2016. Utrecht: NIVEL, 2016.
6. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. Emerg Med J 2017;34:703-10.
7. Wouters LT, Rutten FH, Zwart DL. Adequate validatie van triagesystemen ontbreekt. Huisarts Wet 2018;61(6):DOI:10.1007/s12445-018-0157-5.
8. Stichting NTS. Visie en werkwijze NTS (intern document). Utrecht: Stichting NTS, 2017.

Kruyswijk M. Triage op de post: tijd voor actieve bemoeienis van de huisarts. Huisarts Wet 2018;61(6):27-8. DOI:10.1007/s12445-018-0159-3.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Implementatie: Markus Kruyswijk, huisarts, portefeuillehouder spoedzorg NHG, m.kruyswijk@nhg.org.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost

Martijn Rutten, Paul Giesen

Inleiding Bij letsels van het bewegingsapparaat kan een röntgenfoto een fractuur helpen uitsluiten. Overdag kunnen huisartsen die foto aanvragen en hoeven ze alleen bij afwijkingen naar de SEH te verwijzen. Op de huisartsenpost kan dit doorgaans niet en worden alle patiënten verwezen, wat leidt tot onnodige diagnostiek en drukte op de SEH. Wij vergeleken huisartsenposten die toegang hadden tot röntgenonderzoek hadden met posten die dat niet hadden.

Methode Prospectief observationeel dossieronderzoek onder patiënten verwezen voor conventionele röntgendiagnostiek in de periode april 2014 tot en met oktober 2015. Zes huisartsenposten participeerden: twee zonder, drie met beperkte en één met volledige toegang tot röntgendiagnostiek.

Resultaten We includeerden 657 patiënten: 232 (35%) op twee huisartsenposten zonder toegang tot röntgendiagnostiek, 307 (47%) op posten met beperkte toegang en 118 (18%) op een post met volledige toegang. De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, 56% was vrouw en 91% had letsel aan een extremiteit; 85% had een medische indicatie voor het röntgenonderzoek en bij 66% schatte de aanvrager de kans op een fractuur hoog in. Bij 51% van de patiënten die verwezen waren door een huisartsenpost zonder radiodiagnostiek werd uiteindelijk een radiologische afwijking aangetroffen, bij posten met radiodiagnostiek was dit 35% en was het aantal verwijzingen naar de SEH 60% lager.

Conclusie Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost heeft een duidelijke meerwaarde. De dienstdoend artsen gebruiken de mogelijkheid adequaat en kunnen hun poortwachterfunctie beter vervullen. Dat zorgt voor minder verwijzingen naar de SEH en in samenhang daarmee waarschijnlijk voor minder kosten en kortere wachttijden.

INLEIDING

Huisartsen zien veel patiënten met letsels van het bewegingsapparaat, waarvan de meeste buiten kantoortijd.[1] Een röntgenfoto kan nuttig zijn om een fractuur uit te sluiten, maar op de huisartsenpost heeft de dienstdoende huisarts doorgaans geen mogelijkheid tot het aanvragen van röntgendiagnostiek.[2-3] Daarom moet de huisartsenpost patiënten met een mogelijke fractuur meestal naar de Spoedeisende hulp (SEH) verwijzen. Daar blijkt de helft van de aldus verwezen zelfverwijzers een fractuur of luxatie te hebben.[4] Deze werkwijze zorgt voor doublures in onderzoek, langere wachttijden en aanspreken van het eigen risico, en is minder efficiënt, patiëntvriendelijk en kosteneffectief.[5] Bovendien veroorzaakt het onnodige belasting van de SEH.

Naar verwachting daalt het aantal verwijzingen naar de SEH als huisartsenposten de beschikking hebben over röntgendiagnostiek. In een aantal regio's hebben huisartsenposten die mogelijkheid al.[2-3] Wij onderzochten welke effecten dat heeft op de geboden zorg en de patiëntenstromen. We vergeleken de indicaties en uitkomsten van het aangevraagde röntgenonderzoek op huisartsenposten die dat onderzoek in eigen beheer konden doen en huisartsenposten die die mogelijkheid niet hadden.

METHODE

In dit prospectieve observationele dossieronderzoek analyseerden we alle patiënten op zes huisartsenposten bij wie conventionele röntgendiagnostiek was uitgevoerd. Voor wat betreft de toegang tot röntgendiagnostiek vielen de huisartsenposten in drie categorieën: volledige toegang (een post), beperkte toegang (drie posten) of geen toegang (twee posten). Het onderzoek werd in fasen uitgevoerd van april 2014 tot en met oktober 2015.

We vroegen de huisartsen op de huisartsenpost alle patiënten te includeren die zij verwezen voor röntgendiagnostiek en voorafgaand aan die aanvraag de indicatie te noteren (medisch, wens van de patiënt of gemengd) en hun inschatting van de fractuurkans (hoog of laag). Vervolgens beoordeelden we de geanonimiseerde dossiers van de patiënten op de huisartsenpost en eventueel de SEH. Patiënten met een onvolledige toestemmingsverklaring werden geëxcludeerd.

RESULTATEN

We geven hier alleen de voornaamste resultaten weer; voor verdere uitdieping verwijzen we naar onze oorspronkelijke publicatie.[6]

Tabel 1

Patiënten met een mogelijke fractuur op de huisartsenpost: indicatiestelling voor röntgenonderzoek, inschatting van de kans op radiologische afwijkingen ('fractuurrisico') en uiteindelijke diagnose

	Geen toegang	Beperkte toegang	Volledige toegang	Totaal
Indicatie	n = 227	n = 306	n = 118	n = 651
medisch	81,5 (185)	85,6 (262)	87,3 (103)	84,5 (550)
wens van de patiënt	4,4 (10)	3,9 (12)	5,1 (6)	4,3 (28)
gemengd	14,1 (32)	10,5 (32)	7,6 (9)	11,2 (73)
Fractuurrisico	n = 233	n = 304	n = 118	n = 645
laag	31,8 (71)	31,9 (97)	44,9 (53)	34,3 (221)
hoog	68,2 (152)	68,1 (207)	55,1 (65)	65,7 (424)
Uiteindelijke diagnose*	n = 226	n = 307	n = 118	n = 651
fractuur	46,9 (106)	33,6 (103)	33,9 (40)	38,2 (249)
luxatie	4,4 (10)	1,0 (3)	0,8 (1)	2,2 (14)
distorsie of contusie	45,6 (103)	64,5 (198)	65,3 (77)	58,1 (378)
anders	3,1 (7)	1,0 (3)	0,0 (0)	1,5 (10)

Alle getallen zijn % (n), tenzij anders aangegeven. * $p < 0,05$.

Wij includeerden in totaal 657 patiënten: 232 (35%) op een huisartsenpost zonder toegang tot röntgendiagnostiek, 307 (47%) op een huisartsenpost met beperkte toegang en 118 (18%) op een huisartsenpost met volledige toegang. De gemiddelde leeftijd was 31,3 jaar (SD 22,16), 56% was vrouw. Meer dan de helft had het letsel thuis (28,8%) of bij het sporten (27%) opgelopen. Bij 91% van de patiënten waren de extremiteiten aangedaan, bij 75% de distale extremiteiten (hand, pols, voet of enkel).

Huisartsenpost: indicatiestelling en inschatting

[**Tabel 1**] geeft een overzicht van de aard van de indicatie, hoe groot de dienstdoend arts de kans op radiologische afwijkingen inschatte en wat de uiteindelijke diagnose was. Voor 85% van de patiënten werd het röntgenonderzoek aangevraagd op medische indicatie, bij 66% achtte de aanvrager de kans groot dat daarbij afwijkingen zouden worden gevonden. Er waren op dit gebied geen significante verschillen tussen de verschillende toegangscategorieën.

Uiteindelijk bleken 263 patiënten (40%) een radiologische afwijking (fractuur of luxatie) te hebben. Bij huisartsenposten zonder toegang tot röntgendiagnostiek lag dit percentage significant hoger (51,3%) dan bij huisartsenposten met beperkte (34,6%) of volledige toegang (34,7%).

Van de patiënten bij wie de aanvrager de kans hoog inschatte, had 48,8% daadwerkelijk een fractuur of luxatie, bij degenen voor wie de aanvrager de kans laag inschatte was dit 24,4%. Andersom: van de patiënten die daadwerkelijk een fractuur of luxatie hadden, had 79% volgens de aanvragers grote kans op een radiologische afwijking en had 88% een medische indicatie. Van de 28 patiënten (4%) bij wie de röntgenfoto op eigen verzoek vervaardigd was (indicatie patiëntwens) bleken er 9 (32,1%) inderdaad een fractuur te hebben.

SEH: verwijzingen, diagnose en follow-up

De dienstdoend artsen op de huisartsenpost verwezen in totaal 391 patiënten (60%) naar de SEH [**tabel 2**]. Bij de huisartsenposten zonder toegang tot röntgendiagnostiek werden alle 226 patiënten verwezen, bij de posten met beperkte of volledige toegang werden significant minder patiënten verwezen, respectievelijk 118 (38%) en 47 (40%). De patiënten die door laatstgenoemde huisartsenposten verwezen waren, moesten significant vaker daadwerkelijk behandeld worden op de SEH dan patiënten die verwezen waren door huisartsenposten zonder toegang tot röntgendiagnostiek.

WAT IS BEKEND?

- Overdag kan de huisarts röntgendiagnostiek aanvragen ter uitsluiting van fracturen; alleen bij afwijkingen wordt naar de SEH verwezen.
- Het merendeel van de huisartsenposten heeft geen toegang tot röntgendiagnostiek en moet patiënten naar de SEH verwijzen.
- Niet-noodzakelijke zorg op de SEH zorgt voor onnodige druk op de zorg en hogere kosten voor patiënt en maatschappij.

WAT IS NIEUW?

- Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost verlaagt het aantal verwijzingen naar de SEH.
- Bij de meeste patiënten voor wie een röntgenfoto wordt aangevraagd is er een medische indicatie (85%) en een sterk vermoeden op een fractuur of luxatie (66%).
- Huisartsen die geen toegang hebben tot röntgendiagnostiek zijn mogelijk restrictiever met het inzetten daarvan dan huisartsen die wel toegang hebben.

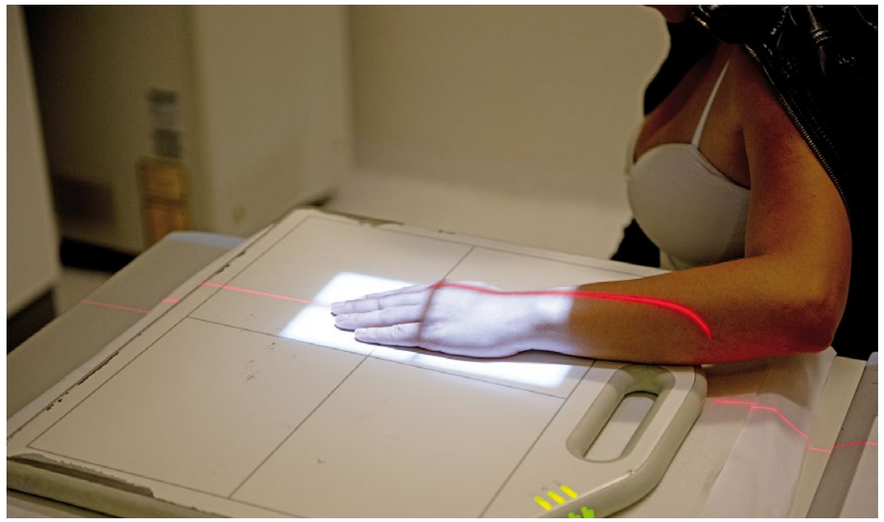
BESCHOUWING

Belangrijkste bevindingen

Patiënten voor wie op de huisartsenpost röntgendiagnostiek wordt aangevraagd, zijn vaak jong, vrouw en hebben letsels van de extremiteiten. Het onderzoek wordt doorgaans aangevraagd op medische indicatie en bij een sterk vermoeden van afwijkingen. Bij patiënten van huisartsenposten die geen toegang hadden tot röntgendiagnostiek werden significant vaker radiologische afwijkingen gevonden dan bij patiënten van posten die wel toegang hadden tot zulke diagnostiek, zonder dat er verschil was in indicatiestelling of inschatting van het fractuurrisico. Huisartsenposten die toegang hadden tot röntgendiagnostiek verwezen significant minder vaak naar de SEH.

Vergelijking met literatuur

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen restrictiever omgaan met aanvullende diagnostiek dan professionals op de SEH.[7-10] In een Nederlands onderzoek op een SEH bleek dat 41% van de patiënten die vanuit een huisartsenpost zonder toegang tot röntgendiagnostiek verwezen waren, daadwerkelijk een fractuur had.[8] In ons onderzoek was dit gemiddeld 40% voor de hele onderzoekspopulatie, een vergelijkbare uitkomst. Het percentage aangetroffen afwijkingen was echter significant lager in huisartsenposten die toegang hadden tot röntgendiagnostiek, zonder dat de indicatiestelling of risico-inschatting verschilden.



Het aantal gemiste fracturen op de huisartsenpost is niet bekend. Foto: Hollandse Hoogte, Robin Utrecht

De helft van de verwezen patiënten blijkt op de SEH inderdaad een fractuur of luxatie te hebben

Wij vermoeden dat huisartsen die geen toegang hebben tot röntgendiagnostiek een drempel ervaren om te verwijzen naar de SEH. Röntgendiagnostiek moet niet te laagdrempelig worden ingezet, maar er is een redelijke kans dat huisartsen die geen toegang hebben tot röntgendiagnostiek wel erg restrictief

Tabel 2

Verwijzing en diagnose op de SEH

	Geen toegang (n = 226)	Beperkte toegang (n = 307)	Volledige toegang (n = 119)	Totaal
Verwezen naar de SEH*	100 (226)	38 (118)	39,8 (47)	60,5 (391)
Diagnose op de SEH*				
fractuur	46,9 (106)	87,3 (103)	85,1 (40)	63,7 (249)
luxatie	4,4 (10)	2,5 (3)	2,1 (1)	3,6 (14)
distorsie of contusie	45,6 (103)	7,7 (9)	13,8 (6)	30,2 (118)
anders	3,1 (7)	2,5 (3)	0,0 (0)	2,5 (10)

Alle getallen zijn % (n), tenzij anders aangegeven. * $p < 0,05$.

zijn met verwijzen en daardoor relevante letsels missen. Het aantal gemiste fracturen op de huisartsenpost is helaas niet bekend.
Huisartsenposten die toegang hebben tot röntgendiagnostiek verwijzen significant minder patiënten naar de SEH dan posten die die toegang niet hebben (40% versus 100% bij vergelijkbare indicaties). Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost zorgt dus voor minder verwijzingen naar de SEH. Zo wordt de SEH ontlast, hoeft de patiënt het eigen risico niet aan te spreken en wordt ook diens verblijfsduur verkort.[10-11]

Veel verwijzingen leiden tot onnodig onderzoek, langere wachttijden en nodeloos aanspreken van het eigen risico

Aanbevelingen
Röntgendiagnostiek op de huisartsenpost heeft meerwaarde voor de patiënt en de arts, en zorgt voor een efficiëntere werkwijze met minder onnodige verwijzingen. Wij pleiten er dan ook voor alle posten rechtstreeks toegang te geven tot röntgenfaciliteiten. We vermoeden ook een gunstig effect op de kosten, verblijfsduur, patiëntervaringen en drukte op de SEH, maar dat zal nader moeten worden onderzocht.
Ons onderzoek laat – niet voor de eerste keer – zien dat huisartsen restrictief omgaan met diagnostiek. Om onnodige röntgendiagnostiek te voorkomen is het aan te raden scholingen te ontwikkelen voor huisartsen (in opleiding) over de inzet van radiodiagnostiek. Als radiologische afwijkingen op de huisartsenpost kunnen worden uitgesloten, zal dat de druk op de huisartsenpost vergroten omdat er meer patiënten in de eerste lijn blijven. Om die druk niet groter te maken dan strikt noodzakelijk zou men deze patiënten een standaard (schriftelijke) instructie kunnen meegeven over de behandeling en over eventuele nazorg in de dagpraktijk.

CONCLUSIE
Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost heeft meerwaarde. De dienstdoende huisartsen benutten de mogelijkheid adequaat, doorgaans op medische indicatie en bij een sterk vermoeden van afwijkingen. De mogelijkheid tot röntgendiagnostiek stelt de huisarts beter in staat zijn poortwachterfunctie te vervullen en vermindert het aantal verwijzingen naar de SEH. De effecten op kosten, wachttijden, patiëntervaringen en drukte op de SEH zijn thema voor verder onderzoek. ■

LITERATUUR

1. Van de Lisdonk EH, Bosch WJ, Lagro-Janssen AL, Schers HJ. Ziekten in de huisartsenpraktijk. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2008.
2. Schols AM, Stevens F, Zeijen CG, Dinant GJ, Van Vugt C, Cals JW. Access to diagnostic tests during GP out-of-hours care: A cross-sectional study of all GP out-of-hours services in the Netherlands. Eur J Gen Pract 2016;22:176-81.
3. Rutten M, Cals J, Zeelen M, Giesen P. Geef huisartsenpost toegang tot radiologie. Medisch Contact, 20 oktober 2016.
4. Rutten M, Vrielink F, Smits M, Giesen P. Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency-care-access-points in the Netherlands. BMC Fam Pract 2017;18:62.
5. Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. Emerg Med Int 2013;2013:364-659.
6. Rutten MH, Smits M, Peters YA, Assendelft WJ, Westert GP, Giesen PH. Effects of access to radiology in out-of-hours primary care in the Netherlands: a prospective observational study. Fam Pract 2017 Sep 28. [Epub ahead of print].
7. Ramlakhan S, Mason S, O'Keeffe C, Ramtahal A, Ablard S. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. Emerg Med J 2016;33:495-503.
8. Moll van Charante EP, Van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. BMC Fam Pract 2007;8:46.
9. Jimenez S, de la Red G, Miro O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Effect of the incorporation of a general practitioner on emergency department effectiveness [Article in Spanish]. Med Clin (Barc) 2005;125:132-7.
10. Boeke AJ, Van Randwijck-Jacobze ME, De Lange-Klerk EM, Grol SM, Kramer MH, Van der Horst HE. Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. Br J Gen Pract 2010;60:e378-84.
11. Thijssen WA, Kraaijvanger N, Barten DG, Boerma ML, Giesen P, Wensing M. Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multicenter study. BMC Health Serv Res 2016;16:149.

Rutten MH, Giesen PH. Toegang tot rôntgendiagnostiek op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2018;61(6):30-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0166-4.

Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: M.H. Rutten, huisarts, senior-onderzoeker, Martijn.rutten@radboudumc.nl; dr. P. Giesen, huisarts, senior-onderzoeker

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerking van Rutten MH, Smits M, Peters YA, Assendelft WJ, Westert GP, Giesen PH. Effects of access to radiology in out-of-hours primary care in the Netherlands: a prospective observational study. Fam Pract 2017 Sep 28. [Epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming.

Hoe schaarste tot innovatie leidt

Arjan Munneke

Elders in dit nummer beschrijft Rutten de voordelen van toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost (HAP).[1] HAP's die toegang hadden tot röntgendiagnostiek, verwezen 40% van de patiënten met een mogelijke fractuur naar de SEH; voor HAP's zonder die toegang was dat 100%. Prachtige resultaten. Maar wat doe je als radiologie of een radioloog niet op elk uur van de dag beschikbaar is? In Zeeuws-Vlaanderen beoordeelt de dienstdoende huisarts zelf de foto's.

Röntgendiagnostiek op de HAP reduceert het aantal verwijzingen naar de SEH en vergroot de patiënttevredenheid. Foto: Shutterstock

Zeeuws-Vlaanderen is een dunbevolkte regio, met een huisartsenpost (HAP) bij het ziekenhuis in Terneuzen. De spoedeisende hulp (SEH) aldaar ontvangt alleen patiënten op verwijzing, dus praktisch alle spoedgevallen komen op de HAP terecht. Specialisten zijn in ANW-uren niet altijd aanwezig, de radioloog ook niet. In het eerste jaar van de huisartsenpost kozen de artsen er daarom vaak voor het röntgenonderzoek uit te stellen tot kantoortijd. Dat jaar kwamen er zo'n vijftig klachten over gemiste fracturen. Er waren creatieve oplossingen nodig om dit aantal terug te dringen. In 2003 besloten de huisartsen en radiologen gezamenlijk tot een innovatie: de huisartsen gingen zelf röntgenfoto's beoordelen. Er werd een röntgenprotocol opgesteld en een radioloog verzorgde een avond 'breukenscholing' voor de huisartsen om hun expertise te vergroten.

HET NIEUWE RÖNTGENPROTOCOL
De werkwijze sindsdien is als volgt. De dienstdoende huisarts op de HAP verwijst patiënten met een klinisch duidelijke fractuur rechtstreeks naar de SEH; in ANW-uren kan de huisarts bij twijfel röntgenonderzoek van de extremiteiten aanvragen. De röntgenlaborant maakt dan de foto en stuurt deze naar de HAP, waar de huisarts de foto beoordeelt in het kader van het klinische beeld. De patiënt krijgt een brief met informatie over het voorlopige karakter van deze beoordeling en het advies de volgende dag contact op te nemen met de eigen huisarts voor een definitief verslag.
Sinds het protocol in 2003 werd ingevoerd, is het aantal klachten over gemiste fracturen flink gedaald. In januari 2018 is aan vijftig huisartsen in Zeeuws-Vlaanderen een digitale enquête gestuurd over hun ervaringen. Van de 33 respondenten (66%) maakten er 29 (88%) regelmatig gebruik van de mogelijkheid om tijdens HAP-uren een röntgenfoto zelf te beoordelen. Te berekenen valt dat de huisartsen in de afgelopen 15 jaar een kleine 7000 röntgenfoto's beoordeeld hebben, waarvan er 20 (0,28%) achteraf fout beoordeeld bleken. De radiologen bevestigen dat de fracturen die de dienstdoende arts over het hoofd zag bijna altijd kleine fissuren waren die geen consequenties hadden voor de behandeling op dat moment. Het lijkt er dus op dat huisartsen veilig zelf röntgenfoto's van extremiteiten kunnen beoordelen. Van de 33 respondenten wilden er 22 (67%) doorgaan met deze werkwijze.

BESCHOUWING
Slechts één op de vijf huisartsenposten in Nederland kan in in eigen beheer radiologisch onderzoek laten uitvoeren.[2] Nu is niet alleen gebleken dat röntgendiagnostiek op de HAP het aantal verwijzingen naar de SEH reduceert, maar ook dat het veilig, goedkoop en goed kan worden uitgevoerd door huisartsen en dat het de patiënttevredenheid vergroot – mede vanwege de korte wachttijden.[3,4]
Zoals Rutten stelt, kan röntgendiagnostiek op de HAP de huisarts helpen zijn poortwachterfunctie beter te vervullen. Voordeel van de werkwijze in Zeeuws-Vlaanderen is dat de huisarts de patiënt zelf heeft gezien en de foto kan beoordelen aan de hand van het klinische beeld. Extra scholing is daarvoor aan te raden, ook al hebben de meeste huisartsen tijdens hun klinische stages wel geleerd foto's te beoordelen. Onze enquête was slechts een eerste oriëntatie; verder onderzoek naar de indicaties, het percentage fracturen en het percentage gemiste fracturen is gewenst. ■

LITERATUUR

1. Rutten MH, Giesen PH. Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2018;61(6). DOI:10.1007/s12445-018-0166-4.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Munneke HJ. Hoe schaarste tot innovatie leidt. Huisarts Wet 2018;61(6):34. DOI: 10.1007/s12445-018-0171-7.

HuisartsenCentrum Zuid, Terneuzen: H.J. Munneke, huisarts, a.munneke@nucleuszorg.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoe zorg je ervoor dat ze adequatere keuzes maken?

Drukte op de HAP door ouders met jonge kinderen

Ellen Keizer, Marie-Jeanne Giesen, Julia van de Pol, Joris Knoben, Michel Wensing, Paul Giesen

Inleiding Ouders met kinderen tussen 0 en 4 jaar doen relatief vaak een beroep op de huisartsenpost (HAP), en niet altijd met medisch noodzakelijke klachten. Wij onderzochten een aantal strategieën om hun zorgkeuze zo te beïnvloeden dat de werkdruk en de kosten op de HAP niet te hoog worden.

Methode In de periode 2013-2015 stuurden we in vier Oost-Nederlandse huisartsenpraktijken vragenlijsten naar alle daar ingeschreven gezinnen met kinderen tussen 0 en 4 jaar (n = 797). We beschreven vier schriftelijke casussen – twee urgente en twee niet-urgente – in willekeurige combinatie met vier 'vraagbeheersingsstrategieën': een afspraak met de eigen huisarts de volgende ochtend, een eigen bijdrage, online advies, en inzicht in de kosten. Elk gezin ontving een vragenlijst met drie casussen die een strategie bevatten en één referentiecasus zonder strategie. Met logistische regressieanalyse testten we in hoeverre de toegevoegde strategieën de keuzes van de respondenten beïnvloedden.

Resultaten We ontvingen 377 vragenlijsten retour (respons 47,3%). 'Online advies' leidde zowel bij de niet-urgente (OR 0,26; 95%-BI 0,11 tot 0,58) als bij de urgente casussen (OR 0,16; 95%-BI 0,08 tot 0,32) tot een adequatere zorgkeuze. Ook 'inzicht in de kosten' (OR 0,59; 95%-BI 0,38 tot 0,92) en 'afspraak de volgende ochtend' (OR 0,57; 95%-BI 0,34 tot 0,97) verbeterden de zorgkeuze, maar alleen bij urgente casussen. 'Eigen bijdrage' had geen invloed op de zorgkeuze.

Conclusie Online advies kan in potentie het onnodig gebruik van huisartsenzorg buiten kantoortijd verminderen en een adequate zorgkeuze in urgente situaties juist bevorderen. Het gebruik van gevalideerde online tools zou gestimuleerd moeten worden.

WAT IS BEKEND?

- Een aanzienlijk deel van zorgvraag op de HAP betreft niet-urgente klachten.
- Ouders met jonge kinderen bezoeken de HAP het vaakst voor niet-urgente klachten.
- Kinderen met koorts roepen bij ouders vaak onzekerheid op en vormen een grote werkbelasting op de HAP.

WAT IS NIEUW?

- Online advies via een app of Thuisarts.nl kan onnodig gebruik van huisartsenzorg buiten kantoortijd terugdringen en een adequate keuze in urgente situaties bevorderen.
- Een eigen bijdrage voor de HAP heeft geen invloed op de zorgkeuze van ouders met jonge kinderen.

INLEIDING

Ongeveer de helft van de hulpvragen op de huisartsenpost (HAP) heeft urgentieniveau U4 of U5, klachten die – strikt medisch gezien – zouden kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts of met zelfzorg zouden zijn op te lossen.[1] Op de HAP verhogen zulke niet-urgente klachten de werkdruk, die toch al hoog is, en ze zijn slecht voor de motivatie van triagisten en huisartsen.[2,3] Er is dus reden om te proberen het aantal niet-urgente klachten terug te dringen.
De groep die het vaakst met een niet-urgente klacht naar de HAP komt, zijn ouders met kinderen tussen 0 en 4 jaar.[4] Het zijn daarbij vaak de contacten voor koorts die de werkdruk verhogen.[5] Je kunt het beroep dat deze ouders op de HAP doen op verschillende manieren proberen te verminderen, maar zulke strategieën mogen dat effect natuurlijk niet hebben wanneer een klacht wél urgent is. Wij onderzochten welke strategieën ouders met jonge kinderen stimuleren contact te zoeken bij urgente klachten en welke strategieën ouders ervan weerhouden contact te zoeken als de klacht niet urgent is.

METHODE

Opzet en deelnemers

Dit was een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek in vier huisartsenpraktijken in Oost-Nederland, zowel plattelands- als stedelijke praktijken. In de periode 2013-2015 stuurden we aan alle 797 daar ingeschreven families met kinderen in de leeftijd tussen 0 en 4 jaar een vragenlijst. De lijst, die we in een aantal ronden ontwikkeld hadden in samenspraak met medische professionals, bevatte vragen over de achtergrond van de patiënt, gevolgd door een serie vragen aan de hand van vier schriftelijke casussen. We testten daarmee een viertal strategieën [**kader**].
Naast deze vier strategieën beschreven we vier veelvoorkomende casussen, twee urgente en twee niet-urgente, afkomstig uit eerder onderzoek [**kader**].[6] Een panel van drie triagisten en drie huisartsen bepaalde voor elke casus de beste keuze [**tabel 1**].
We combineerden de strategieën en casussen tot in totaal zestien mogelijke scenario's, met vier bijpassende vragenlijsten. Elke familie ontving een willekeurige vragenlijst met drie bijpassende scenario's – met drie verschillende strategieën – plus één referentiescenario (casus zonder strategie). We vroegen de ouders bij elke casus welke zorgkeuze zij zouden maken en vergeleken het antwoord met onze *expert opinion*.

NIET-URGENTE CASUSSEN

- **Knikker.** Uw kind van 3 jaar heeft een knikker ingeslikt. Uw kind geeft geen pijn aan, is niet misselijk en hoest niet. Uw kind heeft geen medische problemen en gebruikt geen medicijnen. Het is zaterdagmiddag en uw eigen huisarts is niet beschikbaar.
- **Oorpijn.** Uw kind van 4 jaar heeft sinds gisteravond last van oorpijn. Uw kind heeft geen koorts, maar wel een verkoudheid (loopneus en hoesten), is alert en heeft geen andere klachten. De temperatuur van uw kind is 36,7 °C. Het is woensdagavond 20:00 uur en u kunt uw eigen huisarts niet meer bereiken.

URGENTE CASUSSEN

- **Koorts.** Uw kind van 8 maanden heeft koorts. Vorige week was uw kind verkouden, het had koorts en een lelijke hoest. Uw kind leek op te knappen maar de koorts is teruggekomen (39,1 °C). Uw kind drinkt matig en hoest nog steeds. Het is dinsdagavond 19:00 uur en u kunt uw eigen huisarts niet meer bereiken.
- **Diarree.** Uw kind van 18 maanden is al twee dagen niet lekker. Het geeft aan dat het buikpijn heeft, braakt en heeft waterdunne diarree. U maakt zich zorgen omdat uw kind slecht drinkt en een temperatuur heeft van 38,6 °C. Vanwege de diarree is onduidelijk of uw kind nog natte luiers heeft, wel valt het u op dat uw kind een erg droge mond heeft. Uw kind is verder gezond. Het is zondagochtend en uw eigen huisarts is niet beschikbaar.

VRAAGBEHEERSINGSSTRATEGIEËN

- **Inzicht in de kosten**. Wanneer u contact opneemt met uw HAP kost dit 75 euro. Als u 112 belt of naar de spoedeisende hulp (SEH) gaat, kost dat 150 euro. Deze bedragen worden door uw verzekeraar vergoed.
- **Afspraak de volgende ochtend**. Het is mogelijk om online een afspraak te maken met uw huisarts voor de volgende morgen.
- **Eigen bijdrage**. Wanneer u contact opneemt met uw HAP kost dit 75 euro en moet u dat via uw eigen risico zelf betalen. Als u 112 belt of naar de SEH gaat, kost dat 150 euro en ook dat moet u zelf betalen. (Momenteel geldt er geen eigen risico voor kinderen tot 18 jaar.)
- **Online advies**. U kunt de klachten van uw kind invullen in een app, waarna u online advies krijgt of u contact zou moeten opnemen met uw dokter of met uw HAP.

Analyse

Met beschrijvende statistiek zetten we de kenmerken van de respondenten en hun zorgkeuzes voor iedere strategie op een rij. Met logistische regressieanalyse testten we vervolgens of zij andere keuzes maakten in scenario's waarbij de strategie was aangegeven dan bij de referentiecasussen zonder strategie. Daarbij is gecorrigeerd voor persoonskenmerken van de respondent en voor clustering binnen een praktijk. De analyses zijn uitgevoerd in SPSS 22.0.

RESULTATEN

We ontvingen 377 vragenlijsten retour (respons 47,3%) met antwoorden op 1367 scenario's. De meeste respondenten waren vrouw (86,7%), 42,5% woonde in de stad, 17,0% op verstedelijkt platteland en 40,6% op het platteland. De meeste respondenten hadden een mbo-diploma (41,6%) en van 34,5% was het huishoudinkomen vergelijkbaar met het gemiddelde in Nederland.[7] Het aantal kinderen per respondent was gemiddeld 2,1.

Te hoge zorgkeuze in een niet-urgente situatie

In de niet-urgente referentiecasussen waarbij geen strategie genoemd werd, maakte 41,7% van de ouders een te hoge zorgkeuze [**tabel 2**]. De strategie 'online advies' liet dit percentage dalen tot 11,3% (OR 0,26; 95%-BI 0,11 tot 0,58), de strategie 'eigen bijdrage' zorgde voor een daling tot 31,7% (niet significant). De strategieën 'inzicht in de kosten' en 'afspraak de volgende ochtend' leidden niet tot een andere zorgkeuze.

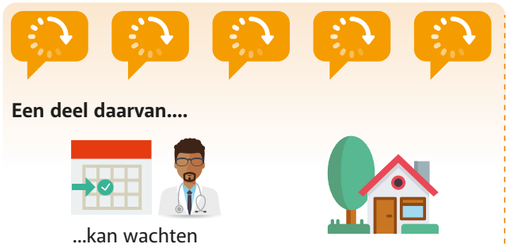
Te lage zorgkeuze in een urgente situatie

In de urgente referentiecasussen waarbij geen strategie genoemd werd, maakte 50% van de ouders een te lage zorgkeuze en 3,9% een te hoge zorgkeuze [**tabel 2**]. De strategie 'online advies' liet dit percentage dalen tot 16,5% (OR 0,16; 95%-BI 0,08 tot 0,32), de strategie 'inzicht in de kosten' zorgde voor een significante daling tot 39,4% (OR 0,59; 95%-BI 0,38 tot 0,92) en de strategie

Drukte op de huisartsenpost

Welke strategie om zorgkeuzes van ouders van jonge kinderen te beïnvloeden heeft de meeste potentie?

Ongeveer de **helft van de hulpvragen** op de huisartsenpost (HAP) is **niet-urgent:**

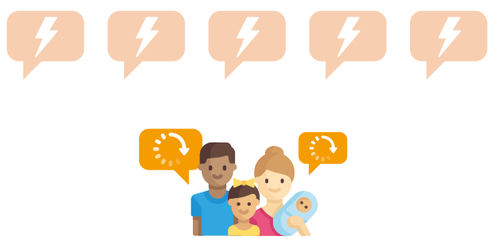


Een deel daarvan....

...kan wachten tot het **spreekuur** van de **eigen huisarts**

...kan met **zelfzorg** worden afgehandeld

Wel urgent:



Ouders van jonge kinderen bezoeken het **vaakst de huisartsenpost** voor niet-urgente klachten.

Het medisch onnodig gebruik van de huisartsenpost kan leiden tot:

- Negatieve invloed op de motivatie van triagisten en huisartsen
- Hoge werkdruk
- Het ten koste gaan van de kwaliteit van de huisartsenpost

Daarom zijn er 4 strategieën getest om het gebruik hiervan door ouders met jonge kinderen te verminderen:

Deze infographic is gebaseerd op het artikel verschenen in BMJ Open als: Giesen MJ, Keizer E, van de Pol J, Knoben J, Wensing M, Giesen P. The impact of demand management strategies on parents' decision-making for out-of-hours primary care: Findings from a survey in the Netherlands. BMJ Open 2017; 7: e014605.

Tabel 1

Oordeel van het deskundigenpanel over passende zorgtypen bij de vier casussen

Niet-urgente scenario's (knikker, oorpijn)			Urgente scenario's (koorts, diarree)		
zorgtype		*oordeel*	*zorgtype*		*oordeel*
1	afwachten/zelfzorg	} passend	1	afwachten/zelfzorg	} te laag
2	eigen huisarts		2	eigen huisarts	
3	huisartsenpost	} te hoog	3	huisartsenpost	} passend
4	SEH		4	SEH	} te hoog
5	112		5	112	

Tabel 2

Invloed van vraagbeheersingsstrategieën en persoonskenmerken op de zorgkeuze

	Te hoge zorgkeuze in niet-urgente situatie		Te lage zorgkeuze in urgente situatie	
	percentage*	OR (95%-BI)†	percentage*	OR (95%-BI)†
Strategieën				
geen strategie (referentie)	41,7%		50,3%	
online advies	11,3%	0,26 (0,11 tot 0,58)	16,5%	0,16 (0,08 tot 0,32)
eigen bijdrage	31,7%	0,62 (0,38 tot 1,03)	50,0%	0,84 (0,53 tot 1,33)
afspraak de volgende ochtend	44,4%	0,81 (0,49 tot 1,35)	41,0%	0,57 (0,34 tot 0,97)
inzicht in de kosten	35,2%	0,97 (0,56 tot 1,70)	39,4%	0,59 (0,38 tot 0,92)
Persoonskenmerken respondent				
man		0,91 (0,52 tot 1,57)		0,69 (0,42 tot 1,15)
leeftijd		1,01 (0,97 tot 1,05)		0,95 (0,92 tot 0,98)
meer dan één kind		0,64 (0,43 tot 0,96)		2,04 (1,39 tot 2,98)
hoogopgeleid		1,07 (0,71 tot 1,63)		0,93 (0,64 tot 1,35)
hoog inkomen		1,07 (0,71 tot 1,63)		0,94 (0,65 tot 1,37)

* Gebaseerd op beschrijvende analyse van 609 niet-urgente en 752 urgente scenario's (zie tabel 4 van Giesen et al, 2017[24]).
† Gebaseerd op logistische regressieanalyse van 591 niet-urgente en 734 urgente scenario's, gecorrigeerd voor clustering van patiënten binnen huisartsenpraktijken (zie tabel 5 van Giesen et al, 2017[24]). OR = oddsratio; BI = betrouwbaarheidsinterval. Geen significante verschillen (p < 0,05).

'afspraak de volgende ochtend' bracht het percentage eveneens significant omlaag, tot 41% (OR 0,57; 95%-BI 0,34 tot 0,97). De strategie 'eigen bijdrage' leek geen invloed te hebben: nog steeds koos de helft van de ouders voor een te laag zorgtype.

BESCHOUWING

De strategie 'online advies' lijkt effectief om de hoeveelheid medisch onnodige hulpvragen op de HAP te verminderen en tegelijk ook het vragen van medisch noodzakelijke hulp in urgente situaties te bevorderen. Het gebruik van internettools zoals Thuisarts.nl kan ertoe leiden dat ouders besluiten geen contact op te nemen met de HAP als ze zich genoeg gerustgesteld voelen, of juist wel contact opnemen als dat nodig lijkt te zijn. Onderzoeken naar het managen van chronische ziekten zoals depressie en lagerugpijn leidden tot soortgelijke conclusies.[8-10] Een recent onderzoek toonde aan dat het aantal consulten in de dagpraktijk 2 jaar na de lancering van Thuisarts.nl was afgenomen met 12%, maar subgroepanalyses brachten geen verschil in zorggebruik aan het licht in de leeftijdsgroep van 0 tot 16 jaar.[11] Ook een ander Nederlands onderzoek naar de invloed van online informatie over luchtwegaandoeningen bij kinderen op de ouders zag geen afname van het zorggebruik.[12]

Dat negen van de tien Nederlanders tegenwoordig toegang hebben tot internet wil nog niet zeggen dat iedereen die zich ongerust maakt over een medisch probleem direct online advies zoekt. Recentelijk is aangetoond dat ouderen, mensen met een hoger inkomen en plattelanders minder gebruikmaken van gezondheidszorgapplicaties.[13]

Een eigen bijdrage heeft geen invloed op de keuze die ouders maken

Het invoeren van een (aanzienlijke) eigen bijdrage voor het contact met een HAP of SEH had in ons onderzoek geen invloed op de beslissingen die ouders namen, ongeacht de urgentie van de situatie. In ander onderzoek variëren de resultaten echter.[14-16] Sommige onderzoekers stellen dat een eigen bijdrage patiënten aanzet tot betere afwegingen,[17] andere zijn bang dat een eigen bijdrage patiënten ook bij urgente klachten

Beschikbaarheid van gevalideerde internettools kan helpen om onnodig gebruik van huisartsenzorg buiten kantooruren terug te dringen.

Foto: iStock

ervan weerhoudt zorg te vragen,[18] weer andere vrezen dat een eigen bijdrage sociale ongelijkheid in de hand werkt.[19 20]

Sterke en zwakke punten

Onze onderzoekspopulatie was vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking voor wat betreft regio, inkomen, opleiding, leeftijd en aantal kinderen,[21] maar de daadwerkelijke impact van de onderzochte strategieën zou getest moeten worden in een prospectief evaluatieonderzoek met levensechte gebeurtenissen en feitelijke betalingen. Ook zou het onderzoek moeten worden uitgebreid met meer casussen om onze resultaten te bevestigen.

Aanbevelingen

HAP's en huisartsen zouden het gebruik van gevalideerde en aanbevolen internettools actiever kunnen stimuleren, bijvoorbeeld door Thuisarts.nl of de app 'Moet ik naar de dokter?' onder de aandacht te brengen op de website en tijdens de (soms lange) wachttijd aan de telefoon. Dit kan patiënten motiveren om alvast online te gaan terwijl ze wachten. Je zou ook in het telefonische keuzemenu de mogelijkheid kunnen opnemen dat de patiënten zich laten terugbellen door een medewerker die hen de weg wijst in het gebruik van internettools. Online adviezen zoals die gegeven worden in Thuisarts.nl en op Moet ik naar de dokter? zijn veilig en worden hoog gewaardeerd door artsen en patiënten.[22,23] Ze vergroten bovendien de zelfredzaamheid van patiënten.

CONCLUSIE

Online advies heeft potentie om medisch onnodig gebruik van huisartsenzorg buiten kantoortijd te verminderen en de patiëntveiligheid voor ouders met jonge kinderen te verbeteren. Het is aan te bevelen onafhankelijke, gevalideerde en op maat gemaakte online applicaties zoals thuisarts.nl meer te gebruiken en te promoten.

DANKBETUIGING

We danken alle huisartsenpraktijken en ouders die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. ■

LITERATUUR

1. Benchmarkbulletin huisartsenposten 2013. Utrecht: Ineen, 2014.
2. Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2012;55:102-5.
3. Keizer E, Maassen I, Smits M, Giesen P. Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenposten. Huisarts Wet 2014;57:510-4.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Keizer E, Giesen MJ, Van de Pol J, Knoben J, Wensing M, Giesen P. Drukte op de HAP door ouders met jonge kinderen. Hoe zorg je ervoor dat ze adequatere keuzes maken? Huisarts Wet 2018;61(6):34-8. DOI: 10.1007/s12445-018-0153-9.

Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: dr. E. Keizer, onderzoeker (thans Universiteit Zürich, Zwitserland), ellen.keizer@usz.ch; J. van de Pol, huisarts in opleiding; prof. dr. M. Wensing, hoogleraar Gezondheidszorgonderzoek en Implementatiewetenschap (nu: Universiteit van Heidelberg); dr. P. Giesen, projectleider-onderzoeker Spoedzorg.
TiasNimbas Business School, Tilburg: M.J. Giesen, student-onderzoeker Bedrijfseconomie (thans consultant zorg en welzijn, Berenschot).
Radboud Universiteit, Institute for Management Research, Nijmegen: prof. dr. J. Knoben, hoogleraar Bedrijfseconomie.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit artikel is eerder verschenen als: Giesen MJ, Keizer E, Van de Pol J, Knoben J, Wensing M, Giesen P. The impact of demand management strategies on parents' decision-making for out-of-hours primary care: findings from a survey in the Netherlands. BMJ Open 2017;7:e014605.
Publicatie gebeurt met toestemming.

Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost?

Martijn Rutten, Jojanneke Kant, Paul Giesen

Inleiding Een calamiteit kan een enorme impact hebben op patiënten, nabestaanden en zorgverleners. Wanneer zorgverleners meer inzicht hebben in het (risico)profiel van een patiënt en de omstandigheden waarin een calamiteit plaatsvindt, zullen ze een naderende calamiteit beter kunnen herkennen. Een landelijke analyse van calamiteiten op huisartsenposten ontbreekt en daarom zijn de kenmerken van de bij calamiteiten betrokken patiënten op huisartsenposten en de omstandigheden waaronder deze plaatsvonden onderzocht.

Methode Een crosssectioneel retrospectief dossieronderzoek gedaan naar alle calamiteiten die huisartsenposten in 2012 bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben gemeld. Drie huisarts-beoordelaars hebben patiëntkenmerken, zorgkenmerken, betrokken zorgverleners en de onderliggende basisoorzaken geanalyseerd.

Resultaten Binnen de algemene huisartsenpostpopulatie vonden calamiteiten relatief vaker plaats bij mannen, bij patiënten tussen de 45 en 74 jaar, gedurende de nachtelijke uren en bij mensen die vaker dan één keer contact met een HAP hadden opgenomen of die eerder reeds contact hadden gehad met de eigen huisarts. Bij ruim 20% van de calamiteiten had de patiënt eerst contact met de eigen huisarts gehad. Hart- en vaatziekten hadden een aanzienlijk aandeel in de einddiagnoses. Bij twee derde van de calamiteiten waren er tussen de vier en zeven hulpverleners betrokken. Bij 70% was het medisch-inhoudelijke handelen van de professionals de oorzaak, waarbij diagnosestelling (39%) en triage (23%) de belangrijkste factoren waren. De meest geformuleerde verbetermaatregelen waren coaching, scholing, casuïstiekbesprekingen en het aanpassen/opstellen van richtlijnen.

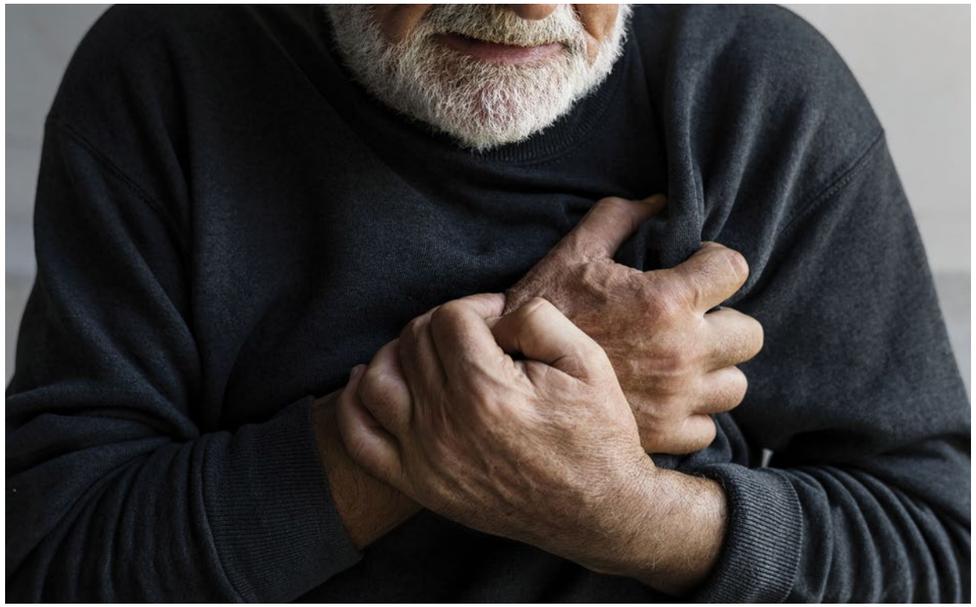
Conclusie Risicofactoren voor een calamiteit zijn meerdere contacten met de huisartsenpost, betrokkenheid van meerdere hulpverleners, nachtelijke contacten, en eerder contact met de eigen huisarts. Onderliggende oorzaken zijn vooral het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts en in mindere mate triage en samenwerking. Inzicht in de meest voorkomende risicomomenten in de processen op de huisartsenpost kan de risico's mogelijk verlagen.

INLEIDING

Wanneer zorgaanbieders vermoeden dat er sprake is van een calamiteit zijn ze volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht dit te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ; voorheen: Inspectie voor de Gezondheidszorg).[1] Bij zo'n melding gaat het er niet om individueel disfunctioneren op te sporen, maar om te achterhalen hoe het komt dat kwaliteitssystemen niet goed hebben gefunctioneerd. In de calamiteitenanalyse die na een melding volgt zoekt men naar onderliggende oorzaken, om passende maatregelen te kunnen nemen die de zorg steeds veiliger moeten maken. Meer inzicht in oorzaken en risicofactoren kan helpen om calamiteiten in de toekomst te voorkomen.[2]
Calamiteiten die plaatsvinden op de huisartsenpost (HAP) worden per organisatie gemeld en geanalyseerd.[3] Een landelijke analyse van calamiteiten op de HAP ontbreekt en daarom hebben wij in samenwerking met InEen en de IGJ een analyse verricht van alle calamiteiten die huisartsenposten in 2012 bij de IGJ hebben gemeld. Met de uitkomsten van dit onderzoek willen we een bijdrage leveren aan verdere kwaliteitsverbetering op de huisartsenpost.
Dit artikel is een samenvatting van het rapport, dat in 2017 onder alle huisartsenposten is verspreid.

METHODE

Het onderzoek betrof een crosssectioneel retrospectief dossieronderzoek van alle calamiteiten die huisartsenposten in 2012 bij de IGZ hebben gemeld. We hebben de volgende variabelen in kaart gebracht: patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht en reden van het contact), zorgkenmerken (aard van het contact, moment van het contact, diagnostiek en betrokken hulpverleners), basisoorzaken, geformuleerde maatregelen, type calamiteit en mogelijke risicofactoren.
Op een IGJ-locatie in het beveiligde informatiesysteem hebben 3 arts-beoordelaars (1 beoordelaar per dossier) de relevante dossiers beoordeeld (volgens de PRISMA-analyse,



Calamiteiten op de HAP vonden relatief vaker plaats bij mannen, patiënten tussen de 45 en 74 jaar, 's nachts en wanneer er vaker dan één keer contact met de HAP of met de eigen huisarts was geweest.

Foto: iStock

zie [**kader**]). Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, hebben 2 artsen 27 dossiers onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Voor de dubbel beoordeelde dossiers hebben we per variabele het percentage overeenstemming en de kappa of intraclasscorrelatiecoëfficiënt (ICC) berekend. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de meeste beoordelingen was voldoende tot uitstekend (kappa en ICC > 0,60). We hebben beschrijvende analyses uitgevoerd en waar relevant en mogelijk hebben we de resultaten afgezet tegen landelijke populatiecijfers.

RESULTATEN

In totaal zijn er bij het IGJ in 2012 260 meldingen van huisartsenposten binnengekomen, waarvan er bij 240 gevallen sprake was van een calamiteit. Afgezet tegen de circa 4 miljoen contacten die patiënten in 2012 met de huisartsenpost hadden komt dit neer op 6 per 100.000 contacten.[4]

Patiëntkenmerken

Binnen de algemene huisartsenpostpopulatie kwamen de meeste calamiteiten relatief vaak voor bij mannen (55%) en patiënten tussen de 45 en 74 jaar (51,0%).[4,5] Er waren nauwelijks calamiteiten bij kinderen tussen de 0 en 4 jaar (3%). Van alle calamiteiten ging het in 60% van alle gevallen om 6 in de huisartsenpraktijk weinig voorkomende aandoeningen [**tabel**].[6] Vooral het aandeel van hart- en vaatziekten is opvallend: bij een calamiteit betreft de diagnose in 30,4% van de gevallen een myocardinfarct, bij 7,9% een CVA en eveneens bij 7,9% een geruptureerd aneurysma.

Tabel

De meest voorkomende waarschijnlijkheidsdiagnoses bij calamiteiten, afgezet tegen de frequentie van voorkomen op de HAP (n = 240)

Waarschijnlijkheidsdiagnose	% dossiers (n)	% populatie HAP*
Acuut myocardinfarct	30,4 (73)	0,08
Beroerte/CVA	7,9 (19)	0,45†
Geruptureerd aneurysma (AAA)	7,9 (19)	0,03‡
Sepsis	7,5 (18)	0,01
Longembolie	3,3 (8)	0,04
Meningitis	3,3 (8)	0,01

* Bron: NIVEL-zorgregistraties eerste lijn 2012: ICPC-codes. http://www.nivel.nl/NZR/wie-heeft-welke-gezondheidsproblemen
† Cerebrovasculair accident (CVA) (0,29%) en passagère cerebrale ischemie/TIA (0,16%)
‡ Andere ziekte(n) van het hart- en vaatstelsel

Contactkenmerken

Gemiddeld hadden de patiënten bij wie er een calamiteit was opgetreden 1,8 contacten gehad met de huisartsenpost, variërend van 1 tot 6 contacten. Bij 21% van de gevallen had de patiënt binnen dezelfde ziekte-episode voorafgaand aan het contact met de huisartsenpost contact met de eigen huisarts gehad, duidelijk vaker dan binnen de algemene populatie van de huisartsenpost.[7] Bij 2/3 van de calamiteiten (67,1%) waren er tussen de 4 en 7 hulpverleners betrokken (spreiding 1-16). Bij calamiteiten werd vaker dan bij de landelijke populatie een visite afgelegd (34% versus 10%).[4] Hoewel het eerste contact bij 50% van de calamiteiten in de avond plaatsvond, waren er 's nachts door de lage contactfrequentie in de nacht relatief meer calamiteiten. De initiële urgentie van de contacten van patiënten bij wie er een calamiteit was opgetreden lag wat hoger dan de landelijke urgentiecijfers.[4] De meest voorkomende initiële urgentie was U3 (42%).

Het type calamiteit

Van de calamiteiten was 70% gerelateerd aan het medisch-inhoudelijke handelen van de professionals, 25% aan communicatie, overleg en samenwerking (COS) tussen professionals, en 3% aan organisatie, materiaal en logistiek (OML) op de HAP. Van de medisch-inhoudelijke calamiteiten hing 39% samen met de diagnosestelling van de huisarts, 23% met de triage en ruim 20% met het medisch-inhoudelijke handelen van de huisarts op het callcenter. Wat betreft de triage ging het vooral om de urgentiebepaling en de toekenning van het soort contact. Van de COS-calamiteiten ging het meestal om de COS tussen huisarts en triagist (34%) en die met externe partijen (22%), zoals de meldkamer van de ambulancedienst.

Basisoorzaken van de calamiteit

Bij 39% van de calamiteitenonderzoeken was de oorzakenanalyse voldoende diepgaand gedaan om nader onderzoek mogelijk te maken. Aan deze 93 calamiteiten lagen 532 basisoorzaken ten grondslag. Van de basisoorzaken was 57% menselijk en 31% organisatorisch van aard, was 8% patiëntgerelateerd en hing 3% samen met technische aspecten; 1% viel in de categorie overig. Van de menselijke basisoorzaken had 50% betrekking op professioneel redeneren en 19% op verificatie. De organisatorische oorzaken hadden in 33% van de gevallen te maken met de cultuur op de post, bij 29% met de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen, bij 18% met kennisoverdracht aan nieuwe of onervaren medewerkers en bij 18% met managementprioriteiten.

Maatregelen na de calamiteit

In 96% van de 93 nader geanalyseerde dossiers vonden we door de huisartsenpost zelf voorgestelde maatregelen. Deze betroffen voornamelijk het coachen van de betrokken zorgverlener, het opstellen van een persoonlijk leerplan, het organiseren van scholing, het bespreken van casuïstiek en het aanpassen of opstellen van protocollen en richtlijnen.

BESCHOUWING

In 2012 hebben huisartsenposten bij 6 van de 100.000 contacten een calamiteit gemeld. Calamiteiten kwamen relatief vaak voor bij mannen, bij patiënten in de leeftijdscategorie 45 tot en met 74 jaar, bij contacten in de nacht en bij patiënten die vaker dan 1 keer contact met een HAP opnamen of die eerder reeds

PRISMA-ANALYSE

PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. Met deze methode maken onderzoekers een visuele representatie van het incident, de zogeheten *oorzakenboom*. Bovenaan de boom staat de gebeurtenis die aanleiding geeft tot de analyse, bijvoorbeeld het overlijden van een patiënt. Onder deze topgebeurtenis komen alle directe oorzaken te staan, op basis van het antwoord op de vraag waarom de patiënt overleden is. Deze directe oorzaken kunnen ook weer een oorzaak hebben. Door telkens waarom-vragen te blijven stellen, komt men steeds dieper in de oorzaak-gevolgstructuur van de boom. Wanneer men geen antwoord meer kan geven, is men bij de basisoorzaak uitgekomen. Vervolgens classificeert men de basisoorzaken als technische, organisatorische en menselijke oorzaken, om op basis van deze classificatie verbetermaatregelen te formuleren.

WAT IS BEKEND?

- Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en tot ernstige schade bij of de dood van een patient heeft geleid.
- In de calamiteitenanalyse die na een melding volgt zoekt men naar onderliggende oorzaken, om passende maatregelen te kunnen nemen die de zorg steeds veiliger moeten maken.
- Meer inzicht in oorzaken en risicofactoren kan mogelijk helpen om calamiteiten in de toekomst te voorkomen.

WAT IS NIEUW?

- Wij presenteren een landelijke analyse van alle calamiteiten die in 2012 door de huisartsenposten bij IGZ (thans IGJ) zijn gemeld.
- Het vroegtijdig onderkennen van de risicoverhogende momenten in de processen op de huisartsenpost kan mogelijk helpen calamiteiten te voorkomen.
- Risicofactoren zijn meerdere contacten met de huisartsenpost, betrokkenheid van meerdere hulpverleners, nachtelijke contacten, en eerder contact met de eigen huisarts.

contact hadden gehad met de eigen huisarts. Bij 2/3 van de calamiteiten waren er tussen de 4 en 7 hulpverleners betrokken. Het medisch-inhoudelijke handelen van de professionals, de triage en de samenwerking op de huisartsenpost blijken belangrijke onderliggende oorzaken te zijn bij een calamiteit. De gemelde calamiteiten zijn beoordeeld door getrainde huisarts-onderzoekers en bij het deel van de dossiers die dubbel beoordeeld zijn was er sprake van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (kappa of ICC).[8] Mogelijk is er bij de melding van calamiteiten door de huisartsenpost sprake van onderrapportage.

Klinische implicaties

Het vroegtijdig onderkennen van de risicoverhogende momenten in de processen op de huisartsenpost kan mogelijk helpen calamiteiten te voorkomen. Ons onderzoek heeft een aantal van deze risicoverhogende factoren aan het licht gebracht. Ten eerste kunnen we stellen dat meerdere contacten, zowel met de eigen huisarts als met de HAP, als een alarmsignaal moeten worden gezien. Ons advies is om op elke huisartsenpost protocollair vast te leggen dat de huisarts een patiënt fysiek moet beoordelen wanneer deze patiënt binnen 48 uur voor de tweede maal contact opneemt met een zorgverlener, dus ook als de patiënt al contact heeft gehad met de eigen huisarts. Inzage in het dossier van de eigen huisarts en een pop-up bij een tweede contact met de huisartsenpost kunnen dit beleid ondersteunen.

Een tweede risicofactor vormt een zorgcontact tijdens de nachtelijke uren. Het is cruciaal dat zorgverleners zich ervan bewust zijn dat calamiteiten eerder kunnen optreden wanneer de zorgverlener vermoeid is, zeker als de patiënt ook nog potentieel ernstige en urgente klachten heeft.

Het zal niet verrassen dat het contact met het callcenter een risicoverhogend moment is, zowel als het gaat om de triage, als om het medisch-inhoudelijke handelen van de aanwezige arts. Dit geldt ook voor de diagnosestelling van de huisarts. Wij denken dat deze risico's verlaagd kunnen worden wanneer de zorgverlener op de HAP inzage heeft in het dossier van de huisarts van de patiënt. Zo kunnen triagist en huisarts de persoonlijke, contextuele factoren beter interpreteren en meewegen bij hun beslissingen. Daarnaast dient er aandacht besteed te worden aan het gevaar van een tunnelvisie en het klakkeloos voortborduren op de diagnose of het beleid van een collega, twee factoren die ten grondslag lagen aan een aanzienlijk deel van de calamiteiten. Verder blijken de meest voorkomende diagnoses bij calamiteiten juist weinig voor te komen in de totale populatie van de huisartsenposten.[3] Het is dan ook waarschijnlijk dat triagisten en huisartsen deze ziektebeelden minder snel zullen herkennen.[6] Scholing en het delen van calamiteitencasuïstiek kunnen hier mogelijk nuttig zijn. Een meerjarige analyse kan ontwikkelingen in de aard en het voorkomen van de calamiteiten aan het licht brengen.

CONCLUSIE

Er bestaat niet zoiets als *de* risicopatiënt. Wel zijn er risicoverhogende factoren waar zorgverleners op huisartsenposten bij de beoordeling van patiënten rekening mee moeten houden: meerdere contacten met de huisartsenpost, betrokkenheid van meerdere hulpverleners, nachtelijk contact met de huisartsenpost en eerder contact van de patiënt met de eigen huisarts. Onderliggende oorzaken omvatten vooral het medisch-inhoudelijke handelen en in mindere mate de triage en de samenwerking met andere zorgverleners. Inzicht in de meest voorkomende risicomomenten in de processen op de huisartsenpost, inzage in het patiëntendossier en scholing over weinig voorkomende, maar potentieel ernstige ziektebeelden kunnen risicoverlagend werken. ■

LITERATUUR

1. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederland. Gepubliceerd 7 Oktober 2015
2. Stappendel R, Van der Woude M. Leren van calamiteiten kan beter. Med Contact 2017;40:32-4.
3. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Huisartsenzorg in de avond-, nacht- weekenddienst. www.igj.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/huisartsenposten.
4. InEen. Benchmark bulletin Huisartsenposten. Utrecht: InEen, 2015.
5. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn 2012. Utrecht: NIVEL, 2013.
6. Van de Lisdonk EH. Ziekten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Bunge, 2008.
7. Huibers L, Thijssen W, Koetsenruijter J, Giesen P, Grol R, Wensing M. GP cooperative and emergency department: an exploration of patient flows. J Eval Clin Pract 2013;19:243-9.
8. Habraken M. Beter analyseren van incidenten. PRISMA-methode biedt de inspectie meer inzicht in medische missers. Med Contact 2005;22:940-3.
9. Smits M, Hanssen S, Huibers L, Giesen P. Doktersassistent mist soms hoogurgente hulpvraag. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D412.

Rutten MH, Kant J, Giesen P. Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost? Huisarts Wet 2018;61(6):39-42. DOI:10.1007/s12445-018-0155-7.

Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Nijmegen: M.H. Rutten, kaderhuisarts spoedzorg, Martijn.rutten@radboudumc.nl; J. Kant, kaderhuisarts spoedzorg; P.H.J Giesen, huisarts, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dieper kijken bij calamiteiten op de HAP

Sander Gaal, Olaf Ouwendijk

Calamiteiten op de huisartsenpost (HAP) zijn nooit helemaal uit te bannen. Het is goed dat er nu een landelijk overzicht is gemaakt met waardevolle suggesties om ze te voorkomen. Maar we zijn er nog niet en we moeten nog een slag dieper kijken. Er is vooral behoefte aan gevalideerde beslisondersteuning voor triagisten en dokters.

We zijn allemaal feilbaar en calamiteiten, hoe vervelend ook, zijn nooit helemaal te voorkomen. Foto: iStock

Op onze HAP zien we telkens weer hoe groot de impact van een calamiteit is op alle betrokkenen. Het zijn altijd heftige gebeurtenissen, die meestal een onverwacht overlijden tot gevolg hebben. We doen ons uiterste best om zulke gebeurtenissen te voorkomen en we melden alle leerpunten bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), maar we weten niet wat collega-huisartsenposten melden en wat zij geleerd hebben. Het is daarom goed dat Rutten en collega's voor het eerst hebben kunnen kijken naar de landelijke verzameling van calamiteiten die de IGJ in haar bezit heeft.[1]

De indeling naar frequentie van calamiteiten die Rutten maakt (myocardinfarct, cerebrovasculair accident, geruptureerd aneurysma, sepsis), zien wij terug op onze HAP. Dat is logisch, want het zijn ziektebeelden die atypisch kunnen verlopen en waarbij de voorafkans op ernstige schade het hoogst is binnen de eerste lijn. Hierover geen discussie. Maar als het erom gaat nieuwe calamiteiten te voorkómen, is de praktijk helaas weerbarstiger, al geven de onderzoekers enkele waardevolle suggesties. Op onze HAP zijn zo ongeveer alle aanbevelingen geïmplementeerd die in het artikel genoemd worden, maar wij zien geen evidente daling van het aantal calamiteiten. Nieuwe calamiteiten hebben vaak nét weer andere oorzaken dan voorgaande calamiteiten.

Bij de helft van de calamiteiten had de patiënt maar eenmaal contact met de HAP. Dit maakt het advies om de patiënt te beoordelen bij het tweede contact minder waardevol. Het advies om in de nacht alert te zijn is prima, maar hoe dan? Zoals het ook waardevol is om over een actueel dossier te beschikken via het Landelijk Schakelpunt, maar er zijn ook calamiteiten waarbij het herkennen van ABCD-instabiliteit het probleem was. Dan moet je juist níet het hele dossier doorpluizen.

Kortom, we zijn er nog niet en we moeten nog een slag dieper kijken hoe we calamiteiten echt kunnen voorkómen, zonder het risico te lopen op overtriage en overdiagnostiek. Wij zien het meeste in beslisondersteuning die de triagist en de dokter beter in staat stellen de juiste beslissing te nemen. Te denken valt aan het maken van gevalideerde beslisregels bij bijvoorbeeld sepsis en myocardinfarct, uitbreiding van aanvullende (bloed-beeldvormende) diagnostiek. Verder ook een verbeterde toegang tot het dossier van de patiënt en verbeteringen in de triage met bijvoorbeeld beeldbellen. Ten slotte kan scholing om de awareness voor risicosituaties te verhogen helpen, zoals casuïstiekbespreking van calamiteiten. Al deze potentiële verbeteringen dienen wel onderbouwd te worden met onderzoek. Maar bovenal moeten we beseffen dat we allemaal feilbaar zijn en dat calamiteiten, hoe vervelend ook, nooit helemaal te voorkomen zijn. ■

LITERATUUR

1. Rutten MH, Kant J, Giesen P. Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost? Huisarts Wet 2018;61(6):DOI:10.1007/s12445-018-0155-7.

Gaal S, Ouwendijk O. Dieper kijken bij calamiteiten op de HAP. Huisarts Wet 2018;61(6):47. DOI:10.1007/s12445-018-0154-8.

Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer: dr. S. Gaal, huisarts en medisch adviseur, s.gaal@cihn.nl, O. Ouwendijk, huisarts en medisch adviseur.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoe huisartsopleidingen kunnen anticiperen op een veranderende spoedzorg

Martijn Rutten

De huisartsenspoedzorg in Nederland is aan tal van veranderingen onderhevig. Huisartsopleidingen kunnen daar rekening mee houden bij het inrichten van het spoedzorgonderwijs, om jonge huisartsen optimaal te kunnen voorbereiden op de spoedzorg van de toekomst. Wat moeten de opleidingen daarvoor doen?

Binnen de huisartsopleiding geldt de spoedeisende zorg als een kernthema, waaronder elf kenmerkende beroepsactiviteiten vallen.[1] Aios huisartsgeneeskunde leren hoe ze spoedzorg moeten bieden in de dagelijkse praktijk (via de opleider), gedurende de klinische stage (op de spoedeisende hulp) en tijdens de opleidingsdagen (op het opleidingsinstituut). Daarnaast speelt de Schola Medica als onafhankelijk onderwijsinstituut een belangrijke rol. Op twee momenten gedurende de driejarige opleiding krijgen hier alle aios huisartsgeneeskunde uit Nederland centraal spoedzorgonderwijs: aan het begin van de opleiding en bij de start van de klinische stage.
De spoedzorg in Nederland is aan tal van veranderingen onderhevig en daarom zal de toekomstige huisarts nieuwe vaardigheden moeten leren en moet de huisartsopleiding zich aan de ontwikkelingen aanpassen. In deze beschouwing wordt een beknopte beschrijving van de zeven meest relevante ontwikkelingen in de huisartsenspoedzorg gegeven. Vervolgens worden er adviezen geformuleerd die mogelijk richting kunnen geven aan het ontwikkelen en geven van het onderwijs in de spoedzorg voor aios huisartsgeneeskunde.

ZEVEN RELEVANTE ONTWIKKELINGEN

Vergrijzing en complexere problematiek

Door de vergrijzende populatie en de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn (substitutie) worden huisartsen geconfronteerd met een complexere problematiek, wat ook in de spoedzorg merkbaar is.[2] De grotere complexiteit leidt niet alleen tot een grotere tijdsinvestering, maar vraagt ook om meer medisch-inhoudelijke, communicatieve en maatschappelijke vaardigheden van de huisarts.

Toename van de werkdruk

De druk op de spoedzorg in Nederland wordt almaar groter. Ook huisartsen ervaren een stijging van het aantal zorgvragen en een toename van de werkdruk, mede veroorzaakt door de vergrijzing en substitutie. De Nederlandse Zorg Autoriteit constateerde onlangs eveneens dat de spoedzorg onder druk staat en adviseert om de ketensamenwerking te versterken, om zo de veiligheid en de toekomstbestendigheid van de spoedzorg te kunnen blijven waarborgen.[3]

Samenwerking

Nederlandse huisartsen hebben internationaal een unieke positie omdat de spoedzorg tot hun takenpakket behoort.[4] Het merendeel van de huisartsen vindt spoedzorg een wezenlijk onderdeel van het vak, maar ervaart zoals gezegd een hoge werkdruk. Op dit moment worden op initiatief van LHV, InEen en VPH tal van pilots en initiatieven ontplooid om daar iets aan te doen en de spoedzorg te reorganiseren en toekomstbestendig te maken.[5] Deze organisaties gaan hierbij een samenwerking aan met andere ketenpartners, waarbij ze streven naar zinnige en doelmatige zorg.

Taakdelegatie

Taakdelegatie wordt in de (huisartsen)spoedzorg veel gepropageerd, vooral voor niet bijzonder complexe en laagurgente klachten. Dit zal gevolgen hebben voor de zorg die huisartsen op de HAP bieden, die complexer wordt, een hogere urgentie krijgt, en een grotere kennis en kunde vereist. Bovendien zullen huisartsen in staat moeten zijn adequaat te superviseren en de gedelegeerde vaardigheden zelf moeten blijven onderhouden.[6]

Maatschappelijke veranderingen

De maatschappij is aan snelle veranderingen onderhevig, wat ook zijn weerslag heeft op de gezondheidszorg. Huisartsen en huisartsenposten worden geconfronteerd met een 24-uurseconomie en de daarmee samenhangende zorgvragen. Ook de ontwikkeling van een claimcultuur en de angst fouten te maken spelen huisartsen parten, wat hun werkwijze kan beïnvloeden en defensief handelen in de hand werkt.

DE KERN

- De (huisartsen)spoedzorg in Nederland is onderhevig aan veranderingen. Huisartsenopleidingen kunnen hierop anticiperen om zo aios huisartsgeneeskunde optimaal voor te bereiden op te toekomst.
- Vooral de te verwachten toegenomen medische complexiteit, de noodzaak huisartsgeneeskundig te blijven redeneren en handelen, en de toegenomen (keten)samenwerking springen hierbij in het oog.

Aios huisartsgeneeskunde moeten ondersteuning krijgen bij het op peil houden van de kennis en kunde in de spoedzorg. Foto: Margot Scheerder

Cultuurverandering

De spoedzorg wordt voor een groot deel uitgevoerd aan de hand van protocollen. Vooral in de ambulancesector staat het protocollair handelen hoog in het vaandel.[7] In toenemende mate werken zorgverleners op huisartsenposten met (doorgaans defensieve) protocollen.[8] Er lijkt een cultuuromslag plaats te hebben gevonden: huisartsen werkzaam op de post hebben klinisch redeneren en huisartsgeneeskundig handelen verruild voor protocollair werken. Dit heeft natuurlijk positieve effecten, maar het kan vooral voor kwetsbare ouderen en patiënten met multimorbiditeit ook negatieve gevolgen hebben doordat de behandeling vaak geen passend vervolg krijgt. Ketenpartners merken dit doordat de zorgvraag is toegenomen. In de toekomst zal de huisarts vaker zorg moeten leveren die niet in protocollen is te vatten omdat patiënten geïndividualiseerde zorg nodig hebben. De huisarts zal ook gemotiveerd van een protocol moeten kunnen afwijken op basis van klinisch redeneren en huisartsgeneeskundig handelen. Hiermee wordt de zorg doelmatiger en meer op de individuele behoeften van de patiënt afgestemd, en kan de huisarts ook weloverwogen risico's nemen.

Geneeskundige ontwikkelingen

De medisch-technische en wetenschappelijke ontwikkelingen in de geneeskunde nemen een hoge vlucht. Sneldiagnostiek, zoals sneltests (POCT) en echografie, zal in de toekomst steeds meer tot het standaard diagnostische arsenaal van de huisarts behoren.[9] Gezien de enorme wetenschappelijke ontwikkelingen en output is het voor huisartsen vrijwel onmogelijk om hun kennis op alle deelgebieden, en dus ook de spoedzorg, volledig actueel te houden. Huisartsen krijgen ondersteuning van hun wetenschappelijke vereniging (NHG), maar de implementatie van nieuwe inzichten in de vorm van richtlijnen verloopt met een zekere vertraging en huisartsen zijn soms terughoudend met het invoeren van zorginnovaties. Bovendien vindt er binnen de eerstelijnsspoedzorg nauwelijks wetenschappelijk onderzoek plaats en daarom zijn er geregeld

pogingen om onderzoek uit het ziekenhuis binnen de huisartsenpraktijk te implementeren.

ANTICIPEREN OP DEZE ONTWIKKELINGEN?

Het moge duidelijk zijn dat de rol van de huisarts in de spoedzorg de komende jaren zal veranderen. Huisartsopleidingen zullen op deze ontwikkeling moeten inspelen, om jonge huisartsen optimaal te kunnen voorbereiden op de spoedzorg van de toekomst. Dit kan vorm krijgen binnen de reeds door de huisartsopleiding geformuleerde kenmerkende beroepsactiviteiten rond het kernthema spoedeisende zorg.[1]

Toegenomen medische complexiteit, huisartsgeneeskundig redeneren en handelen, en samenwerking zijn belangrijk in spoedzorgonderwijs

Door de vergrijzing, en de noodzaak om steeds meer samen te werken met ketenpartners en om meer taken tijdens het werk op de post te delegeren, zal de huisarts naar verwachting geconfronteerd worden met complexere en urgentere problematiek. Minder complexe, laag urgente en hoogproductiezorg zal de huisarts deels overdragen aan ondersteunend personeel.[6] Voor zeer urgente ziektebeelden, waarbij verdere diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk zijn, zal de ambulancedienst verantwoordelijk blijven. De aios zal meer oudere patiënten, aspecifieke ziektebeelden, complexe problematiek en acute zorgproblemen bij chronisch zieke patiënten gaan zien. Om deze patiënten goede zorg te kunnen bieden heeft de aios behalve genoeg tijd, ook voldoende medisch-inhoudelijke, maatschappelijke en communicatieve handvatten nodig.
De Schola Medica richt zich op dit moment vooral op het huidige toestandsbeelddenken en de opvang van de acuut zieke patiënt aan de hand van de ABCDE-systematiek.[10] Klinisch redeneren en medische besluitvorming spelen hierbij een ondergeschikte rol. Ook het huisartsgeneeskundig denken is meer en meer vervangen door een protocollaire aanpak. Juist het huisartsgeneeskundig, generalistisch diagnostisch denken onderscheidt de huisarts van alle andere ketenpartners en het zou goed zijn als de meerwaarde hiervan wordt erkend en aios daar ondersteuning bij krijgen. Te denken valt aan casuïstiekbesprekingen, interprofessionele scholing en begeleiding door kaderhuisartsen spoedzorg tijdens het werk op de huisartsenpost. Aanvankelijk waren huisartsen vooral solisten, terwijl ze tegenwoordig in toenemende mate binnen een (spoedzorg) team moeten kunnen functioneren. Dit vraagt om een goede samenwerking, een professionele aanpak en sterke communicatieve vaardigheden.

Daarbij moeten huisartsen (in opleiding) ondersteuning krijgen bij het op peil houden van de kennis en kunde in de spoedzorg. Wanneer huisartsen de sleutelrol in de spoedzorg willen behouden, zullen ze koploper moeten zijn en moeten durven innoveren. Samen met de opleidingsinstituten, onderzoeksinstituten, het NHG en de SpoedHAG kan de Schola Medica huisartsen, al dan niet in opleiding, hierbij ondersteuning bieden.

CONCLUSIE

De spoedzorg is aan tal van veranderingen onderhevig, wat gevolgen heeft voor de vaardigheden die de huisarts in de toekomst zal moeten beheersen. Huisartsopleidingen kunnen hierop anticiperen bij het ontwikkelen en vormgeven van het spoedzorgonderwijs. Hierbij moet de aandacht vooral worden gericht op de toegenomen medische complexiteit, het huisartsgeneeskundig redeneren en handelen, en de (keten)samenwerking. Het is wenselijk dat opleidingen in gezamenlijkheid huisartsen ondersteuning bieden bij het actueel houden van kennis en kunde en het implementeren van innovaties. ■

LITERATUUR

1. Huisartsopleiding Nederland. Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016. www.huisartsopleiding.nl.
2. Winkel E, De Kousemaeker G. Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen. Amsterdam: Fluent, 2017.
3. Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA). Marktscan acute zorg. Utrecht: Nederlandse Zorg Autoriteit, 2017. www.nza.nl.
4. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. Ann Intern Med 2017;166:737-42.
5. LHV, InEen, VPH. Naar een toekomstbestendige huisartsenzorg in avond, nacht en weekenden. Utrecht: LHV, 2017.
6. Van der Biezen M, Schoonhoven L, Wijers N, Van der Burgt R, Wensing M, Laurant M. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study. J Adv Nurs 2016;72:1813-24.
7. AmbulanceZorg Nederland (AZN). Landelijk protocol ambulancezorg (LPA). Zwolle: AZN, 2016.
8. Stichting Nederlands Triage Standaard. Nederlands Triage Standaard (NTS). Utrecht: NTS, 2017. www.de-nts.nl.
9. Giesen P, Loots F, Hopstake R. Diagnostische sneltests verdienen brede invoering. Point of care testing maakt spoedzorg veiliger. Med Contact 2015;42;1996-8.
10. Sluiter A, Rutten M. ABCDE. Huisarts, wat kan je ermee? Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0162-8.

Rutten MH. Hoe huisartsopleidingen kunnen anticiperen op een veranderende spoedzorg. Huisarts Wet 2018;61(6):48-50. DOI:10.1007/s12445-018-0158-4.

Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Nijmegen: M.H. Rutten, kaderhuisarts Spoedzorg en docent Schola Medica, martijn.rutten@radboudumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Toekomstscenario's voor de spoedzorg overdag

Martijn Rutten, Paul Giesen

Het aantal spoedgevallen per praktijk is niet zo groot, maar alle huisartsenpraktijken samen hebben in Nederland toch een belangrijk aandeel in de spoedzorg. De spoedzorg in avond-, nacht- en weekenduren staat momenteel ter discussie. De auteurs pleiten ervoor, ook de spoedzorg overdag daarbij te betrekken en schetsen verschillende toekomstscenario's.

Geheel afstoten van de spoedzorg is onwenselijk. Foto: Shutterstock

Spoedzorg is een integraal deel van de huisartsenzorg, niet alleen buiten kantooruren op de huisartsenpost (HAP), maar ook overdag op de praktijk.[1,2] Per praktijk is het aantal spoedgevallen weliswaar niet zo groot, maar alle Nederlandse huisartsenpraktijken samen hebben toch een belangrijk aandeel in de spoedzorg overdag.[3]
Onder invloed van maatschappelijke, organisatorische en vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn de opvattingen over spoedzorg in de huisartsenpraktijk aan het schuiven. Er is een discussie op gang gekomen over de organisatie van die spoedzorg, zie bijvoorbeeld de notitie *Naar een toekomstbestendige huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden* van de LHV, InEen en de VPH.[4] Die discussie gaat echter uitsluitend over de HAP. In deze korte beschouwing vragen we aandacht voor de organisatie en de toekomst van de spoedzorg die huisartspraktijken overdag bieden. Om de discussie te stimuleren, beschrijven we vier mogelijke toekomstscenario's voor de spoedzorg in de huisartsenpraktijk.

SCENARIO 1: ZO DOORGAAN

Tussen huisartsenpraktijken bestaat, afhankelijk van de vestigingsplaats en de organisatie, waarschijnlijk een grote variatie in werkwijzen bij spoedgevallen. Doorgaans voert de assistente een (beperkte) triage uit en meestal verleent de eigen huisarts de spoedzorg aan de patiënt.[5] Voor hoogurgente spoedpatiënten wordt het spreekuur onderbroken.

Meerwaarde

Bij een spoedpatiënt is de eigen huisarts degene die het best in staat is passende zorg te verlenen, want die kent de voorgeschiedenis, de context en de wensen van de patiënt, en kent ook de risico's het best. De huisarts kan een groot deel van de spoedpatiënten waarschijnlijk zelf behandelen. Die zorg is generalistisch, persoonsgericht, veilig en (kosten)efficiënt. Onnodige inzet van de ambulancedienst en niet-noodzakelijke verwijzing naar de spoedeisende hulp (SEH) worden zo voorkomen, en de huisarts blijft bovendien bekwaam in het leveren van spoedzorg vanuit de eigen praktijk.[1]

Knelpunten

Spoedzorg is een klein onderdeel van het dagelijks werk, want een huisarts krijgt overdag maar af en toe te maken met een spoedgeval. Toch moet de praktijk over alle noodzakelijke middelen, expertise, randvoorwaarden en medicamenten beschikken. Dat kost tijd en geld, en het werkt verspilling van medicamenten in de hand. En hoe weinig ze ook voorkomen, hoogurgente spoedgevallen onderbreken wel het spreekuur en ontregelen de organisatie, waardoor de wachttijden en de druk op de huisarts oplopen. Bovendien is de triage vooral bij hoogurgente problematiek niet altijd optimaal – zelfs al kent de assistente de patiënt doorgaans.[4] Ook is gebleken dat niet alle dagpraktijken voldoende bereikbaar en beschikbaar zijn.[5] En ten slotte maakt de grote variatie in organisatie en kwaliteit van de praktijken het lastig om tot sluitende samenwerkingsafspraken te komen met ketenpartners.

DE KERN

- In de discussie over spoedzorg door huisartsen mag de spoedzorg overdag niet ontbreken.
- Vier toekomstscenario's zijn: doorgaan op de oude voet, meer samenwerken, centraal onderbrengen bij HAP's en helemaal afstoten.
- Om spoedzorg te behouden als essentieel aspect van de huisartsenzorg moeten meer samenwerking en centralisering nader worden onderzocht.

SCENARIO 2: ONDERLING SAMENWERKEN

Omdat spoedzorg in de praktijk zo weinig voorkomt, kan het zin hebben onderlinge samenwerkingsverbanden te starten om die zorg efficiënter te organiseren. Hoe zo'n samenwerkingsverband er precies uitziet, hangt af van allerlei factoren zoals praktijkgrootte, ligging en organisatie. Je zou kunnen denken aan een groepspraktijk, een aantal zelfstandige praktijken of een hagro waarbinnen bij toerbeurt steeds één huisarts beschikbaar en verantwoordelijk is voor de spoedgevallen van die dag.

Meerwaarde

Een samenwerkingsverband voor spoedzorg voorkomt dat het spreekuur moet worden onderbroken. Er is één goed uitgeruste spoeddtas voor de 'spoeddokter van de dag', die goed bijgehouden wordt, in plaats van dat iedere huisarts zijn eigen spoedtas heeft. Dat voorkomt verspilling van met name ampullen. De lijnen tussen de huisartsen zijn kort, de spoedarts heeft toegang tot de patiëntendossiers en kan zo nodig laagdrempelig overleggen met de eigen huisarts van de patiënt. Door het toerbeurtsysteem behouden alle huisartsen hun praktische bekwaamheid in het leveren van spoedzorg. Ketenpartners kunnen er belang bij hebben dat zo'n relatieve schaalvergroting zorgt voor enige centralisatie van spoedgevallen.

Niet alle dagpraktijken zijn voldoende bereikbaar

Knelpunten

Ook in dit scenario zijn triage, bereikbaarheid en beschikbaarheid punten van aandacht.[4,5] Voor de patiënt neemt de kans op discontinuïteit van zorg toe: je belt je eigen praktijk maar krijgt niet je eigen huisarts te zien; dat kan als vervelend worden ervaren. Ook verschillen in de praktijkorganisatie kunnen roet in het eten gooien, bijvoorbeeld doordat de spoedarts niet alle dossiers kan inzien omdat de huisartsinformatiesystemen verschillen of doordat ketenpartners maar beperkt afspraken willen maken met al die verschillende praktijken.

SCENARIO 3: CENTRALISEREN

Deze werkwijze sluit aan bij enkele scenario's uit de notitie *Naar een toekomstbestendige spoedzorg in de avond, nacht en weekenden.*[4] Momenteel levert de HAP spoedzorg na sluitingstijd van de dagpraktijken.[2] Je zou de HAP overdag de spoedzorg kunnen laten leveren die hij nu al levert tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW). Daarmee dragen de huisartsenpraktijken in de regio hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de spoedzorg ook overdag over aan de reeds bestaande professionele organisatie voor ANW.

In Den Haag zijn inmiddels de eerste ervaringen opgedaan met zo'n DagHAP. Die ervaringen zijn positief, maar bleven beperkt tot de opvang van zelfverwijzers vanuit de SEH.[7] Je zou de DagHAP kunnen uitbreiden tot een 24/7-HAP met huisartsen die spoedconsulten en spoedvisites uitvoeren op aangeven van de aangesloten huisartsen, rechtstreeks of na overleg met een meldkamer. De triage kan dan plaatsvinden in de eigen huisartsenpraktijk of door de triagisten van de HAP. De 24/7-HAP kan patiënten met niet-urgente zorgvragen terugverwijzen naar de eigen huisartsenpraktijk en kan voor die patiënten misschien zelfs meteen een afspraak inplannen met de eigen huisarts.

Een scenario dat nog verder gaat, is het invoeren van een landelijk nummer voor alle huisartsenspoedzorg (bijvoorbeeld 117), zodat er één algemeen bekend en dag en nacht bereikbaar telefoonnummer komt.

Meerwaarde

Ook dit scenario heeft het voordeel dat het spreekuur overdag bijna nooit meer hoeft te worden onderbroken en dat spoedzorgmiddelen efficiënt gebruikt worden. Op de HAP is de infrastructuur al aanwezig, met een volledig uitgeruste spreekkamer, een visiteauto en ondersteuning door ervaren en goed getraind personeel. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de spoedzorg overdag verbeteren en ook de kwaliteit van de triage zal toenemen.

Als er één organisatie verantwoordelijk is voor alle huisartsenspoedzorg binnen en buiten kantoortijden, is dat goed voor de kwaliteit en de zichtbaarheid van die zorg en wordt de positie van de huisarts in de spoedzorg zichtbaarder en steviger. Het geeft ook een betere basis voor samenwerkingsafspraken met de ambulancedienst, de SEH, zorgverzekeraars en politiek. De samenwerking met ketenpartners, bijvoorbeeld rondom de verdeling van spoedritten en de opvang van zelfverwijzers, kan beter worden afgestemd.

Knelpunten

Een nadeel van dit scenario is, net als bij scenario 2, dat het spoedcontact niet plaatsvindt bij de eigen huisarts. Het doorbreekt de continuïteit van zorg en zorgt bij de patiënt mogelijk eerder voor defensief gedrag. De regie over de spoedzorg komt meer bij de HAP en minder bij de huisartsenpraktijk te liggen. Deze intensere verbinding kan zorgen voor grotere persoonlijke betrokkenheid van huisartsen bij de HAP en bij de spoedzorg in het algemeen, maar die betrokkenheid kan evengoed in verval raken als huisartsen onvoldoende bereid zijn 'dienst te doen' op de 24/7-HAP.

Een ander nadeel is dat een grote professionele organisatie minder ruimte biedt voor contextueel huisartsgeneeskundig handelen en eerder hecht aan protocollen – die geschreven zijn voor de gehele keten en daardoor vaak als defensief ervaren worden.

Tot slot zijn waarschijnlijk niet alle regio's in Nederland klaar voor de rigoureuze centralisatie van dit scenario. Dat kan ertoe leiden dat er in de spoedzorg verschillende werkwijzen naast elkaar ontstaan, zodat de verwarring voor de patiënt alleen maar toeneemt.

SCENARIO 4: SPOEDZORG LOSLATEN

Het ultieme scenario is de spoedzorg geheel los te koppelen van de huisartsenpraktijken, zodat die niet meer verantwoordelijk zijn voor spoedzorg in of buiten kantoortijd. Een derde partij zal dan de verantwoordelijkheid, de regie en de organisatie integraal moeten overnemen van de huisartsen. Er zijn verschillende partijen die daarvoor in aanmerking komen, alleen of in combinatie: ziekenhuizen, SEH's, ambulancediensten, ondernemende huisartsen, HAP's, zorgorganisaties, zorgverzekeraars. Die partijen kunnen dan nog steeds huisartsen inhuren (praktijkhoudend, in dienstverband, waarnemend), maar zullen hoogstwaarschijnlijk ook andere zorgprofessionals aanstellen zoals ambulanceverpleegkundigen, SEH-artsen en verpleegkundig specialisten. Bij spoed zal de huisarts de patiënt naar een dergelijke organisatie verwijzen, voor zover deze daar zelf al niet direct naartoe gaat. Dit scenario is een verdergaande variant van de screnario's 'populatiezorg in een brede spoedeisende populatie' en de 'spoedeisende medische dienst' uit de notitie *Naar een toekomstbestendige huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden*.[4]

Meerwaarde

Voordelen van dit scenario zijn dat huisartsenpraktijken zich niet meer hoeven in te stellen op spoedsituaties en dat de spreekuren niet meer onderbroken worden. Huisartsen kunnen zich in de dagpraktijk geheel richten op de reguliere huisartsgeneeskunde. Diensten zijn niet langer verplicht, maar worden op vrijwillige basis ingevuld door een beperkt aantal enthousiaste en bekwame huisartsen. De belasting van de huisarts overdag en in de ANW zal erdoor afnemen en wellicht ontstaan er kansen voor betere afstemming en samenwerking bij spoedzorgvragen. Een mogelijk voordeel voor de patient is dat deze voor spoedvragen terecht kan bij één zorgloket.

Knelpunten

Huisartsen beschouwen de spoedzorg als een belangrijk, integraal onderdeel van het vak. Het afstoten van dat onderdeel kan negatieve consequenties hebben voor de integrale werkwijze, voor de continuïteit van zorg, voor de directe patiëntenzorg en voor de praktijkvoering. Het verlies van expertise kan ertoe leiden dat de huisarts spoedeisende situaties minder snel herkent, zodat de veiligheid van de zorg in het geding raakt. Daardoor zal dan weer het vertrouwen van patiënten in de huisarts afnemen.

Ook de maatschappelijke gevolgen zullen aanzienlijk zijn: wie gaat de spoedzorg overnemen, met welke kwaliteit en tegen welke prijs? Het kan leiden tot verdere overbelasting van SEH's en ambulancediensten, tot oplopende wachttijden in ziekenhuizen, tot kostenstijging, discontinuïteit en medicalisering. Last but not least: de versmalling van het takenpakket zal waarschijnlijk leiden tot een lager huisartsentarief.

CONCLUSIE

Huisartsenpraktijken hebben een aanzienlijk aandeel in de spoedzorg in Nederland en iedere huisarts heeft de expertise en de middelen paraat om spoedzorg te bieden zodra dat nodig is. Maar spoedsituaties komen in de doorsnee huisartsenpraktijk niet vaak voor. Het is de moeite waard om de organisatie van deze spoedzorg kritisch te analyseren en te experimenteren met een aantal scenario's.

Wie gaat de spoedzorg overnemen, met welke kwaliteit en tegen welke prijs?

Er is momenteel veel discussie over de organisatie van de spoedzorg in de ANW en het is aan de beroepsgroep om daarop een toekomstbestendige visie te formuleren.[7] Wij pleiten ervoor deze discussie te verbreden tot de spoedzorg overdag en hebben daartoe vier toekomstscenario's gepresenteerd. Vanuit ons huisartsenhart en als kaderhuisarts Spoedzorg geven wij verre de voorkeur aan het tweede en derde scenario: afhankelijk van de regio samenwerken of centraliseren.

DANKBETUIGING

Wij danken de cursisten van de NHG-kaderopleiding Huisarts en Spoedzorg voor hun inbreng in de groepsdiscussie tijdens de onderwijsdagen en via het internetforum. Die groepsdiscussie legde de basis voor dit artikel. In het bijzonder bedanken wij Huib Rutten en Remco Rietveld, beiden kaderhuisarts Spoedzorg in opleiding, voor hun kritische blik tijdens de totstandkoming van dit stuk. ■

LITERATUUR

1. NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2013.
2. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. Ann Intern Med 2017;166:737-42.
3. Van der Maas J, Rutten M, Smits M, van Boven K, Giesen P. Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2018;61:36-43.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Rutten M, Giesen PH. Toekomstscenario's voor de spoedzorg overdag. Huisarts Wet 2018;61(6):51-3. DOI:10.1007/s12445-018-0147-7.
Radboudumc, IQ Healthcare, Nijmegen: M. Rutten, kaderhuisarts Spoedzorg, onderzoeker, martijn.rutten@radboudumc.nl; dr. P. Giesen, kaderhuisarts spoedzorg, onderzoeker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Voorkom onnodig gebruik van cannabis en opioïden

Herziening NHG-Standaard Pijn

Monique Verduijn, Carolien Hooymans

Patiënten vragen de huisarts steeds vaker om cannabis bij pijnklachten of om een herhaalrecept voor opioïden na een ingreep in het ziekenhuis. Het gebruik van opioïden in Nederland ligt aanzienlijk lager dan in Verenigde Staten, maar het neemt de laatste jaren net als in de Verenigde Staten toe. Daarom is de NHG-Standaard Pijn aangescherpt met aanbevelingen om onnodig gebruik van beide middelen te voorkomen.

CANNABIS

Er is onvoldoende bewijs voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven door behandeling met cannabis bij patiënten met (chronische) pijn. Er zijn wel bijwerkingen mogelijk, zoals duizeligheid, desoriëntatie, verwardheid, euforie, suf- en slaperigheid, droge mond, misselijkheid en asthenie. Gebruik van cannabis op recept van de huisarts bij patiënten met (chronische) pijn wordt daarom niet aangeraden. Overweeg een (proef)behandeling met cannabis alleen bij patiënten met pijn in de palliatieve fase bij wie gangbare behandeling niet voldoende helpt of te veel bijwerkingen geeft. Ook in de palliatieve fase is er onvoldoende bewijs voor pijnreductie, maar patiënten kunnen in deze fase ook baat hebben van de bijwerkingen, zoals euforie, sufheid en tegengaan van misselijkheid. Stem behandeling zo nodig af met andere behandelaars, omdat ook interacties mogelijk zijn.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: namens de werkgroep van de NHG-Standaard Pijn: MM Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker, CDM Hooymans, ziekenhuisapotheker en wetenschappelijk medewerker Correspondentie: m.verduijn@nhg.org.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Zie www.nhg.org voor de volledige versie van de NHG-Standaard Pijn en het NHG-Standpunt Cannabis.

OPIOÏDEN

De aanbevelingen over opioïden in de NHG-Standaard Pijn zijn aangescherpt om overmatig gebruik door gewenning en afhankelijkheid te beperken. Het advies is om alleen een sterkwerkend opioïd te overwegen bij ernstige pijn die zoveel invloed heeft op het dagelijks functioneren dat deze situatie moet worden doorbroken en die met de overige behandelingen en optimaal ingestelde medicatie onvoldoende vermindert. Om het risico op afhankelijkheid van opioïden te beperken, is het advies om ze alleen bij uitzondering voor te schrijven in geval van chronische, niet aan kanker gerelateerde pijn, en alleen aan patiënten zonder gevoeligheid voor middelenafhankelijkheid en bij voorkeur kortdurend. Terughoudend voorschrijven bij patiënten met een psychische aandoening is belangrijk. Door voor de start met de patiënt de voor- en nadelen en gebruikstermijn te bespreken, wordt onnodig voorschrijven naar verwachting voorkomen.

VOOR- EN NADELEN VAN OPIOÏDEN

Voordelen zijn: effectief bij pijn door kanker, maar minder bewezen effectief bij andere vormen van chronische pijn. Nadelen zijn: problemen in het dagelijks functioneren door sufheid, noodzaak tot gebruik van laxantia en kans op afhankelijkheid en gewenning, waardoor steeds hogere doseringen nodig en meer bijwerkingen mogelijk zijn. Uitgangspunt is het patiëntenperspectief, gebruikmakend van de SCEGS-dimensies (zie NHG-Standaard Pijn). Door de behandeling elke een tot twee weken te evalueren en af te stemmen of verdere behandeling met opioïden nog noodzakelijk is en of de werkzaamheid opweegt tegen de bijwerkingen, blijft de gebruiksperiode zo kort mogelijk. Daarop berust ook de aanbeveling om opioiden bij voorkeur alleen na een consult te herhalen en daarbij te vragen naar de werkelijke pijnvermindering. Bij onvoldoende pijnstilling kan het opioïd beter gestopt worden. Alleen bij zorgvuldig ingestelde patiënten kunnen recepten herhaald worden, mits dit gebeurt volgens het afgesproken behandelplan met controlemomenten, mogelijkheid tot feedback en bijstelling. ■

Gebruik van cannabis wordt bij patiënten met pijn niet aangeraden. Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, Van Coevorden RS, Van de Vusse A, Van den Donk M, Van Es A, Veldhoven CMM, Verduijn MM. NHG-Standaard Pijn. www.nhg.org.
2. Verduijn MM, Hooymans CDM. NHG-Standpunt Cannabis. Huisarts en Wetenschap 2018;61(6).DOI:10.1007/s12445-018-0138-8. Zie ook www.nhg.org.

NHG-Standpunt Cannabis

Monique Verduijn, Carolien Hooymans

Het gebruik van cannabis voor medische doeleinden heeft de afgelopen jaren een hoge vlucht genomen. Diverse pleitbezorgers benadrukken de positieve effecten van het gebruik van cannabis. Het NHG beveelt het voorschrijven van cannabis niet aan, omdat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven. Cannabis kan wel een plaats hebben in de palliatieve fase. Het NHG-Standpunt Cannabis geeft (praktische) informatie over cannabis en de verschillende preparaten.

AANLEIDING

Huisartsen krijgen steeds vaker vragen over cannabis van patiënten bij wie gangbare therapieën onvoldoende effectief zijn of te veel bijwerkingen geven. De afgelopen jaren is het aantal voorschriften voor medicinale cannabis sterk toegenomen.[1] Tegelijkertijd is ook het gebruik van vrij verkrijgbare cannabisolie (CBD- of wietolie) via drogist en reformzaak populair geworden. Medicinale cannabis is in Nederland niet als geneesmiddel geregistreerd.[2] Een wettelijke beoordeling van effectiviteit versus veiligheid, zoals gebruikelijk is bij geregistreerde geneesmiddelen, ontbreekt dan ook. Dit standpunt gaat alleen over volwassen patiënten en geeft (praktische) informatie over cannabis en de verschillende preparaten. Zie voor de effectiviteit van cannabis bij chronische pijn en bij pijn in de palliatieve fase de NHG-Standaard Pijn.

BEGRIPPEN

Cannabis: Latijnse benaming voor hennep; cannabis bestaat uit de gedroogde bloemtoppen van de vrouwelijke hennepplant en wordt gebruikt als synoniem voor zowel wiet als hasj. *Cannabis sativa* en *Cannabis indica* zijn twee verschillende cannabisvariëteiten.
Wiet/marihuana: gedroogde en verkruimelde vrouwelijke bloemtoppen van de *Cannabis sativa*.
Hasj(ies): een geconcentreerde koek van de hars van bladeren en bloemen van de *Cannabis sativa*.
Medicinale cannabis: cannabis die onder gestandaardiseerde omstandigheden geteeld wordt onder verantwoordelijkheid van het Bureau voor Medicinale Cannabis van het ministerie van VWS.

WERKING

De inhoudsstoffen dronabinol (tetrahydrocannabinol = THC) en cannabidiol (CBD) stimuleren de cannabinoïdreceptoren die een rol spelen bij onder andere pijnmodulatie, motoriek, misselijkheid en braken. THC is daarnaast psychoactief en kan een high gevoel, duizeligheid en verwardheid veroorzaken. Er zijn aanwijzingen dat de precieze samenstelling en verhouding van werkzame stoffen de werkzaamheid en veiligheid beïnvloeden.[3]

INDICATIES EN WERKZAAMHEID

Cannabis wordt verondersteld werkzaam te zijn bij diverse aandoeningen. Deugdelijke wetenschappelijke onderzoeken met de in Nederland beschikbare cannabispreparaten die deze claims ondersteunen zijn niet gevonden. Het voorschrijven van cannabis wordt daarom ontraden vanwege onvoldoende bewijs voor effectiviteit, terwijl bijwerkingen en interacties wel mogelijk zijn.[4] Ook voor het gebruik van cannabis in de palliatieve fase is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor pijnreductie, afname van misselijkheid en braken of verbetering van kwaliteit van leven. Toch kan in de palliatieve fase een proefbehandeling overwogen worden als gangbare behandeling niet voldoende helpt of te veel bijwerkingen geeft. Patienten kunnen in deze fase baat hebben van de bijwerkingen, zoals euforie, sufheid en tegengaan van misselijkheid. In de palliatieve fase gelden in de regel andere afwegingen. Bespreek met de patiënt de mogelijk te verwachten effecten en bijwerkingen. Stem (proef)behandeling zo nodig af met andere behandelaars en consulteer bij vragen eventueel het regionaal palliatief team en/of de anesthesioloog-pijnspecialist.

KERNBOODSCHAPPEN

- Het voorschrijven van cannabis wordt niet aanbevolen, omdat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven en bijwerkingen wel mogelijk zijn.
- Overweeg alleen in de palliatieve fase bij patiënten met (pijn)klachten bij wie gangbare behandeling niet voldoende helpt of te veel bijwerkingen geeft, een (proef)behandeling met cannabis (zie NHG-Standaard Pijn).
- Stem het voorschrijven van cannabis voor patiënten die in de tweede lijn behandeld worden af met de behandelend specialist. De huisarts kan desgewenst recepten herhalen, mits hij zich daartoe bekwaam acht.
- Raad gebruik van cannabis uit de coffeeshop of cannabisolie van drogist of reformzaak af.

VERKRIJGBARE SOORTEN CANNABIS

In Nederland zijn verschillende cannabispreparaten verkrijgbaar op recept, als zelfzorg of via de coffeeshop.[5]

Cannabis op recept

De variëteiten *Cannabis sativa* en *Cannabis indica* worden onder gestandaardiseerde omstandigheden geteeld en verwerkt onder verantwoordelijkheid van het Bureau voor Medicinale Cannabis. Ze

Tabel 1 Beschikbare toedieningsvormen van medicinale cannabis

Parameter	Onder de tong (als olie)	Oraal (als thee)	Inhalatie (per inhalatie)
Opnametijd	< 30 minuten	30 tot 90 minuten	< 5 minuten
Tijd tot maximaal effect	Na 2 tot 3 uur	Na 2 tot 3 uur	< 15 minuten
Werkingsduur	4 tot 8 uur	4 tot 8 uur	3 tot 4 uur
Voordelen	Snelle werking Gebruiksgemak Doseergemak (druppels of spuitje)	Gebruiksgemak	Snelle werking Dosering gemakkelijk aan te passen aan klachten
Nadelen	Bittere smaak (kan worden geneutraliseerd door olijven of een stukje banaan te eten na het druppelen)	Bittere smaak THC-dosering wordt bepaald door de temperatuur van het theewater Meer product nodig, omdat THC in de maag afgebroken wordt	Gebruik van een kostbaar vernevelapparaat is noodzakelijk

zijn verkrijgbaar op recept onder de naam Bedrobinol, Bedica, Bediol, Bedrocan en Bedrolite. Er zijn verschillende toedieningsvormen beschikbaar: flos (gedroogde bloemtoppen), granulaat en olie.

Cannabis als zelfzorg
Vrij verkrijgbare CBD (cannabidiol) of cannabisolie (CBD- of wietolie) die via drogist en reformzaak verstrekt wordt, mag alleen CBD en geen THC bevatten. Deze middelen vallen niet onder de geneesmiddelenwet, maar onder de warenwet. De samenstelling en kwaliteit zijn daarom niet gegarandeerd. Vergiftigingen met vrij verkrijgbare cannabisolie zijn bekend en het aantal neemt de afgelopen jaren toe.[6] Via een (internet)apotheek is CBD 2, 5 en 10% olie met gegarandeerde samenstelling als zelfzorgmiddel verkrijgbaar.[5]

Cannabis uit de coffeeshop
Cannabis kan ook gekocht worden bij de coffeeshop. De samenstelling en kwaliteit kunnen erg variëren. Verontreiniging met pesticiden, zware metalen, micro-organismen (onder andere schimmels) en haren is beschreven. Het is onbekend hoeveel patiënten cannabis uit de coffeeshop gebruiken.[7]

OVERWEGINGEN

Zie de NHG-Standaard Pijn voor de onderbouwing van cannabis bij chronische pijn en bij pijn in de palliatieve fase.
Bij patiënten met chronische pijn is er onvoldoende bewijs voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven om behandeling met cannabis te overwegen. Bovendien zijn bijwerkingen en interacties mogelijk en is behandeling kostbaar. Het voorschrijven van cannabis wordt daarom niet aanbevolen.
Patiënten met chronische klachten die niet uitkomen met de gangbare behandelingen, worden in de regel in de tweede lijn behandeld. Stem in dat geval het verzoek om cannabis af met de behandelend specialist. De huisarts kan desgewenst recepten uit de tweede lijn herhalen, mits hij zich daartoe bekwaam acht en na overdracht met (controle-) instructie van de behandelend specialist en de mogelijkheid om laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen.
Bij patiënten met (pijn)klachten of misselijkheid in de palliatieve fase kan het voorschrijven van cannabis worden overwogen als gangbare behandelingen niet voldoende helpen of te veel bijwerkingen geven (zie Indicaties en werkzaamheid).
Psychosen of verslavingsproblematiek zijn absolute contra-indicaties voor het gebruik van medicinale cannabis. Andere belangrijke contra-indicaties zijn coronair lijden of (verhoogd risico op) psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen) en een verlengd QT-interval. Bij gebruik in de palliatieve fase gelden in de regel andere afwegingen ten aanzien van contra-indicaties. Raad gebruik van cannabis via de coffeeshop of cannabisolie via drogist en reformzaak af, omdat de samenstelling en kwaliteit niet gegarandeerd zijn. Wijs de patiënt die cannabisolie als zelfzorg wil gebruiken op CBD-olie met gegarandeerde samenstelling.

INFORMATIE BIJ VOORSCHRIJVEN VAN CANNABIS

De verwachting is dat de gehaltes en verhouding tussen THC en CBD de effecten en bijwerkingen van cannabis bepalen.[3] Gebruikelijk is om in de praktijk te starten met een product met een laag THC-gehalte (al dan niet in combinatie met CBD) vanwege de psychoactieve werking van THC (high gevoel) en bij onvoldoende effect over te stappen naar een product met een hoger THC- of CBD-gehalte.[8]

Toedieningsvorm en gebruiksadviezen
De toedieningswijze bepaalt de werkingssnelheid, (tijd tot) maximaal effect, bijwerkingen en werkingsduur **[tabel 1]**.[9] De meeste patiënten geven de voorkeur aan cannabisolie onder de tong, omdat het makkelijk te doseren is, goed te bewaren en snel wordt opgenomen.

Gebruiksinstructies
Ga voor de dagelijkse praktijk uit van onderstaande gebruiksinstructies:[10]

- **olie:** start met 1-2 druppels 2-3 keer per dag onder de tong. Verhoog op geleide van het effect het aantal druppels. Opbouwschema's zijn opgenomen in de bijsluiter (zie www.cannabiszorg.nl of www.transvaal-apotheek.nl).
- **thee:** start 's avonds met 200 ml thee van 1 gram granulaat of flos* per liter kokend water (de thee kan maximaal vijf dagen afgedekt in de koelkast bewaard worden na toevoeging van een theelepel koffiemelkpoeder). Bij onvoldoende effect kan de dosering na een tot twee weken verhoogd worden tot 2 dd 200 ml.
- **inhalatie:** start met 1-2 inhalaties dagelijks uit een betrouwbare verdamper (100-200 mg granulaat of flos* in de verdamper per keer; 5-15 minuten wachten tussen de inhalaties) tot het gewenste effect of totdat bijwerkingen optreden. De verdamper Volcano Medic® is gecertificeerd als medisch hulpmiddel en kost ongeveer € 500 (via www.vapormed.com).

* Granulaat is gemakkelijker te doseren dan flos en verhoogt daardoor het gebruiksgemak voor de patiënt.

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat cannabis zorgt voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven. Foto: iStock

Het roken van cannabis is schadelijk voor de luchtwegen en de omgeving; raad roken daarom af. Voor de palliatieve fase kan de afweging van dit advies anders zijn. Raad ook het gebruik van een waterpijp af, omdat deze de actieve THC en CBD uitfiltert. Hierdoor moet uiteindelijk meer rook ingeademd worden om effect te ervaren.
Schrijf cannabis bij voorkeur op recept uit voor de eigen apotheek, omdat dan volledige medicatiebewaking kan plaatsvinden. De eigen apotheek kan flos, granulaat of cannabisolie bestellen en deze afleveren aan de patiënt. De patiënt moet de kosten meestal zelf betalen.[11]

AANDACHTSPUNTEN

Bijwerkingen
Mogelijke bijwerkingen zijn high worden, hoofdpijn, duizeligheid, desoriëntatie, verwardheid, euforie, suf- en slaperigheid, vermoeidheid, droge mond, misselijkheid, gevoel van warmte of koude in handen en voeten, rode branderige ogen, troebel zien, spierverslapping en bij roken irritatie van de luchtwegen. Cardiale bijwerkingen zijn tachycardie, orthostatische hypotensie, hypertensie en een verhoogd hartminuutvolume.[12]

Interacties
Combinatie van cannabis met andere centraal werkende/dempende stoffen (zoals alcohol, benzodiazepines en opioïden) versterkt het versuffend effect. Bij combinatie met pijnstillers kan de benodigde dosis van de pijnstiller lager zijn.[12]

Contra-indicaties
Psychosen of verslavingsproblematiek zijn absolute contra-indicaties voor het gebruik van cannabis. Andere belangrijke contra-indicaties zijn verlengd QT-interval, coronair lijden, (verhoogd risico op) psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen), leeftijd < 24 jaar, zwangerschap of het geven van borstvoeding. In de palliatieve fase gelden in de regel andere overwegingen ten aanzien van contra-indicaties en wordt samen met de patiënt en diens naasten een afweging gemaakt.[13]

Speciale voorzorgen

- Reactie- en concentratievermogen (onder andere rijvaardigheid)
  Bij de start kan sprake zijn van een verminderd reactie- en concentratievermogen. Bij verkeersdeelname gelden sinds 1 juli 2017 de wettelijke limieten voor drugsgebruik in het verkeer ook bij medisch gebruik. Bij overschrijding van de grenswaarde voor THC is er sprake van een overtreding.[14]
- Verslaving
  Zonder voorgeschiedenis van verslavingsproblemen of afhankelijkheid is het ontwikkelen van een verslaving niet waarschijnlijk. Langdurig gebruik van hoge doseringen leidt mogelijk tot verslaving en kan bij stoppen tot onthoudingsverschijnselen leiden.[12]
- Op reis
  Cannabis valt onder de Opiumwet. Informatie per bestemming is te vinden op www.hetCak.nl.[15]
- Sporters
  THC staat op de Dopinglijst van het Wereld Anti-Doping Agentschap (WADA).

NOTEN EN LITERATUUR

De noten en literatuur staan bij dit standpunt op www.nhg.org. ■

Verduijn MM, Hooymans, CDM.
NHG-Standpunt Cannabis.
Huisarts Wet 2018:61(6).55-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0138-8.
NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: M.M. Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker, m.verduijn@nhg.org, C.D.M. Hooymans, ziekenhuisapotheker en wetenschappelijk medewerker.
Zie voor de volledige versie inclusief noten en literatuur: www.nhg.org.

Diagnostische onzekerheid bij ouderen tijdens de HAP-dienst

Angelique Boers

Ouderen die een HAP bezoeken hebben vaak complexe hulpvragen en aspecifieke klachten. Anamnese en lichamelijk onderzoek leveren dan vaak maar beperkte informatie op. En ook beslisregels en de ABCDE-methodiek geven niet altijd uitsluitsel over het te volgen beleid. Huisartsen op de HAP staan dan voor de lastige taak om te bepalen of de patiënt thuis kan blijven, of moet worden doorgestuurd naar de spoedeisende hulp.

DIAGNOSTISCHE ONZEKERHEID

Tijdens een dienst rijden huisartsen 75% van hun visites voor patiënten van 65 jaar en ouder.[1] Bij ouderen gaat het vaak om complexere hulpvragen en aspecifieke klachten. De indruk bestaat dat veel ouderen ten onrechte op de spoedeisende hulp terechtkomen, vaak via rechtstreekse 112-meldingen, dus zonder consult van de huisarts. Zeker bij ouderen ligt de meerwaarde van de huisarts in diens integrale benadering van de patiënt. Het is een uitdaging om in geval van aspecifieke klachten een beleid te formuleren waarbij de patiënt met een gecalculeerd risico thuis kan blijven en niet ten onrechte op een spoedeisende hulp belandt.

De kans op incidenten tijdens de HAP-dienst stijgt met elk jaar dat een patiënt ouder wordt

Het is bekend dat de kans op incidenten tijdens de HAP-dienst toeneemt met elk jaar dat een patiënt ouder wordt.[2] We weten ook dat bijvoorbeeld veel huisartsen het lastig vinden om sepsis te herkennen, terwijl de kans op sepsis vanaf het 40e levensjaar elke 10 levensjaren grofweg verdubbelt.[3,4] Gegeven deze risico's is het voor huisartsen lastig om met de beperkte informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek te besluiten een oudere thuis te laten.
In het leergesprek met de aios uit de casus kwam op grond van het thema 'atypische klachten bij ouderen' naar voren dat je bij dergelijke klachten een acute ziekte, zoals een acuut myocardinfarct, niet kunt uitsluiten. De onzekerheid in zulke situaties vormde een belangrijk aandachtspunt in het gesprek.

CASUS

Tijdens een avonddienst komt een huisarts met zijn aios bij een 84-jarige patiënte die bang is 'aan haar eindje te komen'. Ze heeft de HAP-triagiste verteld dat ze volgens haar dochter bleek ziet en dat ze erg transpireert. Ze heeft geen pijn op de borst, geen last van hartkloppingen, is niet benauwd en vertoont geen uitvalsverschijnselen. Haar klachten boezemen haar veel angst in. Uit de triage met behulp van de Nederlandse Triage Standaard komt de urgentie U2.
Bij aankomst treffen de huisarts en aios een ogenschijnlijk niet-zieke patiënte. Een oriënterend lichamelijk onderzoek laat een ABCDE-stabiele vrouw zien:
A: ademweg vrij
B: normale huidskleur, ademfrequentie 16/min, O_2-saturatie 96%, normale auscultatie van de longen, sonore percussie
C: transpiratie afwezig, CRT < 2 sec, CVD niet verhoogd, pols 86/min r.a., RR 160/95 mmHg, cor geen souffles, geen perifeer oedeem
D: EMV-score = 15, FAST-test normaal, glucose 7 mmol/l
E: temperatuur 36,6 °C, mevrouw kan naar het toilet lopen, huidinspectie g.b., urineonderzoek: nitriet neg.
De huisarts legt uit dat alle controles goed zijn. Mevrouw vertelt nogmaals dat ze echt bang is om dood te gaan, maar weet niet waar dit gevoel precies vandaan komt. In het verleden heeft ze weleens een tablet oxazepam gekregen en nu blijkt dat alle controles goed zijn zou ze die graag nog eens krijgen. De aios schrijft in overleg met de patiënte en de aanwezige dochter oxazepam 1-3 maal 10 mg voor en geeft mevrouw en haar dochter vangnetadviezen.

In deze casus namen anamnese en lichamelijk onderzoek de diagnostische onzekerheid niet weg. Bij ouderen hangt deze onzekerheid vaak ook samen met het atypische karakter van de klachten. Hier volgen enkele voorbeelden.

Koorts

Het is algemeen bekend dat ouderen met een infectie minder vaak koorts hebben. We zijn hierop bedacht en registreren ondertemperatuur dan ook als een verschijnsel dat op een infectie kan duiden. Het immuunsysteem van ouderen werkt niet optimaal: de T- en B-lymfocyten en de macrofagen functioneren onder invloed van de hogere leeftijd minder goed.[5,6]

Myocardinfarct

Het acute myocardinfarct gaat slechts bij 50% van de mensen boven de 80 jaar gepaard met pijn op de borst, bij 85-plussers zelfs maar bij minder dan 40% van de mensen. Veel vaker is dyspneu de genoemde klacht en hebben deze patiënten atypische klachten van algehele malaise, verwardheid en/of buikpijn. De patiënt uit de casus kon alleen het gevoel van malaise noemen als klacht, maar niettemin kon er ook bij haar sprake zijn van een myocardinfarct. Een extra complicerende factor bij ouderen is dat ook de diagnostiek minder sensitief is. Daardoor is ook in de 2e lijn de kans op een fout-negatieve uitslag groter. Wanneer we de precieze diagnose pas in een later stadium kunnen stellen, zullen we ook vaker geconfronteerd worden met de late symptomen van een myocardinfarct, zoals hartfalen en of ritmestoornissen.[5,7-9]

Aspecifieke klachten maken het stellen van een juiste diagnose bij ouderen extra lastig. Foto: Margot Scheerder

Hartfalen

Ouderen zijn bij hartfalen minder vaak kortademig, maar hebben eerder uitingen van hypoxie, zoals sufheid, verwardheid en onrust. Ook zie je in een negatieve cascade eerder de gevolgen van verminderde weefselperfusie op afstand, zoals CVA's en ischemie aan de extremiteiten.[5-8] De oorzaken van hartfalen bij ouderen zijn vaker van metabole en medicamenteuze aard.[5,6]

Buikpijn

Buikpijn is bij ouderen vaak minder heftig. Bij een acute buik is peritoneale prikkeling minder vaak aanwezig, wat ook geldt voor de al eerder genoemde koorts. Algemenere symptomen als sufheid en verwardheid komen daarentegen juist meer voor. En denk net als bij kinderen ook aan niet-abdominale oorzaken, zoals pneumonie, longembolie, hartfalen en myocardinfarct.[5,6,8]

BESLISREGELS EN TESTS

Bij de casus vond de huisarts geen afwijkingen bij de ABCDE-methodiek. Deze is waarschijnlijk niet altijd sensitief genoeg om de vitaal bedreigde oudere op te sporen. De ABCDE-methodiek is een niet-gevalideerd instrument en het is dus ook wat betreft ouderen niet bekend in welke mate het helpt om de onzekerheid bij de huisarts te verkleinen.
In het algemeen zal de kans dat we bedreigde ouderen tijdig herkennen, waarschijnlijk groter worden als we de meetwaarden bepalen die we hanteren in beslisregels voor de vitaal bedreigde patiënt. Dan gaat het om instrumenten als de q-SOFA (quick-Sepsis Related Organ Failure Assessment), de SIRS-criteria (Systemic Inflammatory Response Syndrome), de MEWS (Modified Early Warning score) of de ISAR-criteria (Identification of Senior At Risk). Voor de eerstelijnszorg is dit echter nog niet onderzocht.[4,10-12]
POCT-tests[13] en mobiele ecg- en echoapparatuur zullen in de toekomst waarschijnlijk een steeds belangrijkere rol gaan spelen om de huisarts te ondersteunen bij het nemen van beslissingen.

KERNKWALITEITEN

Vooralsnog zal de huisarts vaak in onzekerheid verkeren als het een oudere patiënt betreft met atypische klachten. Anam-

DE KERN

- Ouderen met aspecifieke klachten vormen tijdens de HAP-dienst een belangrijke bron van onzekerheid voor de huisarts.
- De aspecifieke klachten maken het stellen van een juiste diagnose bij ouderen extra lastig.
- Beslisregels en de ABCDE-methodiek helpen niet altijd om de diagnostische onzekerheid bij ouderen te verminderen.

VERVOLG CASUS
De patiënte die bang was 'aan haar eindje te komen' heeft na het bezoek van de huisarts en diens aios geen andere klachten ontwikkeld en had naar alle waarschijnlijkheid, conform de inschatting van de aios, last van angstklachten. De risicocalculatie was achteraf bezien dus juist. Waarschijnlijk herkennen veel huisartsen de onzekerheid die deze casus bij huisarts en aios opriep.

nese en lichamelijk onderzoek laten hem vaak in de steek. En ook beslisregels en de ABCDE-methodiek geven niet altijd duidelijk richting aan het diagnostische proces. Gelukkig beschikt de huisarts altijd nog over zijn pluis-/niet-pluisgevoel. Ook dankzij zijn vermogen om in samenspraak met de patiënt en diens naasten tot het gewenste beleid te komen, is de huisarts meestal prima in staat de juiste afweging te maken. Er is vrijwel altijd sprake van een gecalculeerd risico. Veel ouderen willen bovendien graag thuisblijven. Het behoort tot de kernkwaliteiten van de huisarts om met een dergelijke onzekerheid om te gaan. Binnen de spoedzorgketen lijkt de huisarts de aangewezen persoon om het beleid te bepalen bij oudere patiënten, bij wie de diagnose vaak niet direct duidelijk is omdat specifieke symptomen ontbreken. ■

LITERATUUR

1. https://ineen.nl/wp-content/uploads/2017/01/NZR-016_Rapport-Ontwikkelingen-op-de-HAP_2017.01.13.pdf.
2. Smits M, Huibers L, Kerssemeijer B, De Feijter E, Wensing M, Giesen P. Patient safety in out-of-hours primary care: a review of patient records. BMC Health Serv Res 2010;10:335.
3. Loots F, Prins A, Tjan D, Koekkoek K, Hopstaken R, Giesen P. Sepsis herkennen bij een volwassene. Huisarts Wet 2017;60:400-3.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Boers A. Diagnostische onzekerheid bij ouderen tijdens de HAP-dienst. Huisarts Wet 2018;61(6):DOI:10.1007/s12445-018-0173-5.

Huisartsen Dudokplein, Dordrecht: A. Boers, huisarts, aboershuisarts@gmail.com.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Intermezzo

De rode zorgkaart

Sjoerd Hobma

De huisarts als poortwachter van de zorg: ik hoor er nog maar weinig over. Toen ik als huisarts begon was het beeld toch een beetje dat hordes mensen terecht maar vooral ook onterecht op de muren van de zorg beukten, en wij als huisartsen maakten een schifting. Jij wel, jij niet. We hadden verstrekkingsformulieren (voor de paramedische zorg) en verwijskaarten (voor de specialist). Er was een kaart voor kortdurende zorg ('de groene') en een voor langdurige ('de bruine'). Niemand vond destijds dat het roer om moest, hoewel het toch een hoop geschrijf was.
Het lijkt of die eis om doorverwijzing zeldzamer is geworden. Ik voer niet zo vaak meer discussies over wel of niet naar het ziekenhuis. Mensen lijken een realistischer beeld te hebben wat ze in de tweede en in de eerste lijn kunnen verwachten. Kunnen we onze functie als poortwachter maar beter schrappen? Nee, maar we moeten ons in die poort omdraaien. We moeten de zorg niet tegen de patiënten beschermen, maar de patiënten tegen de zorg.
Ik zie een nogal ongecontroleerde stroom van hartfalen, nierfalen, long- en ga-zo-maar-door-verpleegkundigen rondlopen, specialistische wondzorg, huidtherapie, zorgtrajectbegeleiding, casemanagers, zzp-ers, gezondheidscoaches, ga zelf maar door. Eenmaal ingeschakeld - vaak is niet duidelijk door wie en waarom - houdt deze zorg zelden spontaan op. En wat het oplevert is meestal niet duidelijk. Frustrerend vind ik, want het zorgt vaak voor ruis, en een hoop extra kosten natuurlijk.
Ik stel voor om, als tegenhanger van de oude groene en de bruine kaarten, twee nieuwe kaarten aan de huisarts beschikbaar stellen. Geen verwijskaarten, maar ontzorgkaarten. Heeft een patiënt zorg aan huis die weinig lijkt op te leveren? Die krijgt een gele zorgkaart, die zorg kan wel wat minder. En als het echt zinloos lijkt: de rode zorgkaart. Stop die zorg, nu! ■

Spoedzorg is geen ramp

Tanja Veenstra

Femke Hohmann is praktijkhoudend huisarts in Rotterdam, kaderhuisarts spoedzorg, medeoprichter en voorzitter van de SpoedHAG (expertgroep). Daarnaast is ze huisartsopleider en vervult ze diverse bestuursfuncties (o.a. NHG-Verenigingsraad, RvT huisartsenposten Amsterdam en bestuur Nederlandse Reanimatie Raad). Foto: Margot Scheerder

Op 15 maart 2018 rondde een tweede lichting huisartsen de NHG-kaderopleiding Huisarts en Spoedzorg af. Op het bijbehorende congres sprak H&W vier huisartsen met een passie voor spoed. Femke Hohmann, voorzitter van de vorig jaar opgerichte SpoedHAG: "Iedereen ziet in dat er iets moet veranderen als we op een verantwoorde manier spoedzorg willen blijven leveren."

Waarom koos je twee jaar geleden voor deze nieuwe kaderopleiding?
"Net als de meeste deelnemers van het eerste uur was ik al actief binnen de huisartsgeneeskundige spoedzorg en heb ik bijzondere affiniteit met dat vakgebied. Zo ben ik docent voor de STARtclass bij Schola Medica voor de cursussen spoedzorg in de huisartsenpraktijk. Het lag dan ook voor de hand deze opleiding te volgen. Iedereen heeft andere motieven om te kiezen voor zo'n traject, maar de meesten van ons houden van actie, zijn niet angstig aangelegd en nemen geen blad voor de mond."

Je bent mede-oprichter en voorzitter van de expertgroep, hoe ging dat in zijn werk?
"Een van de opdrachten tijdens de opleiding is het schrijven van een beleids- of projectplan. Medestudent Alja Sluiter en ik kozen voor het opzetten van de expertgroep. We hoefden alleen het plan te maken, maar we houden van doorpakken. Dus besloten we het meteen ook maar uit te voeren. Zo konden we precies een jaar geleden, tijdens ons afstudeercongres, de expertgroep meteen al presenteren."

Waar staan jullie voor?
"Allereerst willen we natuurlijk dat de patiënt binnen de spoedzorg op de juiste plek, door de juiste persoon en op het juiste moment geholpen wordt. Daarbij staan we voor de belangen van de huisarts binnen de spoedzorg, maar ook andersom: voor het belang van de spoedzorg binnen de huisartsgeneeskunde. Wij hebben in het totale aanbod van spoedzorg een heel grote rol, ook al denken de meesten bij spoedzorg primair aan de ambulancedienst en de SEH. We vinden het daarom belangrijk dat je daar als huisarts goed op voorbereid bent, zowel medisch-inhoudelijk als materieel en organisatorisch. Een deel van de huisartsen voelt zich onvoldoende ervaren in echte spoed en is niet opgeleid in de ABCDE-systematiek. In plaats van een diagnose te stellen beoordeel je daarmee de toestand van de patiënt volgens het principe *'treat first what kills first'*. We stimuleren dus nascholing op dit gebied. De ABCDE-benadering fungeert als houvast en training kan onzekerheid en angst voor spoedsituaties wegnemen."

Wat is je rol als kaderhuisarts in het veranderende landschap van de spoedzorg?
"Er is inderdaad van alles gaande in de spoedzorg. Diverse partijen, zoals ziekenhuizen, ambulancediensten en SEH's ontplooien eigen initiatieven en zoeken samenwerking in de keten. Daarom is het belangrijk dat er ook vanuit de huisartsgeneeskunde iemand is met inhoudelijke kennis van de spoedketen, die al die 'eilandjes' met elkaar kan verbinden. Iemand die het krachtenveld kent, maar ook rekening houdt met de achterban en de wensen van patiënten, want daar draait het uiteindelijk allemaal om."

En, hoe gaat dat, na een jaar?
"Na de oprichting van de SpoedHAG merkten we meteen verschil. Waar het voorheen best ingewikkeld was om met een specialist in het ziekenhuis of met ambulancepersoneel te overleggen – wat wist een huisarts nou van spoedzorg? – merken we dat ze ons nu veel serieuzer nemen. We voorzien bovendien echt in een behoefte, zozeer zelfs dat we daar op dit moment onvoldoende kunnen voldoen aan de vraag naar kaderhuisartsen. Daarom zijn we heel blij dat nu ook de tweede lichting is afgestudeerd." ■

Martijn Rutten: “De toekomst van de spoedzorg ligt in de samenwerking binnen de keten”

Martijn Rutten is huisarts in Nijmegen, stuurgroeplid en inhoudelijk coördinator van de kaderopleiding Huisarts en Spoedzorg. Daarnaast doet hij promotieonderzoek naar de optimale samenwerking tussen HAP en SEH (Radboudumc). Foto: Margot Scheerder

Wat trekt je aan in de spoedzorg?
“De spanning van het acuut moeten handelen. En ik vind het fijn om er te zijn voor patiënten op een bepalend moment in hun leven. Je zou het misschien niet zeggen, maar het grootste aandeel van de spoedzorg is in handen van huisartsen. De dagpraktijken en de huisartsenposten gaan daarbij ongeveer gelijk op. Samen staan ze voor ruim 5 miljoen spoedcontacten (U1-U3) per jaar, tegen 2 miljoen bij de SEH’s en 1 miljoen bij de ambulancediensten (zie ook elders in dit nummer). Als huisartsen hebben we dus een belangrijke rol in de spoedzorg. De urgenties en de complexiteit verschillen doorgaans van die op de SEH, maar we hoeven onszelf niet klein te voelen binnen de spoed!”

Wat is het doel van de opleiding?
“De opleiding is opgezet om de huisartsenspoedzorg naar een hoger niveau te tillen, in eerste instantie vooral regionaal, later bij voorkeur ook landelijk. Een van de leerlijnen is gericht op medisch-inhoudelijke kennis, zoals training in de ABCDE-systematiek. Daarnaast hebben we een didactische leerlijn, zodat de kaderhuisarts collega’s in de regio les kan geven in spoedzorg. Dan is er nog een wetenschappelijke en een organisatorische/beleidsmatige leerlijn. De spoedzorg op de huisartsenposten is sterk in beweging, net als de samenwerking met de SEH en de ambulancedienst. Daarvoor heb je tips en tricks nodig: hoe ziet het veld eruit, hoe beweeg je je daarin, welke rol heb je als kaderhuisarts en welke kwaliteitsverbetertrajecten kun je initiëren?”

Welke rol is weggelegd voor de kaderhuisarts spoedzorg?
“Je kunt eigenlijk op alle genoemde gebieden opereren: als adviseur bij organisatorische vraagstukken of als medisch manager, bijvoorbeeld op een HAP, of je kunt als spoed-expert meedenken over de ontwikkeling van richtlijnen. Je kunt onderzoek naar spoedzorg in de eerste lijn doen of stimuleren en je kunt als expert-docent gaan werken bij een huisartseninstituut, lokale organisaties of Schola Medica. Het gaat in elk geval verder dan alleen werken op een HAP. Kaderhuisartsen leggen de verbinding tussen huisartsen, specialisten en ambulancediensten. Soms bemoeien ze zich zelfs met de politiek.”

Wat kan er beter in de spoedzorg?
“De financiële armslag voor de zorg is beperkt, terwijl de druk op de eerste en de tweede lijn toeneemt. Zo ook die op de spoedzorg. SEH’s raken overbelast, ambulances halen de aanrijtijden niet meer, huisartsenposten ervaren grote druk en de huisarts heeft overvolle spreekuren, terwijl er bovendien veel werk van de tweede naar de eerste lijn verschuift. We staan kortom allemaal onder druk in de (spoed)zorg. Mede daardoor vragen sommigen zich af of we die wel moeten blijven bieden. Maar ik denk dat we er juist voor moeten gaan staan, want de spoedzorg hoort nadrukkelijk bij ons vak. Er is wel verandering nodig. We moeten ophouden met denken in domeinen, financiën en macht en op zoek gaan naar gezamenlijke oplossingen: waar hoort deze patiënt met deze vraag nu echt thuis? Is hij vooral gebaat bij huisartsgeneeskundige of specialistische expertise? De toekomst van de spoedzorg ligt naar mijn mening in de samenwerking binnen de keten. De kaderhuisarts en de expertgroep kunnen daar een beslissende rol in spelen.” ■

KADEROPLEIDING HUISARTS EN SPOEDZORG
De tweejarige kaderopleiding is een samenwerkingsverband van het NHG, Radboudumc, Erasmus MC en Schola Medica. De eerste groep begon in 2015, in oktober 2018 start de vierde lichting.
Tijdsinvestering: gemiddeld een dag per week.
Kosten: € 4.500 (individuele huisartsen); € 5.000 (deelnemers via HAP of universiteit)
Accreditatie: 40 punten.

Remco Rietveld: “Ons huidige triagesysteem is heel defensief”

Remco Rietveld is praktijkhoudend huisarts in Heerhugowaard, kaderhuisarts bij Huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland (HONK) in regio Alkmaar en huisartsopleider bij het VUmc. Sinds zijn afstuderen is hij lid van het bestuur van de SpoedHAG. Foto: Margot Scheerder

Gefeliciteerd met je afstuderen! Wat was jouw bijdrage aan het afsluitende congres?
“Dat heb ik samen met mijn afstudeergroep georganiseerd. We mogen tevreden zijn: met 140 deelnemers zijn we helemaal volgeboekt. Vandaag heb ik maar liefst twaalf keer de workshop *Zuurstof geven* verzorgd. In twee andere workshops komen neusbloeding en de gemodificeerde Valsalva-manoeuvre aan bod. De deelnemers volgden daarnaast een ABCDE-scenariotraining.”

Wat was voor jou de aanleiding om de opleiding te volgen?
“Door mijn werk voor de kwaliteitscommissie van onze HAP leerde ik de spoedzorg beter kennen. Ik maakte protocollen en beleid en kreeg allerlei vragen van collega’s over spoedzorg, waardoor ik me in de materie ging verdiepen. Daarnaast heb ik als huisartsopleider de ABCDE STARtclass gedaan. Daardoor was mijn interesse nog meer gewekt. Toen mijn termijn bij de commissie erop zat, ging ik daarom op zoek naar andere manieren om iets met spoedzorg te doen. Toen er in mijn regio, Alkmaar, een functie vrijkwam voor een kaderhuisarts spoedzorg, heb ik meteen gesolliciteerd. Om als zodanig te mogen werken, moet je natuurlijk de opleiding doen, dus die deed ik naast het werk in de praktijk en de HAP. Ik werk daar gemiddeld twaalf uur per maand als kaderhuisarts.”

Wat doe je in die uren zoal?
“Ik ben medisch adviseur van de directeur en vertrouwenspersoon voor collega’s die een calamiteit meemaken. Verder zit ik in het rampenteam en ondersteun ik de directeur in allerlei projecten, zoals het samengaan van onze spoedpost met de SEH van het Noordwest Ziekenhuis. Onlangs is ook het project *Ambitie Spoedzorg* gestart: met een adviesbureau, het ziekenhuis en Huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland zoeken we uit wat de gedeelde ambitie is voor spoedzorg in de regio.”

Wat zijn jouw ambities voor de spoedzorg?
“Het is van belang dat we een landelijk dekkend netwerk krijgen van kaderhuisartsen, dat we allemaal dezelfde taal spreken, hetzelfde uitdragen en dat de spoedzorg overal hetzelfde is. En vooral dat die zorg behouden blijft voor de huisarts, want die hoort echt bij ons werk. We volgen daarmee het *NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg* (2013), waarin valt te lezen dat wij ook verantwoordelijk zijn voor de 24/7-spoedzorg.”

Doe je ook iets aan onderzoek op het gebied van spoedzorg?
“Met de HAP in Alkmaar doen we mee aan een onderzoek naar de *Marburg Heart Score*. De vraag is of we met die klinische beslisregel de kans of iets wel of niet cardiaal is makkelijker kunnen inschatten. Ons huidige triagesysteem is heel defensief. Allemaal goed bedoeld, maar het levert ook fout-positieve gevallen op. Als iemand zich bij de HAP meldt met bijvoorbeeld pijn op de borst, krijgt hij vaak het label U1, wat meestal leidt tot inzet van een ambulance. Persoonlijk vind ik dat we zoveel mogelijk eerst zelf moeten gaan kijken, want we kennen de patiënt en kunnen de spoedvraag in de context plaatsen. Ik denk dat wij minder snel een ambulance bestellen en de patiënt toch beter bedienen.” ■

Lisette Keppel: “Het is geweldig om op te trekken met huisartsen die allemaal een groot hart hebben voor de spoedzorg”

Lisette Keppel is waarnemend huisarts in Utrecht en omgeving, medisch manager bij de huisartsenpost in Utrecht, bestuurslid LHV-Wadi en consultant/trainer patiëntveiligheid bij een adviesbureau in de zorgsector. In 2017 startte ze met de kaderopleiding Huisarts en Spoedzorg. Foto: Margot Scheerder

Huisartsgeneeskunde of spoedzorg?
“Zelfs als ik móest kiezen deed ik het niet. Ik ben huisarts in hart en nieren én ik heb een enorme passie voor spoed. Die heb ik opgedaan tijdens mijn werk op de spoedeisende hulp. Ik hou erg van de reuring, de actie, het snel moeten schakelen. Ik kan me goed voorstellen dat veel huisartsen dat lastig vinden: een spoedgeval dat dwars door je spreekuur heen fietst en je hele schema in de war schopt. Maar dat vind ik juist heerlijk. Dat je weet dat er elk moment van de dag iets onverwachts kan gebeuren.”

Hoe kwam je bij de kaderopleiding terecht?
“Een paar jaar terug zat ik vanuit de LOVAH in een werkgroep die een lunchthemabijeenkomst over spoedzorg voorbereidde voor het WONCA-congres. Een van de stellingen die we poneerden was dat er een kaderopleiding moest komen. Als de opleiding er komt, dacht ik, ga ik die sowieso doen. Want daarin komen precies de twee dingen samen waar ik zo van houd: spoedzorg en huisartsgeneeskunde. Dus zo gezegd, zo gedaan.”

Wat brengt de opleiding je tot nu toe?
“Vooral veel houvast. Je krijgt handvatten om iets te betekenen voor de spoedzorg in de eerste lijn en misschien een brug te slaan naar de tweede lijn. Ik wist al aardig hoe de hazen lopen, maar het is geweldig om op te trekken met een groep huisartsen die allemaal een groot hart hebben voor de spoedzorg. En samen te brainstormen over de problemen rond de ANW-uren, om maar iets te noemen. Ook het spoedinhoudelijke onderwijs vind ik erg goed, vooral de ABCDE-scenariotrainingen met de onovertroffen simulatiepatiënten: je waant je daadwerkelijk in een spoedsituatie! Die ABCDE-aanpak is een eenvoudige kapstok en erg handig als je het hoofd koel wilt houden: een aanrader voor iedere huisarts die er nog niet in is geschoold.”

Krijg je als waarnemend huisarts meer spoed op je bord?
“Niet per se, want ik werk veel in dagpraktijken. Ik heb voorlopig voor het waarnemen gekozen omdat ik het fantastisch vind om al die keukens vanbinnen te zien en ideeën op te doen. Het geeft me ook veel ruimte voor andere activiteiten, zoals bestuurstaken voor de LHV-Wadi, mijn functie als medisch manager op de HAP in Utrecht en nu de kaderopleiding. Uiteindelijk wil ik graag mijn eigen praktijk, want ik ben huisarts geworden voor de continuïteit.”

Wat kan er beter in de spoedzorg?
“Er is op alle fronten werk aan de winkel. Allereerst hoop ik, nu er steeds meer kaderhuisartsen komen, dat er meer verbinding ontstaat en we op hagro- of kringniveau ook voor de spoedzorg samenwerkingsverbanden kunnen opzetten. Maar eerst moeten we om de druk van de ketel te halen het werk, ook de ANW-diensten, slimmer organiseren. Een ‘knelpuntje’ is dat huisartsen van de inhoud zijn en meestal weinig hebben met organisatie. Maar als huisarts ben je ook ondernemer, of je dat nou wilt of niet. Zelf ben ik dol op ondernemen en organiseren, dus daar ligt vast een schone taak voor mij in het verschiet.” ■

Een kind met meningokokken-sepsis

Laura Andriessen, Angelique Boers

Meningokokkensepsis is een zeer ernstige aandoening. Ook bij adequate en vroege behandeling is de mortaliteit bij een fulminant verlopende meningokokkensepsis 10 tot 15%. In een derde van de gevallen gaat het om kinderen jonger dan 5 jaar.

Meningokokkensepsis wordt veroorzaakt door de bacterie *Neisseria meningitidis*. Voor deze aandoening geldt een meldingsplicht. Een belangrijk kenmerk zijn de niet wegdrukbare bloedingen in de huid die in grootte kunnen variëren. De snelheid waarmee de bloedingen ontstaan, is een indicatie voor de ernst van de infectie, die zeer snel en fataal kan verlopen.

CASUS
Een aios ziet een 2-jarige jongen die sinds een dag last heeft van hoge koorts, snotteren, braken en dunne ontlasting. Hij drinkt en plast goed. Zijn opa wordt op dat moment behandeld voor een pneumonie. De peuter heeft een blanco voorgeschiedenis en is volledig gevaccineerd. Onderzoek toont een wat hangerig, ziek jongetje met een temperatuur van 41 °C. Er is een tachapneu van 44/minuut (normaal 25-30/minuut). Over de longen zijn aan beide zijden rhonchi hoorbaar. Hij is niet meningeaal geprikkeld. Op zijn huid zijn enkele heel kleine pukkeltjes zichtbaar, verder is de huid normaal van kleur. De werkdiagnose is pneumonie en de peuter krijgt amoxicilline, mede vanwege het contact met opa. Een controleafspraak wordt gemaakt. Drie uur later komt het jongetje tussendoor terug op het spreekuur. Hij gaat achteruit en krijgt blauwe plekken. Bij onderzoek volgens de ABCDE-systematiek constateren we:

A. vrij.
B. tachypnoe, 46/minuut, saturatie niet kunnen meten.
C. capillairy refill time > 4 seconden (normaal < 2 seconden), polsfrequentie 80/minuut (normaalwaarde 100-150/min).
D. bewustzijn verlaagd, volgens AVPU-score: V; hij opent ogen op aanspreken.
E. huid: gegeneraliseerde ecchymosen en purpura over het hele lichaam.

Direct bellen we de kinderarts met de melding: septische shock, instabiel in B, C, D en E met in de differentiaaldiagnose ‘meningokokken septische shock’. Het kindje wordt na stabilisatie overgeplaatst naar een academisch centrum en overlijdt na twintig dagen aan de complicaties van de sepsis.

Vlak na eerste spreekuurbezoek

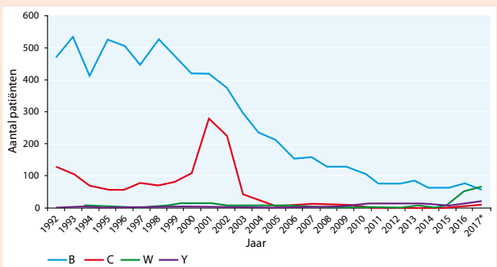
Half uur voor tweede spreekuurbezoek

Half uur voor tweede spreekuurbezoek (vervolg)

Vlak voor het tweede spreekuurbezoek

Figuur

Aantal meldingen van invasieve meningokokkenziekte veroorzaakt door type B, C, W en Y per 100.000 inwoners, 1992-2017*.



* Data t/m september 2017.

Bron: https://www.rivm.nl/Onderwerpen/M/Meningokokken.

BESCHOUWING

Meningokokkensepsis is een meldingsplichtige ziekte.[1] Deze wordt veroorzaakt door de bacterie *Neisseria meningitidis*, waarvan 12 serogroepen te onderscheiden zijn. In Nederland wordt sinds 2002 gevaccineerd tegen serogroep C. Vanaf 2018 zal het huidige vaccinatieprogramma tegen meningokokken worden uitgebreid met vaccinatie tegen typen A, W en Y.[2] De meningokok kan bij gezonde mensen in de nasofarynx voorkomen, maar slechts een enkeling wordt ziek. Besmetting geschiedt aerogeen, de incubatietijd is 3 tot 4 dagen (maximaal 2 tot 10 dagen). De piekincidentie ligt bij kinderen jonger dan 5 jaar (bijna eenderde van de gevallen) en bij jongeren van 15 tot 19 jaar. De incidentie in Nederland is gedaald van 717 in 2001 naar 132 in 2010 [**figuur**].[2]

Een belangrijk kenmerk van meningokokkensepsis zijn de niet wegdrukbare bloedingen in de huid die in grootte variëren van petechiën tot ecchymosen en/of purpura. De bloedingen in de huid komen voor op de romp, extremiteiten en conjunctivae.[3] Een ecchymose is een kleinvlekkige bloeding in de huid, waarbij net als bij petechiën en purpura bloed buiten de bloedvaten is getreden. Bij de patiënt uit deze casus was sprake van ecchymose en purpura, later overgaand in purpura fulminans. Petechiën waren niet aanwezig.

Purpura fulminans is een zeldzaam ernstig ziektebeeld, waarbij de huid infarceert door gedissemineerde intravasale stolling. De snelheid waarmee de petechiën, ecchymosen en purpura ontstaan, is een indicatie voor de ernst van de infectie die zeer snel en fataal kan verlopen. Ook bij adequate en vroege behandeling is de mortaliteit bij een fulminant verlopende meningokokkensepsis hoog: 10 tot 15%.[3,4]

De meeste leerboeken en richtlijnen noemen vooral petechiën als typisch fenomeen bij meningokokkensepsis. Het beeld van de grotere bloedingen in de huid, zoals ecchymosen en purpura, is minder bekend. Meer kennis hierover biedt de huisarts echter onvoldoende aanknopingspunten voor vroege herkenning van een fulminant verlopende infectie. De belangrijkste tools voor de huisarts blijven: bieden van een vangnet met laagdrempelig hernieuwde beoordeling, erkenning van de ongerustheid van ouders en het eigen pluis-/niet pluisgevoel. ■

We zijn de ouders van de patiënt heel dankbaar dat ze toestemming hebben gegeven voor publicatie van deze door moeder gemaakte unieke en zeer leerzame fotoreportage.

LITERATUUR

De literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Andriessen LA, Boers AIM. Een kind met meningokokkensepsis. Huisarts Wet 2018;61(6):65-6. DOI: 10.1007./s12445-018-0167-3.
Huisartsenpraktijk Dudokplein, Dordrecht: L.A. Andriessen, huisarts-in-opleiding, differentiatie spoedzorg, andriessen.laura@gmail.com; A.I.M. Boers, kaderhuisarts spoedzorg te Dordrecht.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Huisartsenspoedzorg

Foto: www.anpfoto.nl, Lex van Lieshout

1. Relatief de meeste contacten op de huisartsenpost vinden plaats met kinderen van 0 tot 4 jaar en met ouderen boven 85 jaar. Voor welke van deze groepen nam het aantal contacten toe tussen 2013 en 2016?
a. Alleen kinderen
b. Alleen ouderen
c. Zowel kinderen als ouderen

2. Tussen 2013 en 2016 steeg het totaal aantal contacten met de huisartsenpost met gemiddeld 5,5%. Voor welk soort contact was sprake van de grootste toename?
a. Telefonische consulten
b. Consulten
c. Visites

3. Voor contacten met welke urgentie was de toename het grootst?
a. Hoge urgentie (U0, U1, U2)
b. Midden urgentie (U3)
c. Lage urgentie (U4, U5)

4. Voor welke ICPC vonden in de jaren 2013-2016 de meeste contacten met de huisartsenpost plaats?
a. ICPC D (tractus digestivus)
b. ICPC L (bewegingsapparaat)
c. ICPC R (tractus respiratorius)
d. ICPC S (huid)

5. Binnen de Nederlandse Triage Standaard zijn bepaalde signalen aangemerkt als alarmsignalen. Alarmsignalen kunnen urgentieverhogend werken. Een tweede contact met de patiënt over dezelfde klacht geldt in de NTS als een alarmsignaal, evenals snelle verslechtering van de conditie. Welk gegeven geldt nog meer als alarmsignaal?
a. Bezorgdheid van de patiënt.
b. Eerdere contacten die zijn beoordeeld met hoge urgentie.
c. Niet-pluisgevoel van de triagist.

6. Mevrouw Yilmas, 22 jaar, bezoekt de huisartsenpost vanwege een snijwond. Ze had vooraf niet gebeld voor een afspraak. Via haar zorgverzekering ziet ze dat het consult € 106,78 kost. Ze heeft dit jaar de dokter nog niet bezocht. Gaat dit bedrag van haar eigen risico af?
a. Nee, kosten voor huisartsenzorg buiten kantoortijden vallen niet onder het eigen risico.
b. Ja, omdat de patiënte vooraf niet had gebeld voor een afspraak.
c. Ja, kosten voor huisartsenzorg buiten kantoortijden vallen onder het eigen risico.

7. Binnen de avond-, nacht- en weekenduren vindt relatief veel spoedzorg plaats. Van der Maas et al. deden onderzoek naar het aantal spoedzorgcontacten in de dagpraktijk. Welk percentage van alle contacten in de huisartsenpraktijk (overdag) betreft spoedzorg (U1-U3)?
a. Ongeveer 1%
b. Ongeveer 5%
c. Ongeveer 20%
d. Ongeveer 40%

8. Op donderdagavond belt een moeder naar de huisartsenpost voor overleg over haar zoontje Bram, 2 maanden oud. Tijdens een luierwissel heeft ze zijn temperatuur gemeten en deze is 39,0 °C. Hij heeft goed gedronken en geplast en lacht op dit moment vrolijk naar haar. Welk beleid is in dit geval aangewezen?
a. Geruststelling en uitleg bij welke symptomen weer contact opgenomen moet worden.
b. Morgen beoordeling bij de eigen huisarts.
c. Vanavond beoordeling op de huisartsenpost.

De kennistoets is gemaakt door Anne Klijnsma, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Smits M, Jansen T, Verheij R. Veranderingen in zorggebruik en urgentie op de huisartsenpost in 2013-2016. Huisarts Wet 2018;61(6). DOI:10.1007/s12445-018-0160-x.
Visie en werkwijze. NTS 2017. www.de-nts.nl
LHV. Zvw-Zorgverzekeringswet. https://www.lhv.nl/uw-beroep/wetgeving/zvw-zorgverzekeringswet.
Van der Maas J, Rutten M, Smits M, Van Boven K, Giesen P. Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2018;61(2):36-43.
NHG-werkgroep Standaard Kinderen met koorts. NHG-Standaard Kinderen met koorts (derde herziening). www.nhg.org

ANTWOORDEN

1a / 2b / 3a / 4b / 5c / 6a / 7b / 8c

Palliatieve spoedzorg tijdens ANW-uren

Anneke Broers, Linda Groot

In 2014 ontstond er in de regio Zwolle discussie over de kwaliteit van de palliatieve zorg voor patiënten op de huisartsenpost Zwolle (310.000 inwoners). Huisartsen, patiënten en hun naasten ervaarden verschillende problemen en hadden behoefte aan meer structuur en continuïteit van de zorg voor deze groep patiënten tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. Een commissie van zeven huisartsen, de Werkgroep palliatieve zorg in de ANW-uren Medrie, ging aan de slag om oplossingen te zoeken en uit te dragen.

Het bleek dat huisartsen, patiënten en hun naasten behoefte hadden aan meer structuur en continuïteit van de palliatieve zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. De leden van de Werkgroep palliatieve zorg in de ANW-uren Medrie (https://medrie.nl) namen het NHG-standpunt Huisarts en palliatieve zorg als uitgangspunt, dat aansloot op hun overtuiging dat palliatieve zorg tot het basistakenpakket van iedere huisarts hoort en elke huisarts de eigen expertise moet onderhouden.[1] De werkgroepleden bestudeerden relevante literatuur, waarin dezelfde knelpunten en diverse oplossingen naar voren kwamen.[2,3,4]
De werkgroepleden besloten de actuele situatie in kaart te brengen, waarvoor ze in 2015 gedurende drie maanden alle palliatieve terminale contacten in ANW hebben geëvalueerd. Elke week nam een lid van de werkgroep interviews af met de waarnemend huisarts en de huisarts van de betreffende patiënt. De huisartsenpost leverde de patiëntgegevens aan.
De vragenlijst bevatte gesloten vragen, met als thema's leeftijd, werkervaring, bereikbaarheid voor de eigen patiënten, aanmelding van de zorgpatiënt en beleidsafspraken, overleg met de eigen huisarts of collega's, beoordeling van het contact door de huisarts en de patiënt/familie. Daarnaast waren er enkele verdiepende open vragen, die vooral ingingen op ervaren knelpunten en medisch-inhoudelijke zaken in de betreffende casus.[5] De werkgroep heeft 81 palliatieve contacten geselecteerd, waarvoor ze meer dan 160 huisartsen heeft benaderd.[6]

Tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten is er behoefte aan meer structuur en continuïteit van de palliatieve zorg. Foto: iStock

DE KERN

- Huisartsen, patiënten en hun naasten hebben behoefte aan meer structuur en continuïteit van de palliatieve zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten.
- De belangrijkste knelpunten liggen op het organisatorische vlak en dat van de attitude.
- Genomen maatregelen zijn onder andere meer nadruk op de organisatie van de palliatieve zorg en de attitude jegens de patiënt tijdens HAP-uren.
- Overdrachtmogelijkheden werden verbeterd door het aankopen van een zogenaamd artsportaal.

KNELPUNTEN

De werkgroep legde de resultaten vast in een rapport.[6] Samengevat bleken de belangrijkste knelpunten nauwelijks van medisch-inhoudelijke aard, maar voornamelijk op het organisatorische vlak en dat van de attitude te liggen, zoals:

- gebrekkige overdracht van de eigen huisarts naar de huisartsenpost;
- onvoldoende proactief beleid;
- onvoldoende tijd tussen de andere visites;
- schroom om te overleggen met collega-HAP-dokters of de eigen huisarts;
- de matige bereikbaarheid van de palliatief consulenten;
- problemen met het inplannen van vervolgcontacten.

Op basis van deze gegevens formuleerde de werkgroep maatregelen, met een nadruk op de organisatie van de palliatieve zorg en de attitude jegens de patiënt tijdens HAP-uren. Hierbij werden de overdrachtmogelijkheden verbeterd door het aankopen van een zogenaamd artsportaal.[7] Dit is een Labelsoft-product dat is gekoppeld aan het HAP-systeem Callmanager, waarbij de huisarts rechtstreeks informatie over zorgpatiënten kan invoeren of aanvullen.
Huisartsen werden via mailings, de Medrie-nieuwsbrief en een scholingsprogramma aangemoedigd om via het artsportaal laagdrempelig patiënten die extra zorg behoefden aan te melden en proactief beleid te formuleren. Op alle computers van de HAP werd Pallialine geïnstalleerd. In dit programma is snel goede medische informatie over palliatieve problemen te vinden.[8] In het geheugen van alle telefoons werd het telefoonnummer van de regionale palliatief consulent geplaatst. Voor de eigen telefoons van de huisartsen adviseerde de werkgroep de app Palli-Arts te installeren.[9]

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

De werkgroep zette een scholingsprogramma op van 2,5 uur (waarmee in maart 2016 is gestart), met een medisch-inhoudelijk thema, een instructie voor het gebruik van het artsportaal en een casusbespreking in kleine intervisiegroepjes. Het programma gaat in op bovengenoemde punten en eigen ervaringen. Ook vindt een bespreking plaats van de interdokterverschillen en de beschikbaarheid voor de eigen patiënt tijdens ANW-uren. Tevens moet het programma het intercollegiaal overleg met een collega-arts op de HAP stimuleren. Deze scholing wordt nu twee keer per jaar aangeboden om het thema te onderhouden. Inmiddels heeft 50% van de huisartsen en vaste waarnemers het programma gevolgd.
Om te onderzoeken of er daadwerkelijk sprake is van verbetering zal in het najaar van 2018 een evaluatieonderzoek plaatsvinden. ■

Met dank aan de overige leden van de Werkgroep palliatieve zorg in de ANW-uren Medrie: Coen Hartman, Dita van Leeuwen, Arie de Lange en Thera van de Hurk.

LITERATUUR

1. NHG. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012; Huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: NHG, 2009.
2. Giesen P, Veldhoven C, Vlaar N, Borghuis M, Koetsenruijter J, Verheggen S. Patiëntervaringen met palliatieve zorg huisartsen tijdens weekenddiensten. Huisarts Wet 2011;54:646-9.
3. Van Dijk E. Een HAP met prima terminale zorg. Med Contact 2014;69:1178-80.
4. Giesen PHJ, Terpstra E, Schweitzer BPM. Terminale zorg buiten kantoortijd. Med Contact 2008;63:240-2.
5. Verloop M. Vragenlijst: Monitor vragen bij huisartsenpost contacten met palliatief-terminale zorgvragen. Zwolle: Medrie Zwolle, 2015.
6. Verloop M. Rapport denktank palliatieve zorg. Zwolle: Medrie Zwolle, 2016.
7. http://www.labelsoft.nl/portaal.
8. www.pallialine.nl.
9. PalliArts: https://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php&id=54399.

Broers A, Groot L. Palliatieve spoedzorg tijdens ANW-uren. Huisarts Wet 2018;61(6):68-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0164-6.
Huisartsenpost Zwolle, Zwolle: A. Broers, kaderhuisarts spoedzorg, broers@hadetrommel.nl; L. Groot, kaderhuisarts palliatieve zorg.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van draaiduizeligheid

Tjeerd de Jongh

Het meest effectief bij draaiduizeligheid is de epleymanoevre. Foto: Margot Scheerder

Er komen geregeld patiënten op het huisartsenspreekuur die last hebben van draaiduizeligheid. In de meeste gevallen is er sprake van benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD), kortdurende aanvallen van draaiduizeligheid bij hoofdbewegingen. Verschillende specifieke manoeuvres en oefeningen, door een arts of de patiënt zelf uitgevoerd, kunnen de klachten verminderen. Het meest effectief bij BPPD is de epleymanoeuvre. Er zijn geen medicijnen die effectief zijn tegen draaiduizeligheid.

OORZAKEN VAN DUIZELIGHEID

Duizeligheid is een gevoel dat soms lastig te omschrijven en slecht te objectiveren is. Meestal maken we onderscheid tussen draaiduizeligheid (echte vertigo) en een licht gevoel in het hoofd (zoals bij orthostase).[1,2] Vooral bij ouderen zien we geregeld instabiliteit tijdens het staan of lopen, wat we bewegingsonzekerheid noemen.[2]

Bij een patiënt met draaiduizeligheid moet de huisarts eerst een centrale oorzaak en een (behandelbare) middenooraf-wijking uitsluiten door anamnese en lichamelijke onderzoek (otoscopie, eventueel nystagmusonderzoek). Op basis van de klachten valt verder onderscheid te maken tussen benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD), neuritis vestibularis, reisziekte en de ziekte van Ménière.

Van de oorzaken voor draaiduizeligheid komt BPPD verreweg het meest voor. Deze vorm van duizeligheid wordt gekenmerkt door kortdurende aanvallen van draaiduizeligheid die worden uitgelokt door hoofdbewegingen.[1,2] De gouden standaard voor de diagnose is een positieve dix-hallpike-kanteltest.[2]

THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN BIJ DRAAIDUIZELIGHEID

Het meeste onderzoek is gedaan naar duizeligheid ten gevolge van BPPD.

Voorlichting en advies

Voorlichting heeft invloed op de ongerustheid en daarmee op de ervaren hinder van de vertigo, niet op de vertigo zelf.

Bij *BPPD* zijn de klachten vaak heel hinderlijk, maar meestal worden ze spontaan in de loop van enkele dagen tot een maand weer minder. Geruststelling door voorlichting en eventueel demonstratie van de dix-hallpike-kanteltest is het belangrijkste.[2-5]

Bij *neuritis vestibularis* duren de aanvallen dagen tot weken en kan bedrust noodzakelijk zijn. Er is geen therapie die het beloop kan bespoedigen.[2,3]

Bij de *ziekte van Ménière* komen recidiverende aanvallen voor die uren kunnen duren en gepaard gaan met oorsuizen en gehoorvermindering (eenzijdig). Er is geen therapie voor.[2,3]

CASUS MEVROUW VAN VLIET

Mevrouw Van Vliet komt op uw spreekuur. Ze is 52 jaar en heeft een blanco voorgeschiedenis. Zes weken geleden kreeg zij een heftige aanval van draaiduizeligheid, terwijl ze in bed lag. De aanval duurde enkele minuten. De aanvallen zijn sindsdien geregeld teruggekomen als ze haar hoofd draaide, vaak in bed. Ze is bang geworden dat ze zal vallen. Bij otoscopie vindt u geen afwijkingen. De dix-hallpike-kanteltest is positief.

Tabel

Therapeutische mogelijkheden bij (perifere) draaiduizeligheid[3]

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Sterke aanbeveling			
Epleymanoeuvre	bij BPPD, uitvoering door arts of patiënt	substantieel	goed
Brandt-daroffoefeningen	bij BPPD als epleymanoeuvre niet helpt	gemiddeld	goed
Gewenningsoefeningen	voor alle soorten draaiduizeligheid	gemiddeld	goed
Matige/zwakke aanbeveling			
Operatie	alleen bij zeer ernstige therapieresistente BPPD	gemiddeld	goed
Negatieve aanbeveling			
Medicamenten	van geen enkel medicament is de werkzaamheid goed aangetoond bij draaiduizeligheid	negatief	laag

Algemene gewenningsoefeningen

Bij alle soorten perifere draaiduizeligheid is het zinvol om het vestibulaire systeem minder gevoelig te maken door middel van gewenningsoefeningen. Hier zijn verschillende programma's voor, waarvan de effectiviteit is aangetoond. Bij BPPD zijn deze echter minder effectief dan specifieke BPPD-oefeningen.[6] Adviseer voor meer informatie www.thuisarts.nl/draaiduizeligheid/ik-heb-last-van-draaiduizeligheid.[7]

Specifieke therapeutische manoeuvres bij BPPD

De klachten bij BPPD worden veroorzaakt door gruis in het posteriore halfcirkelvormige kanaal. Er zijn verschillende manoeuvres beschreven om dat gruis naar de utriculus te verplaatsen.[8] De epleymanoeuvre heeft direct resultaat: 60 tot 95% van de mensen met BPPD is na een of twee behandelingen klachtenvrij.[2, 9-11] Het is een veilige en effectieve behandeling, maar er is nog weinig bewijs voor een langetermijneffect.[12-14] Een bijwerking is braken (bij 16-32% van de patiënten).[2,12]

De uitvoering vergt wel enige oefening van de huisarts, maar de patiënt kan de manoeuvre na instructie zelf uitvoeren, bijvoorbeeld driemaal per dag gedurende een week (zie: www.thuisarts.nl/positieduizeligheid/ik-wil-epley-beweging-doen.[3,4,7,12] De manoeuvre is specifiek voor het aangedane oor.[9]

Draaiduizeligheid kan ook veroorzaakt worden door gruis in de andere halfcirkelvormige kanalen, maar dat komt veel minder vaak voor. De relevante handgrepen vallen buiten het bestek van dit artikel.[8,12]

Op basis van dezelfde principes als de epleymanoeuvre is een groot aantal oefenprogramma's voor patiënten ontwikkeld, zoals de semontmanoeuvre en de brandt-daroffoefeningen,[14,15] maar deze zijn wat minder effectief.[3,6]

Medicamenten

In Nederland wordt het gebruik van medicatie bij draaiduizeligheid afgeraden.[2,3,5,14] Wel zijn enkele medicamenten geregistreerd voor gebruik bij langdurige duizeligheid, zoals bètahistine bij de ziekte van Ménière, piracetam voor centrale duizeligheid en flunarizine bij vestibulaire draaiduizeligheid. Maar deze middelen worden vanwege mogelijke bijwerkingen afgeraden, net als cinnarizine en sulpiride. Van geen enkel medicament is de werkzaamheid bij de behandeling van draaiduizeligheid overtuigend aangetoond.[3,8,14,16,17] Medicamenten voor bijkomende klachten als misselijkheid en braken kunnen wel zinvol zijn.

Operatie

In zeer ernstige, therapieresistente gevallen van zekere BPPD is een operatieve ingreep aan het achterste semicirculaire kanaal te overwegen. In een onderzoek was deze ingreep bij 97% van de patiënten succesvol, met een klein risico (4%) op ernstig gehoorverlies en blijvende evenwichtsstoornissen.[8] ■

VERVOLG CASUS MEVROUW VAN VLIET

U legt mevrouw Van Vliet uit dat BPPD de oorzaak is van haar klachten, een hinderlijke maar onschuldige afwijking van het evenwichtsorgaan, die meestal vanzelf weer overgaat. Medicijnen hebben geen effect.

Omdat mevrouw Van Vliet toch graag behandeling wil, voert u bij haar de epleymanoeuvre uit.

U adviseert haar om als de klachten niet verdwijnen, dezelfde oefening thuis driemaal per dag uit te voeren en over twee weken terug te komen.

LITERATUUR

1. Maarsingh OR, De Vries H, De Jonckheere RAM, Plantenga JK. Duizeligheid. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, Knottnerus BJ (red.). Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016:3-19.
2. Bouma M, De Jong J, Dros J, Maarsingh OR, Moormann KA, Smelt AFH, et al. NHG-standaard Duizeligheid (eerste herziening). www.nhg.org/NHG-standaarden.
3. De Jongh TOH. Duizeligheid (vertigo). In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

De Jongh TOH. Behandeling van draaiduizeligheid. Huisarts Wet 2018;61(6):70-1. DOI:10.1007/s12445-018-0152-x.
LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, huisarts n.p.-docent, tohdejongh@telfort.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ABCDE, wat kun je ermee?

Alja Sluiter, Martijn Rutten

De ABCDE-systematiek is een methode om bij de opvang van acuut zieke patiënten vitale stoornissen of bedreigingen systematisch na te lopen, snel te herkennen en waar nodig te behandelen, de meest bedreigende het eerst. De systematiek, die sinds enige jaren ook door huisartsen wordt toegepast, brengt structuur aan in acute situaties, zorgt voor uniformiteit in de spoedzorgketen en vergroot ook de zelfverzekerdheid in het handelen. De effecten van de ABCDE-systematiek op de door de huisarts geboden zorg en uitkomsten dienen nader te worden onderzocht.

De ABCDE-systematiek voor de opvang van patiënten met vitale stoornissen of bedreigingen werd aan het eind van de vorige eeuw ontwikkeld in de Verenigde Staten in het kader van Advanced Life Support. Het schema is inmiddels uitgegroeid tot de internationale standaardmethode voor de opvang van acuut zieke patiënten, aanvankelijk alleen toegepast door rampenorganisaties en binnen de muren van het ziekenhuis, maar tegenwoordig steeds vaker ook daarbuiten.[1,2] Door het rijtje ABCDE systematisch na te lopen, herken je de meest bedreigende aandoeningen als eerste en kun je die waar nodig behandelen: *treat first what kills first*.[3]
Ook huisartsen passen de ABCDE-systematiek steeds vaker toe, in een vorm die is afgestemd op de eisen en het karakter van de huisartsgeneeskunde.[4,5] In dit nascholingsartikel laten we zien we wat de systematiek inhoudt en welke meerwaarde zij heeft voor de huisartsgeneeskundige spoedzorg.

DE ABCDE-SYSTEMATIEK

De ABCDE-systematiek vraagt om het loslaten van het diagnostische denkmodel en in plaats daarvan te denken in 'toestandsbeelden'. Dit houdt in dat men bij een patiënt met een spoedvraag in eerste instantie kijkt of de patiënt al dan niet vitaal bedreigd is. Het herkennen en herstellen van gestoorde of bedreigde vitale functies heeft voorrang boven de uiteindelijke diagnose en de daarbij passende behandeling. De acute opvang verloopt in twee fasen: *primary survey* en *secondary survey*.

Primary survey

De primary survey omvat het eigenlijke ABCDE-schema, dat wil zeggen al het onderzoek dat nodig is om acuut levensbedreigende aandoeningen of letsels te herkennen en waar mogelijk meteen te behandelen:

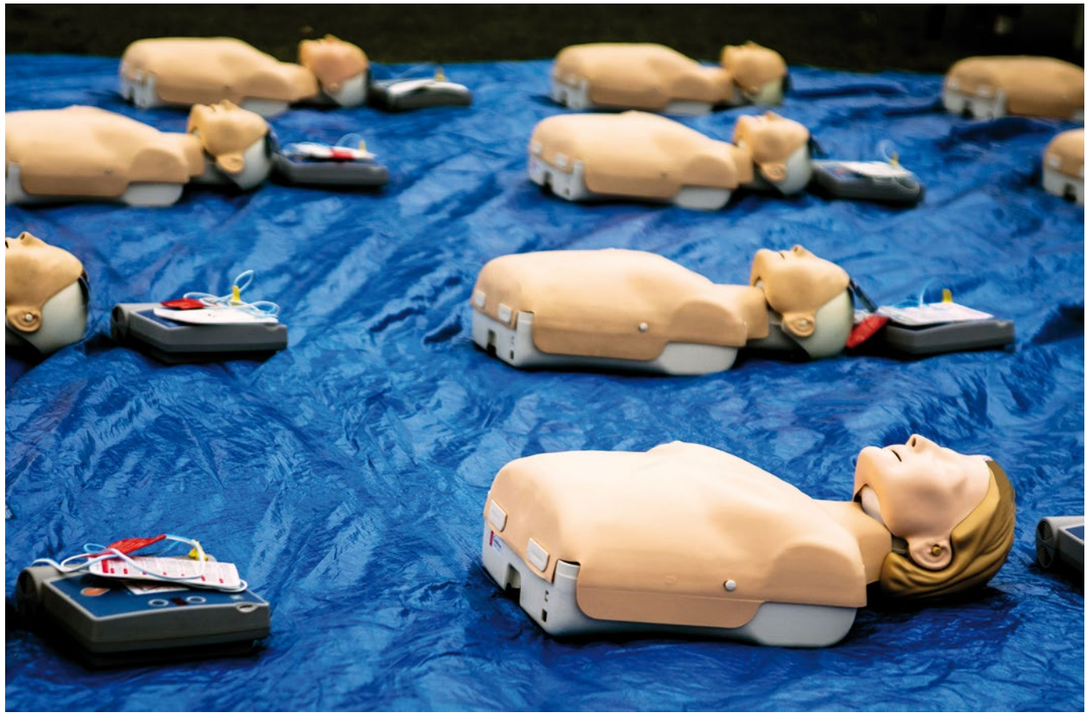
a. *airway* (ademweg) met stabilisatie van de halswervelkolom indien nodig;

Figuur

De ABCDE-kaart voor de huisarts[5]

b. *breathing* (oxygenatie en ventilatie);
c. *circulation* and hemorrhage control (circulatie en stelping van ernstige bloedingen);
d. *disabilities* (kort neurologisch onderzoek en glucosebepaling);
e. *environment/exposure* (waarneembare afwijkingen, temperatuur, omgeving).

Tijdens de primary survey kunnen aanvullende onderzoeken plaatsvinden, maar altijd ten dienste van het opsporen van levensbedreigende aandoeningen. Onderzoeken die daar niet aan bijdragen, moeten wachten tot de *secondary survey*.
Als er een afwijking wordt vastgesteld, worden direct de nodige levensreddende maatregelen genomen en streeft men ernaar de patiënt te stabiliseren. Het is belangrijk daarbij tijdig deskundige hulp in te schakelen als dat nodig is.
De primary survey wordt altijd afgesloten met een volledige herbeoordeling (*reassessment*) om vast te stellen of de gedane interventies het gewenste effect hebben opgeleverd en of er veranderingen in de toestand van patiënt zijn opgetreden. Een tussentijdse reassessment kan ook nodig zijn als de toestand van de patiënt verandert.



Treat first what kills first.

Foto: iStock

Secondary survey

Zodra ABCDE onder controle is (de patiënt is stabiel), kan de secondary survey beginnen. De secondary survey is niet gericht op het toestandsbeeld, maar op de (differentiaal)-diagnose. Zij omvat een snelle en effectieve anamnese volgens een vast stramien, *allergies, medication/intoxications, previous diseases/past illnesses, last meal, event* (AMPLE), en een volledig lichamelijk onderzoek.

DE KERN

- De opvang van acuut zieke patiënten middels de ABCDE-systematiek wordt aanbevolen.
- De ABCDE-systematiek brengt structuur, uniformiteit en zelfvertrouwen in acute situaties en zorgt ervoor dat de huisarts verstoringen in vitale functies minder snel over het hoofd ziet.
- De toepassing van de ABCDE-systematiek zorgt daarnaast voor uniformiteit in de spoedzorgketen.

De ABCDE-systematiek vraagt om denken in toestandsbeelden

Vervolgacties

Wanneer blijkt dat acute interventie in een ziekenhuis noodzakelijk is, kan op ieder moment binnen de primary survey een ambulance gealarmeerd worden. Als zo'n acute interventie niet nodig blijkt, kunnen de primary en secondary survey worden afgerond. De vraag is dus telkens:

- Moet het nu meteen of kan het even wachten?
- Kan ik het zelf of kan iemand anders dit beter doen?
- Kan het hier of moet het ergens anders (is transport noodzakelijk)?[3]

Nadat de primary en de secondary survey zijn afgerond, benoemt de huisarts zo goed mogelijk de diagnostische overwegingen en geeft anders een omschrijving van het toestandsbeeld. De vervolgacties vloeien rechtstreeks voort uit het

toestandsbeeld: gerichte behandeling, verwijzing of misschien alleen geruststellen.

DE MEERWAARDE VOOR DE HUISARTS

De dwingende structuur van het ABCDE-schema verkleint het risico dat de huisarts kleine, maar belangrijke verstoringen van de vitale functies over het hoofd ziet. De methode kan daarom zinvol zijn bij alle patiënten die zich acuut aandienen met meer dan alleen een lokaal probleem. Tijdens diensten op de huisartsenpost zul je als huisarts vaker te maken krijgen met acute pathologie en juist dan ontbreekt vaak de voorgeschiedenis en heb je niet altijd de gehele patiënt in beeld. In zo'n geval zorgt de ABCDE-systematiek ervoor dat je een verstoring van de vitale functies minder snel over het hoofd ziet. Overigens zijn de effecten van de ABCDE-opvang op de geboden zorg en uitkomsten beperkt onderzocht en onbekend voor de huisartsgeneeskundige setting.[4-6]

Het is een voordeel dezelfde taal te spreken als andere zorgverleners in de spoedzorgketen

Uit evaluaties van de cursussen spoedzorg (STARclasses en STARTclasses) die gegeven worden aan de Schola Medica blijkt dat huisartsen een gedragsverandering ondergaan door de ABCDE-systematiek. Ze worden zelfverzekerder in acute situaties en weten beter hoe te handelen.[7,8] Bijkomend voordeel is dat de huisarts dezelfde taal spreekt als de andere zorgverleners in de keten bij de overdracht in spoedsituaties, die verloopt volgens het vaste stramien *situation, background, assessment, recommendation* (SBAR).

Iedere arts kan zich met enige training de ABCDE-systematiek eigen maken. Het is wel aan te raden de training geregeld te herhalen in verschillende omstandigheden. De Schola Medica en het NHG hebben een breed cursusaanbod.

CONCLUSIES

De ABCDE-systematiek is ook voor huisartsen een aanbevelenswaardige methode om acuut zieke patiënten op te vangen, die ervoor zorgt dat verstoringen in vitale functies snel opgemerkt worden. De systemetiek is helder en goed aan te leren, maar moet wel regelmatig getraind worden.

Huisartsen die ABCDE-systematiek hebben aangeleerd, voelen zich zekerder in hun handelen in spoedsituaties en spreken 'dezelfde taal' als andere zorgverleners in de spoedzorgketen. Welk effect de ABCDE-methodiek daadwerkelijk heeft op het vroegtijdig herkennen van ernstige ziektebeelden is nog niet onderzocht in de huisartsensetting. Zulk onderzoek zou zeer wenselijk zijn. ■

LITERATUUR

1. Turner NM, Van Vught AJ. Advanced Paediatric Life Support (Nederlandse editie). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
2. European Resuscitation Council. European Paediatric Life Support. Antwerpen: ERC, 2006.
3. Rutten FL, Versluis DJ. ABCDE benadering en ALS (Advanced Life Support): Reader Schola Medica. Utrecht: Schola Medica, 2017.
4. Søreide K. Three decades (1978-2008) of Advanced Trauma Life Support (ATLSTM) practice revised and revisited. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2008;16:19.
5. Lossius HM, Søreide E, Hotvedt R, Hapnes SA, Eielsen OV, Førde OH et al. Prehospital advanced life support provide by specially trained physicians: Is there a benefit in terms of life years gained? Acta Anaestesiol Scand 2002;46:771-8.
6. Van Olden GD, Meeuwis JD, Bolhuis HW, Boxma H, Goris RJ. Clinical impact of advanced trauma life support. Am J Emerg Med 2004;22:522-5.
7. NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. Utrecht: NHG, 2005.
8. ABCDE-kaart voor de huisarts. Utrecht: NHG/Huisartsopleiding Nederland/SBOH, 2016.

Sluiter AC, Rutten MH. ABCDE, wat kun je ermee? Huisarts Wet 2018;61(6):72-4. DOI:10.1007/s12445-018-162-8.

Medisch Centrum Pontanus, Harderwijk: A.C. Sluiter, huisarts, NHG-kaderhuisarts spoedzorg, docent/vakgroeplid Schola Medica, medisch directeur spoedpost Medicamus Harderwijk, a.sluiter@huisartsopleiding.nl. Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: M.H. Rutten, huisarts, NHG-kaderhuisarts spoedzorg, senior-onderzoeker, voorzitter protocollencommissie AZN.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ademfrequentie via de app

Jan-Arie van Wijngaarden

In de tweede lijn is de ademfrequentie vaststellen een fluitje van een cent: een getal op de monitor. In de eerste lijn zijn we vaak aangewezen op het gewone tellen. Kan de smartphone een hulpmiddel zijn?

De ademfrequentie is een belangrijk onderzoek binnen de ABCDE-benadering[1] en is onderdeel van verschillende scores, zoals de quick Sepsis Related Organ Failure Assessment (qSOFA) bij sepsis.[2] Bij het triagesysteem Professional Quality Assurance (ProQA), dat veel meldkamers van de ambulance gebruiken, kan de centralist met behulp van de omstanders de ademhaling registreren. Het zou de moeite waard zijn om in het NTS-systeem, dat de huisartsenposten gebruiken, deze optie in te bouwen. In de ambulance wordt de ademfrequentie gemeten door de registratie van de beweging van de ecg-elektroden, of met een CO_2-sensor in de uitademingslucht. De huisarts moet het echter doen met lichamelijk onderzoek.

Bij de eerste benadering van de patiënt kun je een globale indruk van de ademhaling krijgen door te kijken of het interval tussen twee ademhalingen korter is dan drie seconden. In dat geval is de frequentie boven de twintig, wat bij volwassenen op pathologie kan duiden. Je telt 'eenentwintig, tweeëntwintig, drieëntwintig'. Meer dan twee ademhalingen in drie seconden is zeker een indicatie voor verder onderzoek in de tweede benadering. Dan moet altijd de exacte frequentie vastgelegd worden, ook om het beloop te registreren.

SMARTPHONE

Bij ademhaling tellen is het essentieel dat de patiënt zich er niet van bewust is dat je de ademhaling telt. De leerboeken schrijven voor dat men meet 'terwijl men doet alsof men de pols telt'.[3] Er zijn belemmerende factoren: een pratende patiënt, kleding die in de weg zit, of een hoestbui. Om meetfouten te vermijden, tel je minimaal dertig seconden. Het is voor de dokter bij een benauwde patiënt soms moeilijk om dertig seconden 'niets te doen'. Een huisartsenpostchauffeur kan helpen. De smartphone heeft functies die hem van de gewone telefoon onderscheiden. Kunnen die ons helpen? Philips had de Vital Signs App (betaald, Apple). De camera registreerde kleur en bewegingen van het gelaat en gaf zo een adem- en hartfrequentie op het scherm. De app werkt nog steeds, maar is niet meer te koop. De Cardio Respiratory Monitor Pro (betaald, Android) heeft een bewegingssensor die de ademhaling registreert en een microfoon die de hartslag telt. De smartphone moet dan op de thorax van de liggende patiënt gelegd worden. De meeste benauwde patiënten liggen niet en het vraagt veel tijd een enigszins betrouwbare registratie te krijgen.

Een app kan de huisarts helpen om de ademfrequentie te tellen.

TIK-APPS

Apps die gebruikmaken van de bewegingssensor of microfoon, zijn volgens gebruikers niet betrouwbaar. Ook zijn er apps die op basis van het interval tussen twee ademhalingen een frequentie kunnen berekenen. Deze tik-apps werken hetzelfde als de genoemde module in ProQA. Voorbeelden zijn Taprate[4] (gratis, Apple) en RRate (gratis, Android en Apple). De Taprate kan ingesteld worden op hart- of ademfrequentie en telt dan vervolgens alles wat je tikt. De RRate is ontwikkeld door kinderartsen.[5] Deze app is instelbaar op het aantal tikken (tussen de drie en de zes) en geeft in een schema de spreiding tussen de tikken aan. Is deze te groot dan weigert hij een berekening te maken waardoor hij betrouwbaarder is. Het blijft de vraag of een observatie korter dan dertig seconden verstandig is.

De ademfrequentie meten en vastleggen bij spoedpatiënten is in de tweede lijn een fluitje van een cent: in de ambulance of in het ziekenhuis sluit je de patiënt aan op bewakingsapparatuur en je leest de ademfrequentie af op op de monitor. Maar de huisarts moet ouderwets tellen en dat blijft lastig. Een app zou ons kunnen helpen. Vooral de Vital Signs Camera-app en de RRate-app gaan in de goede richting, maar de ideale app of een eenvoudig en betrouwbaar apparaat voor de eerste lijn moeten nog ontwikkeld worden. ■

LITERATUUR

1. Fraanje W, Mout P, In 't Veld K. Het ABCDE van de acute huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2011;54:210-4.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Van Wijngaarden JA. Ademfrequentie via de app. Huisarts Wet 2018;61(6):75. DOI: 10.1007/s12445-018-0156-6.

Huisartsenpost Gelderse Vallei, Ede: Jan-Arie van Wijngaarden, kaderhuisarts Spoedzorg, huisarts@wijngaardennet.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Adequate validatie van triagesystemen ontbreekt

Loes Wouters, Frans Rutten, Dorien Zwart

Op de meeste huisartsenposten wordt de telefonische triage digitaal ondersteund door de Nederlandse Triage Standaard. Deze standaard werd in 2011 ontwikkeld op basis van de NHG-telefoonwijzer en een systeem voor fysieke triage op de spoedeisende hulp, het Manchester Triage System. De triagestandaard wordt breed toegepast, maar de validiteit is nog niet goed onderzocht. Dat laatste geldt overigens voor de meeste triagesystemen.

We passen de triagestandaard op grote schaal toe, maar weten niet hoe betrouwbaarheid deze is. Foto: Margot Scheerder

Japanse onderzoekers voerden een systematische review uit van validatieonderzoeken naar triagesystemen op de spoedeisende hulp (SEH).[1] Ze includeerden 46 onderzoeken. Verreweg de meeste daarvan waren gewijd aan de vier meestgebruikte systemen, de Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), de Amerikaanse Emergency Severity Index (ESI), het Australian Triage System (ATS) en het Britse Manchester Triage System (MTS). Elf onderzoeken gingen over een ander triagesysteem, een daarvan betrof de Nederlandse Triage Standaard (NTS).[2] Landen waar het meeste onderzoek gedaan was, waren de Verenigde Staten (12 onderzoeken), Canada (9) en Nederland (7). De mediane steekproefgrootte was 1042 patiënten, het aantal onderzochte locaties was gemiddeld een, maar varieerde tussen een en twaalf. Ongeveer de helft van de onderzoeken had betrekking op volwassen patiënten, de andere helft op kinderen. Qua uitkomstmaten en opzet waren de onderzoeken erg divers. Naar een uitkomstmaat als over- en ondertriage bijvoorbeeld was onderzoek gedaan in retrospectief, prospectief en simulatieonderzoek (aan de hand van een papieren casus). Ook het type validiteit dat onderzocht werd, verschilde: een aantal onderzoeken ging over de criteriumvaliditeit, andere over de constructvaliditeit, weer andere over beide typen. De reviewers sloegen onderzoek naar de criteriumvaliditeit het hoogst aan. Dit type onderzoek vergelijkt de urgentiebepaling door het triagesysteem met het oordeel dat een panel van deskundigen velt op basis van de klinische uitkomsten. In de geïncludeerde onderzoeken was echter niet altijd duidelijk hoe de *expert opinion* tot stand kwam: hoe was het panel samengesteld, welke criteria gebruikte het voor de urgentiebepaling, hoe scoorde het als klinische uitkomsten niet werden meegenomen? De onderzoeken naar constructvaliditeit keken of de urgentiebepaling door het onderzochte systeem overeenstemde met onder andere het aantal ziekenhuisopnamen, de mortaliteit, de tijd doorgebracht op de SEH of het aangevraagde aanvullend onderzoek.

VALIDITEIT NEDERLANDSE TRIAGE STANDAARD

Het enige in de review geïncludeerde validatieonderzoek dat de NTS betrof, onderzocht de constructvaliditeit van deze triagestandaard in twee settings: fysieke triage op de SEH en telefonische triage op de HAP.[2] Op de SEH keken de onderzoekers naar de correlatie tussen de fysieke triage en het aangevraagde laboratorium- en beeldvormend onderzoek, het aantal ziekenhuisopnames, IC-opnames en poliklinische controles. Ze vonden een significante samenhang tussen hogere urgenties gegenereerd door de NTS en meer aanvullend onderzoek, ziekenhuisopnames en poliklinische controles. Op de HAP vonden de onderzoekers een significante samenhang tussen hogere urgenties bij telefonische triage en meer verwijzingen naar de SEH. Of de urgentiebepalingen door de NTS ook strookten met de klachten en met de daadwerkelijke klinische uitkomsten is echter niet bekend, want de onderzoekers keken niet naar de criteriumvaliditeit.

BETROUWBAARHEID NTS ONGEWIS

De validatie van triagesystemen is ingewikkeld en er is geen adequate referentiestandaard. Het meenemen van de klinische uitkomst lijkt wel een essentiële voorwaarde te zijn voor een betrouwbare uitkomst. De beste 'validatiestrategie' is een gecombineerde criterium- en constructvalidatie. Naar de NTS is slechts een, onvolledig, validatieonderzoek gedaan. De triagestandaard wordt inmiddels op grote schaal toegepast, maar de betrouwbaarheid is nog steeds ongewis. ■

LITERATUUR

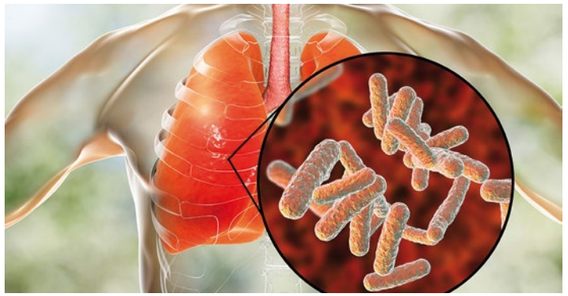
1. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. Emerg Med J 2017;34:703-10.
2. Van Ierland Y, Van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. Fam Pract 2011;28:334-41.

Wouters LT, Rutten FH, Zwart DL. Adequate validatie van triagesystemen ontbreekt. Huisarts Wet 2018;61(6):76. DOI:10.1007/s12445-018-0157-5.
UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: L.T.C. Wouters, arts in opleiding tot huisarts-onderzoeker, project 'Safety First', L.T.C.Wouters-2@umcutrecht.nl; dr. F.H. Rutten, huisarts; dr. D.L.M. Zwart, huisarts.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Corticosteroïden bij pneumonie

Femke Hohmann, Hans van der Wouden

Een Cochrane-review laat zien dat een behandeling met corticosteroïden in het ziekenhuis de mortaliteit en morbiditeit bij patiënten met pneumonie verlaagt. Of dit ook bij huisartspatiënten zo is, is weliswaar niet bewezen, maar de mogelijke waarde van systemische corticosteroïden naast antibiotica bij pneumonie verdient vermelding in de NHG-Standaard Acuut hoesten.



In bepaalde situaties kunnen corticosteroïden als adjuvans bij pneumonie overwogen worden, bijvoorbeeld wanneer een ziekenhuisopname ongewenst is. Foto: Shutterstock

Corticosteroïden worden toegepast bij diverse infectieziekten, maar hun werkzaamheid bij pneumonie, als adjuvans naast antibiotica, is onduidelijk. Vanwege het beperkte bewijs raadt de NHG-Standaard Acuut hoesten het gebruik van inhalatiecorticosteroïden bij patiënten die langer dan twee weken hoesten niet aan. De standaard zwijgt over systemische corticosteroïden bij pneumonie.
In een recente Cochrane-review selecteerden de auteurs zeventien gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) waarin het effect van een combinatie van systemische corticosteroiden en antibiotica werd vergeleken met antibiotica alleen of antibiotica met placebo. De vorige versie van deze review, gepubliceerd in 2011, bevatte slechts zes RCT's. Aan dertien van de zeventien geïncludeerde RCT's namen volwassen patiënten deel (n = 1954) aan vier kinderen (n = 310). De RCT's waren uitgevoerd tussen 1966 en 2014, de meeste in Europa (waaronder drie in Nederland) en Azië.[1]
In alle onderzoeken waren de deelnemers vanwege hun pneumonie in het ziekenhuis opgenomen. De meeste onderzoeken betroffen community-acquired pneumonia (CAP). In drie van de vier onderzoeken bij kinderen ging het om bacteriële pneumonie, in één onderzoek was het RS-virus de ziekteverwekker. Bij volwassenen werden geen specifieke verwekkers geselecteerd of uitgesloten. Uitkomstmaten waren sterfte, respons, complicaties en bijwerkingen. In drie onderzoeken ging het om prednisontabletten (20-50 mg per dag), in dertien om intraveneus toegediende dexamethason, hydrocortison of methylprednisolon.

MINDER STERFTE DOOR CORTICOSTEROÏDEN

De gecombineerde resultaten bij volwassenen lieten zien dat er minder patiënten overleden in de groep die corticosteroïden kreeg. De kans op overlijden daalde vooral bij patiënten met ernstige pneumonie, voor hen was het relatief risico 0,66, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 0,47 tot 0,92. In de vier onderzoeken bij kinderen overleed geen enkele patiënt. De kans op early clinical failure, een uitkomstmaat waarin sterfte, radiologische progressie of klinische instabiliteit na een week gecombineerd werden, was significant lager in de groep die corticosteroïden kreeg, zowel voor ernstige als minder ernstige pneumonie en zowel bij volwassenen als bij kinderen. De tijd tot genezing was één à twee dagen korter in de corticosteroïdengroep. Bij de volwassen deelnemers bleek de behandeling met corticosteroïden wel geassocieerd met een grotere kans op hyperglykemie.
De review laat zien dat toevoeging van systemische corticosteroïden aan de behandeling bij alle ziekenhuispatiënten met CAP de morbiditeit verlaagt, en bij ernstig zieke patiënten ook de mortaliteit. Dit is weliswaar vastgesteld in een tweedelijnspopulatie, maar ook in de eerste lijn zou het toevoegen van systemische corticosteroïden aan de behandeling van pneumonie wellicht een ernstig beloop en eventuele ziekenhuisopname kunnen voorkomen. Nader onderzoek in een eerstelijnspopulatie zou hierover uitsluitsel moeten geven. De NHG-Standaarden bieden vooralsnog geen plaats aan corticosteroïden als adjuvans bij pneumonie, maar de review verschaft aanknopingspunten om het in bepaalde situaties toch te overwegen, bijvoorbeeld wanneer een ziekenhuisopname ongewenst is. Daarbij moeten de mogelijke baten wel altijd worden afgewogen tegen de mogelijke nadelen, zoals verstoring van de glucoseregulatie.
Kortom, er is nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid van systemische corticosteroïden bij pneumonie in een eerstelijnspopulatie om de NHG-Standaard Acuut hoesten aan te passen, maar de bevindingen van de hier besproken Cochrane-review verdienen wel aandacht in een noot bij de standaard. ■

LITERATUUR

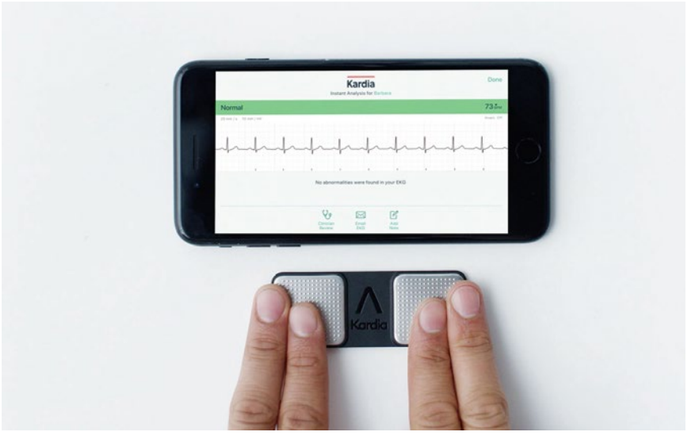
1. Stern A, Skalsky K, Avni T, Carrara E, Leibovici L, Paul M. Corticosteroids for pneumonia. Cochrane Database Syst Rev 2017;12:CD007720.

Hohmann FP, Van der Wouden JC. Corticosteroïden bij pneumonie. Huisarts Wet 2018;61(6):79. DOI:10.1007/s12445-018-0168-2.
Huisartsenpraktijk Hohmann & de Vet, Rotterdam: dr. F.P. Hohmann, huisarts, fhohmann@icloud.com. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Amsterdam: dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Lopend onderzoek

App voor ecg-meting bij ritmestoornissen

Jelle Himmelreich, Evert Karregat



Een handzaam ecg-apparaat gekoppeld aan een app kan de diagnostiek van ritmestoornissen verbeteren.

Huisartsen zien geregeld patiënten met klachten die kunnen passen bij een hartritmestoornis.[1] In slechts een derde van de gevallen kunnen ze een ecg-meting verrichten op het moment dat de klachten zich voordoen.[2] Een nieuwe, handzame app kan de diagnostiek bij hartritmestoornissen verbeteren.

Bij symptomatische patiënten en bij alle patiënten bij wie u de bloeddruk meet, is het verstandig het hartritme te beoordelen. Zo kunt u ritmestoornissen opsporen, in het bijzonder atriumfibrilleren, omdat er daarbij sprake is van een vijfvoudig verhoogd (en behandelbaar) risico op herseninfarcten.[3] Omdat atriumfibrilleren vaak een paroxismaal karakter heeft, zou u bij een afwijkend ritme direct een ecg moeten kunnen maken.[3] Uw dokterstas zou daarom een gevalideerd en handzaam ecg-apparaat voor ritmediagnostiek moeten bevatten, zodat u zowel tijdens het spreekuur als bij patiënten thuis een meting kunt doen.
Momenteel is er in Nederland één apparaat beschikbaar dat het ecg-signaal direct zichtbaar maakt voor interpretatie door de huisarts. Dit apparaat bestaat uit een plaatje dat de patiënt met twee handen vasthoudt en dat een 1-afleiding-ecg-signaal doorgeeft aan een smartphoneapplicatie. U kunt het ecg direct visueel beoordelen op hartritmestoornissen. De app geeft daarnaast een automatische beoordeling op aanwezigheid van atriumfibrilleren. Bij twijfel kunt u het ecg doorsturen voor cardiologische evaluatie. De ecg-meting kunt u opnemen in het medisch dossier van de patiënt.
De betrouwbaarheid van dit apparaat voor het vaststellen van hartritmestoornissen is nog niet voldoende onderzocht. Wij gaan onderzoek doen naar de testeigenschappen (sensitiviteit en specificiteit) van het 1-afleiding-ecg, waarbij we een tegelijkertijd verricht 12-afleidingen-ecg als referentiestandaard zullen gebruiken. Cardiologen gaan beide ecg's geblindeerd beoordelen. In een parallel onderzoek zullen we een willekeurige selectie van deze 1-afleiding-ecg's voor beoordeling aan een aselecte steekproef van huisartsen sturen, om zo de betrouwbaarheid van de interpretatie van de huisartsen met wisselende kennis van ecg's te onderzoeken. De resultaten verwachten we medio 2018. ■

LITERATUUR

1. Zwietering PJ, Kottnerus A, Gorgels T, Rinkens P. Occurrence of arrhythmias in general practice. Scand J Prim Health Care 1996;14:244-50.
2. Zwietering PJ, Knottnerus JA, Rinkens PE, Kleijne MA, Gorgels AP. Arrhythmias in general practice: diagnostic value of patient characteristics, medical history and symptoms. Fam Pract 1998;15:343-53.
3. NHG Werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (derde partiële herziening). www.nhg.org.

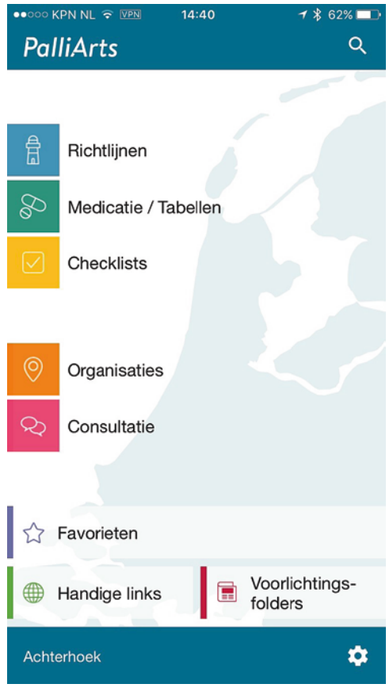
Himmelreich JCL, Karregat EPM. App voor ecg-meting bij ritmestoornissen. Huisarts Wet 2018;61(6):80. DOI:10.1007/s12445-018-0172-6.
AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: J.C.L. Himmelreich, arts in opleiding tot huisarts-onderzoeker, j.c.himmelreich@amc.uva.nl; E.P.M. Karregat, huisarts in opleiding.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Apptips voor spoedgevallen

Bart Timmers, Annet Sollie

Een spoedsituatie in de wachtkamer: u ziet een benauwde patiënt, maar hij is wel bij bewustzijn. U denkt meteen aan het ABCDE-protocol, maar hoe zat dat ook alweer? Gelukkig zijn hiervoor verschillende handige apps.

De ABCDE-kaart vinden we met een paar kliks op onze smartphone (Artsportaal, kopje Acute Zorg, zie H&W januari 2018). De luchtweg is vrij; over naar de B waarin we de ademfrequentie meten met Taprate (zie H&W januari 2016) en in de C ook de hartfrequentie. De D beoordelen we onder andere met de app GlasgowComaScale. Een alternatief voor zowel de frequenties als de bloeddruk en GCS is VitalValues, met als voordeel normaalwaardes voor kinderen.
De patiënt is stabiel maar nog steeds benauwd, daarom zoeken we de benodigde actie op de app NHG Rx die adviseert conform de NHG-Standaard Astma bij volwassenen. Voor de juiste doseringen kijken we in de app van het Farmacotherapeutisch Kompas. De app van het Kinderformularium bestaat helaas niet meer, maar door de website als icoontje op uw telefoon te zetten, heeft u de informatie toch met een klik binnen handbereik (instructie: zie Apptip Haagse nieren, H&W maart 2017).
Bij de D slaan we uiteraard de 'don't ever forget glucose' niet over en die blijkt veel te hoog. Gelukkig hebben we ook een icoontje gemaakt voor Diabetes Spreekuur (diabetes2.nl/nl/diabetesspreekuur/acute_zaken.html) of kijken we weer op de app NHG Rx. Onze benauwde patiënt moeten we doorsturen en via Trauma Pro bekijken we richtlijnen en traumaprotocollen, zodat een vloeiende overdracht naar de ambulance plaatsvindt. We zijn blij dat voor deze patiënt geen sprake is van een palliatieve spoedsituatie, maar anders hadden we de app Palliarts ook nog tot onze beschikking. ■



Commissie Wetenschappelijk Onderzoek

Frans Dekker, voorzitter CWO

GEVRAAGD: HUISARTSEN MET BELANGSTELLING VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG kan weer nieuwe leden gebruiken. De commissie wil wetenschappelijk onderzoek voor de huisartsgeneeskunde bevorderen en huisartsen stimuleren en begeleiden bij het beoordelen, opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.
CWO is op zoek naar huisartsen die zich verder willen verdiepen in wetenschappelijk onderzoek. CWO voert zelf geen onderzoek uit, maar initieert, ondersteunt en bemiddelt. De commissie bestaat uit 15 tot 20 huisartsen geïnteresseerd in wetenschappelijk onderzoek met een praktisch belang voor de huisartsenpraktijk. Het is een enthousiaste en dynamische club, waarbij de eigen ontwikkeling en scholing nadrukkelijk aan bod komt, maar ook het meedenken over andere aspecten van huisartsgeneeskundig onderzoek. Er is eveneens veel ruimte voor het bespreken van eigen onderzoeksactiviteiten. Meer informatie over de CWO vindt u op de NHG-website.
Zin in verdieping in het vak op een ander niveau en belangstelling voor onderzoek? Aanmelden kan bij Marijke Labots of Frans Dekker (renw@nhg.org, vermeld 'CWO'), waarna u een uitnodiging krijgt om een bijeenkomst bij te wonen.

DE SYSTEMATISCHE BENADERING VAN MEDISCHE SPOEDSITUATIES

Tycho Olgers, Jan ter Maaten. Medische spoedsituaties. Houten: Prelum, 2018. ISBN 9789085621515. Prijs: € 62,50.

Snellere herkenning en behandeling van medische spoedsituaties leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt. Twee Groningse internisten acute geneeskunde zetten de belangrijkste punten van de spoedzorg in dit boek nog eens op een rij.

In de recent verschenen derde druk van *Medische spoedsituaties* wordt de ABCDE-systematiek uitgebreid en praktisch beschreven, en toegepast op veelvoorkomende ziekte- en symptoompresentaties. Zeer geschikt voor aios die acute zorgstage gaan doen en ter verdieping voor (kader)huisartsen met affiniteit voor spoedzorg. Het boek is gericht op artsen spoedeisende hulp en klinische afdelingen. In het eerste deel van het boek beschrijven de auteurs de ABCDE-systematiek uitgebreid aan de hand van diverse casuïstiek. De klinische beoordeling is relevant voor de huisarts, maar de interventies en diagnostiek zijn vaak te diepgaand. Naaldthoracocentese, intubatie en cardioversie zijn toch typisch voor de tweedelijnszorg. Het hoofdstuk over ecg-beoordeling en het hoofdstuk over beslisregels bij een vermoeden van een trombosebeen en/of longembolie zijn wel bruikbaar voor de huisarts. Verder staan in elk hoofdstuk mooie lijstjes met differentiaaldiagnoses die handig zijn om alle alternatieven bij klachten te overwegen.
In het tweede deel van het boek wordt de tweede beoordeling ABCDE besproken met achtergrondinformatie en behandelingen van diverse potentieel bedreigende ziektebeelden, gericht op opname patiënten.
Het boek leest prettig en bevat mooie illustraties van onder andere de chin-lift en jaw thrust manoeuvres. Diverse tabellen zijn erg informatief, zoals een tabel met à priori kansen op diagnoses per setting bij pijn op de borst en een tabel over oorzaken van buikpijn per leeftijdscategorie. Het boek is duidelijk en beknopt geschreven, waarbij ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van leerpunten.
De auteurs raden aan om als aanvulling op dit boek een praktische cursus ABCDE-systematiek te volgen. ■

Loes Wouters

WAARDERING: ●●●○○

COLOFON
Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. www.henw.org.

Redactie
Ivo Smeele (hoofdredacteur), Marian van den Brink, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

De gastredactie van dit themanummer over spoedzorg bestond uit:
Paul Giesen, Femke Hohmann, Nadine Rasenberg, WIm Verstappen en Loes Wouters

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot (secretaresse), Judith Mulder (web- en eindredactie), Susan Umans (bladmanagement), Anita Wittebol (office manager), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder, Wendy Westerhof (beeldredactie).
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever
Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org

Advertentieverkoop
Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, 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. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070

Professionele familie

Het NHG is een echt inhoudelijke huisartsenclub. Dat waren we 60 jaar geleden, toen een paar enthousiaste huisartsen het NHG oprichtten en dat zijn we nu, als professionele organisatie. In de tussentijd voorzagen we u van actuele huisartsgeneeskundige kennis en hielpen we bij de toepassing in de praktijk. Vooruitkijken doen we ook, door beslissingsondersteuning, spiegelinformatie voor intercollegiaal toetsgroeponderwijs, ondersteuning van gegevensuitwisseling tussen patiënt en huisarts, en ruimte voor nieuwe initiatieven via NHG Lab. Over het komende jaar overleggen we met collega-huisartsen van de NHG-Verenigingsraad en de vakgroepen Huisartsgeneeskunde, en we stemmen af met LHV en InEen. We kijken verder dan het jaar lang is door kritisch naar onze kernwaarden en toekomstvisie te kijken. Professionalisering van onze organisatie, zodat NHG-huisartsen en -medewerkers u bieden wat u nodig heeft, is een continu proces.
We zoeken daarom regelmatig huisartsen met nieuwe ideeën die met ons meedenken of -werken (NHG.org, vacatures). Dat houdt ons als vereniging van-voor-door huisartsen scherp. Hoe versterken we de komende jaren het huisartsenberoep? Met meer of andere richtlijnen? Ondersteuning van de consultvoering, van deskundigheid in de praktijk? Andere voorlichtingsmaterialen, onderwerpen en doelgroepen? Laat het me weten via het HAweb Ledenforum. ■

Rob Dijkstra

Supervisie en coaching

Op 28 maart 2018 hebben 19 cursisten van de NHG-Kaderopleiding Supervisie en coaching tijdens een feestelijke bijeenkomst hun diploma ontvangen. Onder hen 14 huisartsen en 5 medisch specialisten. Onder begeleiding van Cor Vernooij, Gert Roos, Ilonka Brugemann en Liesbeth van der Jagt van het NHG en Coaches voor Medici hebben zij 2,5 jaar gewerkt in onder andere cursusbijeenkomsten, meerdaagse trainingen, stages en supervisietrajecten. Supervisie en coaching van deze kersverse kaderhuisartsen kan op tal van manieren bijdragen aan uw werkplezier. Wilt u bijvoorbeeld binnen uw vak blijven leren, een langetermijnkoers bepalen, of ontdekken wat uw drijfveren zijn, kijk dan op www.coachesvoormedici.nl. ■

Liesbeth van der Jagt van NHG en Coaches voor Medici

NHG Lab nieuwe proeftuin

Het NHG introduceert een nieuw en informeel platform voor concept- en productontwikkeling, NHG Lab. NHG Lab is een proeftuin voor vernieuwende huisartsenzorg waar ideeën van leden ruimte krijgen om te ontkiemen en te groeien en u ze kunt doorontwikkelen tot NHG-producten, of tot zelfstandig product. U heeft een mooi idee, maar wat is de volgende stap? Wie benadert u? Hoe combineert u dat met andere werkzaamheden? NHG Lab is ontwikkeld om antwoord te geven op die vragen. Innovatieve ideeën uit het werkveld krijgen de ruimte om te groeien door samenwerking tussen leden en het NHG. Meedoen? NHG.org/lab!

Algemene ledenvergadering op 28 juni

'Begrijpen en bereiken: sluit ik met mijn zorg eigenlijk wel aan bij de patiënt?' is het thema van de algemene ledenvergadering (ALV) van het NHG op donderdag 28 juni 2018 19.00-21.00 uur in de omgeving van Utrecht. Hoe kunnen we omgaan met verschillende gezondheidsvaardigheden van onze patiënten en wat kan het NHG hierin betekenen? Geef u op via de website of via directie@nhg.org.

'Met mijn expertise zorg ik dat ik aan beslistafels zit'

Expertgroep Spoedzorg

Expertgroepen bestaan uit kaderhuisartsen in bijvoorbeeld diabetes, het bewegingsapparaat of beleid & organisatie. Ze zijn niet alleen vraagbaak voor huisartsen, maar jagen ook projecten aan. Daadkracht hoort bij kaderhuisartsen: twee huisartsen richtten hun expertgroep op nog voordat ze zelf kaderhuisarts waren.

Een spoedkaderhuisarts in actie

Alja Sluiter richtte met Femke Hohmann in 2016 de expertgroep Spoedzorg (SpoedHAG) op als afstudeerproject voor hun NHG-Kaderopleiding Spoedzorg: 'Een expertgroep gaat verder dan de spreekkamer: huisartsgeneeskunde, maar ook beleid, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, en dat alles zowel voor de dagelijkse praktijk als landelijk.' Waarom was er nog geen expertgroep Spoedzorg? Sluiter: 'De spoedzorg is in transitie. Na de ggz-bezuinigingen, meer ouderen langer thuis, verpleeghuizen dicht, zijn we nu bezig met de herinrichting van de spoedzorg: hoe houd je de spoedzorg behapbaar? In de eerste week na ons afstuderen kregen we wel vijftien aanvragen om lezingen te geven. Hoe gaan we de toestroom van ouderen op de HAP oplossen, ggz-patiënten beter helpen? En bovendien: hoe zorgen we dat we huisartsen aan tafel krijgen bij de beslissers, dat er niet over ons besloten wordt zonder dat wij het weten? Daarin kunnen wij als expertgroep het voortouw nemen: zorgen dat wij aan de gesprekstafels zitten.'

Antonia Viljac, eveneens kaderhuisarts Spoedzorg: 'Collega's bellen mij over problemen met een opvangplek regelen voor een kwetsbare oudere. Dan kun je geen kant op: er is geen medische reden voor ziekenhuisopname, maar ook geen opvangplek. De huisarts moet vaak anderhalf uur bellen om de zorg te regelen. Er zijn vaak geen vrije crisisbedden beschikbaar en geen eerstelijnsverblijf-bedden (ELV-bedden) waarnaar de huisarts kan verwijzen. De ouderen komen dan alsnog op de SEH terecht, wat de oudere niet wil en wat leidt tot meer druk op de SEH. Daarom probeer ik nu als kaderhuisarts regionaal met het ziekenhuis structurele opvangbedden te regelen. Zodat die oudere helemaal niet meer in het ziekenhuis komt, en de huisarts niet zo lang hoeft te bellen. Vanwege mijn expertise zien specialisten en bestuurders mij als deskundige.'

> 'Anderhalf uur bellen voor kwetsbare oudere'

'BENADER ONS!'

Kan een individuele huisarts ook iets hebben aan een kaderhuisarts Spoedzorg? Viljac: 'Zeker. Een kaderhuisarts Spoedzorg bel je niet tijdens een spoedgeval, zoals ik wel een kaderhuisarts van Het Beweegkader kan bellen om over een injectie te vragen: "Mag ik daar en daarin spuiten?" of wanneer ik een kaderhuisarts diabetes een vraag stel over insulinewaarden. Maar benader onze kaderhuisartsen Spoed wel als je dingen regionaal beter wilt organiseren. Je kunt dan meer invloed uitoefenen dan alleen. Onze erkende expertise legt gewicht in de schaal.'

EXPERTGROEPEN

Er zijn 12 expertgroepen, die bestaan uit kaderhuisartsen die een NHG-Kaderopleiding hebben gevolgd in een deelgebied van de huisartsgeneeskunde. De expertgroep Spoedzorg (SpoedHAG) is de jongste. Expertgroepen beslaan een medisch-inhoudelijk deelgebied (seksHAG, DiHAG, HartVaatHAG, ugynHAG, Het Beweegkader, PsyHAG) of een niet-klinisch deelgebied (BOHAG: beleid & organisatie; Coaches voor medici), of hebben een overstijgend thema (Laego: ouderenzorg; PalHAG: palliatieve zorg). Huisartsen consulteren kaderhuisartsen op persoonlijk niveau, maar dat is vaak lokaal of regionaal georganiseerd. U kent de kaderhuisartsen mogelijk vanwege hun consultatieve functie. Zij zorgen ook voor innovatie, voor samenwerking op lokaal en regionaal niveau, en voor deskundigheidsbevordering. Het NHG werkt veel samen met kaderhuisartsen. Zie https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-expertgroepen.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Acnebehandeling met Roaccutane®

Ledenforum

Karen Visser Foto: geïnterviewde

Heeft u ook een vraag?
Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!

Ik vraag mij af of er veel collega's onder jullie zijn die zelf Roaccutane® voorschrijven met alle controles die erbij horen. De vraag naar behandeling met dit middel neemt toe; ik overweeg het zelf te gaan voorschrijven omdat ik denk dat ik er nu wel genoeg ervaring mee kan opbouwen.
Wie doet het al? en is er een handige nascholing of site waarmee ik mijn kennis kan vergroten?

Karen Visser, huisarts in Hoorn

Ik schrijf het een enkele keer voor als uitgebreide lokale behandeling + doxycycline oraal niet heeft gewerkt. Je komt toch vaak heel ver zonder isotretinoïne, door goede begeleiding, vind ik.
Als je het toch voorschrijft: bij vrouwen heb je nog veel extra werk aan uitleg preventie zwangerschap en nu ook ondertekenen van een NHG-verklaring (gebruikte voorheen materiaal van fabrikant).
Zie verder de bijlage die ik een keer heb samengesteld + NHG-verklaring.
Het Excel-spreadsheetje voor de cumulatieve dosis is voor eigen risico ☺

- acne_isotretinoine_2017.pdf. [Een eigen samenvatting van het huidige beleid].
- isotretinoineTD.xlsx. [Excel-spreadsheet].
- NHG-verklaring. [Dit is het formulier geïnformeerde toestemming 'isotretinoïne bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd', bijlage bij NHG-Standaard Acne].

Huisarts in Kollum

▶ De reacties zijn bewerkt; zie HAweb Ledenforum voor de volledige teksten.

Huisarts Karen Visser vraagt op HAweb naar de ervaringen met isotretinoïne bij acne: 'Tien jaar geleden schreef bijna geen huisarts het voor, maar de vraag neemt toe. Jongeren horen het bijvoorbeeld van anderen. Ik vind hun vraag ook terecht, bijvoorbeeld om cosmetische redenen. Maar eigenlijk heb ik wel weerstand tegen dit zware middel. Ik vond het nooit een huisartsenmiddel. Wij huisartsen zijn soms geneigd om te denken dat we alles zelf kunnen. Medisch-inhoudelijk kan het wel; we kunnen zelf bloed laten prikken.
Volgens de NHG-Standaard Acne kun je bij voldoende ervaring zelf isotretinoïne voorschrijven. Maar wanneer heb je genoeg ervaring opgebouwd? De huisarts die reageerde op mijn HAweb-bericht, zette zijn samenvatting van de huidige richtlijnen en inzichten bij zijn reactie. Maar ik ben benieuwd of nog meer collega's dit middel voorschrijven.
Ik heb bij verzoeken van patiënten tot nu toe verwezen naar de dermatoloog. Wel zonde van het eigen risico. Vanaf nu ga ik overleggen met de patiënt of we het hier doen, of dat ik ga verwijzen.'

RICHTLIJNEN, ACHTERGRONDEN EN PATIËNTENINFORMATIE

Richtlijnen:
- NHG-Standaard Acne, www.nhg.org/standaarden/**samenvatting**/acne samenvattingspagina met handige documenten zoals:
- Informed-consentformulier isotretinoïne ('NHG-verklaring').

Nieuwsberichten:
- Let op bij voorschrijven of herhalen van isotretinoïne (19 april 2013).
- www.nhg.org/**meer-voorwaarden-en-adviezen-voorschrijven-isotretinoine**.

Huisarts & Wetenschap:
- Zoek op 'acne' en/of 'isotretinoïne' voor kennistoets en achtergronden.

Thuisarts.nl:
- Ik heb erge acne, met patiënteninformatie over tretinoïne.
- Verzamelpagina Acne: www.thuisarts.nl/acne.

Koen van Vugt is praktijkhoudend huisarts in Etten-Leur, bestuurslid van de huisartsenkring West-Brabant (LHV) en bestuurder van Stichting Regionaal Elektronisch Netwerk West-Brabant (REN), een samenwerkingsverband van zorgaanbieders voor datacommunicatie tussen die zorgaanbieders.

INTERVIEW

met Koen van Vugt, huisarts met regionale ICT-portefeuille

‘Blijf contact houden in de regio en let op e-mail en apps’

In deze rubriek portretteren we praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Koen van Vugt ging met zijn kringbestuur aan de slag om de privacy volgens de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor eens en voor altijd goed te regelen.

Jij hebt alles in orde voor de AVG?

Koen van Vugt: ‘We hebben een convenant opgesteld met de Stichting Regionaal Elektronisch Netwerk West-Brabant (REN) en een advocatenkantoor ingeschakeld met expertise op dit gebied. Maar het kost nog veel moeite om al die kleine zorgondernemers, huisartsen, fysiotherapeuten psychologen, mee te krijgen. Vooral de kosten geven discussie: voor een huisartsenpraktijk zo’n 500 euro. Maar als je het vergelijkt met het bedrag voor je praktijkaccreditatie, valt het wel mee.
Ik kan het echt iedereen aanraden. Het voordeel van ons model is dat je een overeenkomst hebt met alle ketenpartners: zij kunnen er nu van uitgaan dat als je gegevens naar ons stuurt, het in orde is. Je investeert in de samenwerking. Het convenant neemt je veel werk uit handen door de gezamenlijk afspraken met leveranciers. Ons convenant voorziet ook in toetsing, met steekproefsgewijze audits onder de deelnemers. Momenteel proberen wij het overigens nog gemakkelijker te maken door het convenant via de zorggroepen af te sluiten.’

‘Maak het tot een vast onderdeel van je praktijkaccreditatie’

Dus met een convenant ben je klaar?

‘Het was wel een hele onderneming. Denk je eindelijk te begrijpen wat een datalek is en wat niet, blijk je het verkeerd begrepen te hebben volgens de advocaat. Als een HAP iemand ziet en de gegevens naar de verkeerde huisarts stuurt, is dat niet altijd een datalek. Als de huisarts er goed mee omgaat tenminste.
Ik vind dat informatiebeveiliging een integraal onderdeel van de NHG-praktijkaccreditering moet worden [nu optionele module binnen praktijkaccreditatie/red.]. Indien je praktijk niet privacyproof is, moet dat een afwijking zijn in de accreditatie. Zit het al in de praktijkaccreditatie dan heb je geen steekproeven meer nodig: de praktijkaccreditatie is al jaarlijks. Dan zouden we met één toetsing klaar zijn.
Maar een convenant of praktijkaccreditatie is niet genoeg. De uitdaging is naar buiten treden, de contacten met andere partijen goed blijven regelen, en zelf blijven opletten, ook op e-mail en Whatsapp. Als ik patiëntgegevens naar mijn aios app, doe ik dat via Siilo, een veilige versie van Whatsapp. En denk bij de AVG niet alleen aan patiëntgegevens, ook aan bijvoorbeeld salarisadministratiegegevens van je medewerkers.’

Wat vind je van de PraktijkWijzer?

‘De PraktijkWijzer Informatiebeveiliging van het NHG lijkt me een heel praktisch instrument om je praktijk beveiligingstechnisch op orde te brengen. De stappenplannen, daar heb je wat aan om te kijken wat er verkeerd gaat in de praktijk en hoe je dit kunt verbeteren. Maar om het conform de AVG goed te regelen, moet je niet alleen zorgen voor ‘goede afspraken met de leveranciers’, maar ook voor een verwerkersovereenkomst. En je moet een officieel overzicht van alle verwerkingen bijhouden. Ik miste ook informatie over datalekken melden, maar daar bleek al een aparte Handreiking Datalekken voor te bestaan. En ik miste de functionaris voor de gegevensbescherming (FG). Hebben we die nodig in de huisartspraktijk? In solopraktijken niet, maar voor grotere praktijken is dat minder duidelijk. En wat je hierover ook besluit, je moet kunnen aantonen dat je erover hebt nagedacht. Het zou mooi zijn als de Praktijkwijzer ook hieraan aandacht besteedt.’ [Staat in nieuwe bijlage bij PraktijkWijzer/red.]

PraktijkWijzer Informatiebeveiliging & Handreiking Datalekken: www.nhg.org/themas/publicaties/informatiebeveiliging

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets (tekst) en Margot Scheerder (foto’s). Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.
Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van **Huisarts & Wetenschap: blader vier pagina’s terug.**