H&W
Huisarts en Wetenschap

12
december 2018
jaargang 61

Woudschoten 2019
De toekomst van het vak

Persoonsgerichte zorg met e-health

Veilig opleiden en het aiototraject

NHG-Standpunt Farmacogenetisch onderzoek

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap nhg

Draagkracht voor toekomstvisie

In deze en de volgende H&W voeden we de discussie over de toekomst van ons vak vanuit het perspectief van wetenschap (wat zijn de feiten, wat is er bekend) en de vertaling daarvan naar de praktijk. We schrijven over de kern van ons vak: continuïteit, arts-patiëntrelatie, persoonsgerichte zorg, generalisme, taakdelegatie en samenwerking.
Al lezende besef ik dat wij als huisartsen enorm veerkrachtig zijn. We zijn er nog steeds – met grotendeels hetzelfde takenpakket en een stevige positie in het zorgveld – mede gedragen door een aanwas van energieke, enthousiaste, jonge dokters. We werken veel meer in teams, in prachtige moderne praktijken en hechten nog steeds aan continuïteit, de arts-patiëntrelatie en generalisme.
Wat maakt ons zo (veer)krachtig? Een van onze fundamenten is dat we een gemeenschappelijke visie hebben, mede gebaseerd op (wetenschappelijke) feiten. Maar met die gemeenschappelijke visie alleen zijn we er niet. De cijfers laten namelijk zien dat het aantal praktijkhouders afneemt. Als die trend doorzet, verdwijnt de draagkracht om onze mooie toekomstvisie uit te voeren. De continuïteit door de jaren heen wordt minder, onze positie in de regio's verzwakt en op termijn is ons ANW-model niet houdbaar. De zittende generatie praktijkhouders en de jongeren zijn hier beiden debet aan.
In mijn regio zie ik praktijkhouders die bij de praktijkoverdracht met name hun eigen financiële continuïteit voor ogen hebben en het jonge collega's onmogelijk maken in te stappen. Bij jongere collega's zie ik bindingsangst en cherrypicking, mogelijk om voor hen moverende redenen, maar wel risicovol op lange termijn voor het door hen gekozen vak.
Met de gezamenlijke visie van Woudschoten 2019 in de hand moeten we ook het gesprek met elkaar aangaan over hoe we voldoende praktijkhouders behouden. Zo kunnen we de verantwoordelijkheden die bij dit prachtige vak horen over alle schouders verdelen. Dan blijven we echt toekomstbestendig! ■

Er zijn steeds minder praktijkhouders en als die trend doorzet, verdwijnt de draagkracht om onze mooie toekomstvisie uit te voeren

Wetenschap

12 **De kern van het vak (1). Continuïteit**
Eerste in een serie artikelen naar aanleiding van Woudschoten 2019 over de kernwaarden van het huisartsenvak.

17 **De kern van het vak (2). Arts-patiëntrelatie**
Huisartsen koesteren de bijzondere relatie die ze met hun patiënten hebben.

23 **Point-of-care-tests bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen**
Gebruik van D-dimeren als point-of-care-test is veelbelovend bij het uitsluiten van longembolie in de eerste lijn, mits onderdeel van een klinische beslisregel.

30 **Voorkeur voor hulpverlener na behandeling colorectaal carcinoom**
De huisarts zou de nazorg en follow-up kunnen overnemen, maar uit onderzoek blijkt dat een deel van de patiënten daarop terughoudend reageert.

34 **Veilig opleiden en het aiototraject**
De combinatie van opleidings- en promotietraject is veeleisend.

43 **Huisarts-onderzoeker, de dubbelrol kan knellen**
Voor een optimale verbinding tussen onderzoek en praktijk zijn er professionals nodig die in beide werelden functioneren. Het valt echter niet altijd mee om die dubbelrol te vervullen.

45 **Persoonsgerichte zorg met e-health**
E-health een volwaardige rol binnen de zorg geven vergt tijd en inspanning.

Praktijk

51 **Kennistoets**
Farmacogenetica

52 **Behandeling van bekkengordelpijn**
Bij bekkengordelpijn tijdens de zwangerschap geeft de huisarts vooral informatie en adviezen om goed met de pijn om te gaan. Bekkenpijn is vrij normaal tijdens de zwangerschap, kan geen kwaad en verdwijnt na de bevalling meestal weer.

67 **Uw diagnose**
Heftige jeukende uitslag bij 8-jarig meisje

Fotografie omslag: iStock

Nieuws

6 Eigen dokter, minder verwijzingen

6 Gebruik diclofenac heeft meer risico dan andere NSAID's

7 Muziektherapie bij dementie

8 Gewichtsverandering en vroege tekenen van knieartrose

8 OSAS-management door de huisarts is veelbelovend

9 Beperkte waarde rectaal toucher bij mictieklachten

10 Chronisch PPI-gebruik en het risico op ijzerdeficiëntie

10 Huisartsenzorg door de ogen van de patiënt

11 Tijdige palliatieve zorg loont

61 Behandeling oppervlakkige tromboflebitis in het been

62 Atriumfibrilleren en chronische nierinsufficiëntie

63 D-mannose mogelijk alternatief bij urineweginfecties

64 Onderzoek naar nieuw dieet bij DM II

65 Ingezonden
Wijkgericht werken, cornu cutaneum, huisarts in werksfeer

68 Referenten H&W in het zonnetje

69 Boeken

70 Webtip

NHG

54 NHG-Standpunt Farmacogenetisch onderzoek in de huisartsenpraktijk

60 Voorlopig geen aanpassing in antibiotisch beleid met fluorochinolonen

71 Afwegingskader kindermishandeling 2019 verplicht

72 Gebruiker en ontwerper over NHGDoc

73 Manifest spoedzorg West-Friesland

74 'Kennislacunes kunnen eindelijk onderzocht worden'
Interview met Jacintha van Balen, huisarts achter de Nationale Onderzoeksagenda

Ondertussen op henw.org

- NPH-insuline nog steeds goed
- Olanzapine onbekende optie bij misselijkheid in de palliatieve fase
- Griepvaccinatie bij gezonde ouderen
- Bijwerkingen methylfenidaat bij kinderen
- Veiligheid van DOAC's en VKA's

Eigen dokter, minder verwijzingen

Sjoerd Hobma

Continuïteit van zorg is een belangrijk kenmerk van onze huisartsenzorg en een thema in onze discussie over de toekomst. Nederlandse onderzoekers gingen na wat de samenhang is tussen persoonlijke continuïteit en verwijzingen naar de tweede lijn. Deze relatie bleek aanwezig, maar was niet even sterk voor alle specialismen.

Continuïteit van zorg hangt samen met het aantal verwijzingen. Foto: iStock

In een retrospectief cohortonderzoek in het registratienetwerk in Groningen (17 huisartsen met 30.000 patiënten die een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking vertegenwoordigen) werden mensen geselecteerd die in 2 jaar tijd minstens 2 persoonlijke contacten hadden met een huisarts. Vervolgens bekeken de onderzoekers hoe vaak zij (1) contact hadden met een huisarts, (2) contact hadden met hun eigen huisarts en (3) hoe vaak zij werden verwezen. De onderzoekers definieerden continuïteit als 'aanwezig' als er alleen contact was geweest met de eigen huisarts, en als 'afwezig' als er ook contact was geweest met een andere huisarts. Continuïteit van zorg bleek duidelijk samen te hangen met het aantal verwijzingen, met een verschil van 20% ten opzichte van de patiënten die meerdere huisartsen zagen. Interessant is dat andere patiëntkenmerken (zoals aantal consulten, geslacht en leeftijd) minder samenhang vertoonden met het aantal verwijzingen. Het totaal aantal verwijzingen was minder bij continuïteit van zorg, maar niet voor alle specialismen. Voor maag-darm-leverziekten, oogheelkunde en ggz bleek sprake van een groter aantal verwijzingen. Voor kindergeneeskunde was dit juist lager.
Dit onderzoek laat overtuigende cijfers zien en het zou interessant zijn om over een langere periode te kijken. Het vertrouwen tussen huisarts en patiënt heeft intuïtief meer tijd nodig dan enkele jaren en het werkelijke effect is mogelijk groter. Vanuit het oogpunt van de kwaliteit en kosten blijft continuïteit een belangrijke thema voor de huisartsenzorg. ■

Olthof M, et al. Continuity of care and referral rate: challenges for the future of health care. Fam Pract 2018 May 30. DOI: 10.1093/fampra/cmy048 [Epub ahead of print].

Gebruik diclofenac heeft meer risico dan andere NSAID's

Vincent van Vugt

Ernstige, cardiovasculaire aandoeningen als myocardinfarcten komen significant vaker voor bij gebruik van diclofenac dan bij andere NSAID's. Deze conclusie volgt uit een onderzoek met miljoenen mensen. Aangezien diclofenac wereldwijd nog steeds de meest gebruikte NSAID is, wordt het tijd om anders te gaan voorschrijven.

In een Deens cohortonderzoek bekeken onderzoekers hoe vaak cardiovasculaire aandoeningen binnen 30 dagen optraden bij patiënten die een arts bezochten en geen medicatie kregen of starten met diclofenac, ibuprofen, naproxen of paracetamol. Ze maakten daarbij gebruik van geregistreerde data over medicijngebruik en ziekenhuisopnames van alle mensen in Denemarken om een gerandomiseerd klinisch onderzoek na te bootsen. Elke maand tussen 1996 en 2016 gold als een apart 'onderzoek' waarin de onderzoekers volwassenen met een laag risico (zonder cardiovasculaire aandoeningen in de voorgeschiedenis) met elkaar vergeleken.
In de totale inclusiegroep startten 1.303.209 patiënten met geen enkel middel, 1.370.872 met diclofenac, 3.878.454 met ibuprofen, 219.490 met naproxen en 764.781 met paracetamol. De kans op nieuwe cardiovasculaire aandoeningen binnen 30 dagen was

Muziektherapie bij dementie

Victor van der Meer

Muziektherapie bij patiënten met dementie kan de kwaliteit van leven verhogen en angst en depressie verminderen. Dat blijkt uit een Cochrane-review naar de effecten van muziektherapie op bijna 900 patiënten met dementie die in een zorginstelling verblijven.

Muziektherapie in een zorginstelling kan de kwaliteit van leven verbeteren. Foto: Hollandse Hoogte

De auteurs selecteerden gerandomiseerde onderzoeken waarin de muziektherapie werd gegeven door een gekwalificeerde muziektherapeut en ten minste vijf sessies bedroeg. De therapie kon zowel actief zijn (muziek maken) als receptief (muziek luisteren). De controlegroep kreeg de gebruikelijke zorg of interventies zonder muziek. Van de 21 geïncludeerde onderzoeken betroffen er 7 individuele therapie. Aan het einde van de therapie bleek de kwaliteit van leven te zijn verbeterd (gestandaardiseerd gemiddeld verschil 0,32; 95%-BI 0,02 tot 0,62) en angst en depressie te zijn verminderd (verschil respectievelijk -0,43; 95%-BI -0,72 tot -0,14 en -0,27; 95%-BI -0,45 tot -0,09). De grootte van de gevonden verschillen laat zien dat het hoogstens om een matig effect gaat. De onderzoekers vonden geen effect van muziektherapie op geheugen, agitatie en agressie. Door gebrek aan gegevens zijn de langetermijneffecten onduidelijk. Ook is muziektherapie in de thuissituatie, belangrijk voor de eerste lijn, niet onderzocht. De NHG-Standaard Dementie oppert de inzet van muziek slechts om patiënten met apathie te activeren. De resultaten van de huidige Cochrane-review laten zien dat muziek breder kan worden ingezet bij patiënten met dementie die in een zorginstelling verblijven. Of dit ook geldt voor de thuiswonende patiënt met dementie is onduidelijk. ■

Van der Steen JT, et al. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2018;7:CD003477.

Diclofenac heeft van alle NSAID's het hoogste risico op cardiovasculaire aandoeningen en gastro-intestinale bloedingen. Foto: iStock

significant hoger voor diclofenacgebruikers: 50% (RR 1,5; 95%-BI 1,4 tot 1,7) meer dan voor mensen die niets innamen; 20% (RR 1,2; 95%-BI 1,1 tot 1,3) meer dan ibuprofen- en paracetamolgebruikers en 30% (RR 1,3; 95%-BI 1,1 tot 1,5) meer dan naproxengebruikers. Daarnaast was het gastro-intestinale bloedingsrisico 4,5 keer groter dan bij mensen die niets slikten; 2,5 keer groter dan bij ibuprofen- en paracetamolgebruikers en even groot als bij naproxengebruikers.
Diclofenac heeft van alle NSAID's dus het hoogste risico op cardiovasculaire aandoeningen en gastro-intestinale bloedingen. De NHG-Standaard Pijn adviseert diclofenac alleen in plaats van naproxen bij een hoog gastro-intestinaal risico. In dit onderzoek gaf diclofenac echter net zoveel gastro-intestinale bloedingen. Waarom zou je nog diclofenac voorschrijven in plaats van veiliger middelen als naproxen en ibuprofen? Bedenk in elk geval of de keuze voor diclofenac bewust is of gewoon een kwestie van gewenning. ■

Schmidt M, et al. Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies. BMJ 2018;362:k3426.

Gewichtsverandering en vroege tekenen van knieartrose

Mirrian Hilbink

Overgewicht is een duidelijke risicofactor voor knieartrose. Foto: Shutterstock

Overgewicht is een duidelijke risicofactor voor knieartrose. Nederlandse onderzoekers gingen daarom na wat de relatie is tussen vroege kenmerken van knieartrose op MRI-scans en gewichtsverandering in de tijd bij vrouwen met overgewicht. Zij zagen een duidelijke toename van synovitis van de knie bij vrouwen met een stijgend overgewicht, maar dat gold niet voor andere MRI-tekenen van knieartrose.

Het PROOF-onderzoek (PRevention of knee Osteoarthritis in Overweight Females) was de eerste RCT over de preventie van knieartrose. De onderzoekers vergeleken de progressie van kenmerken van knieartrose op MRI-scans en gewichtsverandering in de tijd. Zij verdeelden 347 deelnemers op basis van gewichtsdata over drie subgroepen: 1) onveranderd gewicht; 2) gewichtsafname of 3) gewichtstoename. Vervolgens beoordeelden zij de MRI's op baseline en in de follow-up met de MRI OsteoArthritis Knee Score (MOAKS) op progressie van beenmerglaesies, kraakbeenschade, osteofyten, meniscusafwijkingen, meniscusextrusie en synovitis. In totaal werden de MRI's van 687 knieën van 347 patiënten zonder klinische knieartrose gescoord. In de subgroep met gewichtstoename trad significant meer progressie op van synovitis dan in de subgroep met een onveranderd gewicht, namelijk 18% versus 7% (OR 2,88; 95%-BI 1,39 tot 5,94). Voor de overige vroege tekenen van knieartrose op MRI-scans vonden de onderzoekers geen significant verschil tussen de scores op baseline en in de follow-up van de metingen. Een kanttekening is dat bij aanvang van het onderzoek de prevalentie van vroege MRI-kenmerken van knieartrose al zeer hoog was in alle groepen (66% meniscusafwijkingen en 52% meniscusextrusie). Deze hoge prevalentie bij aanvang betekent mogelijk dat deze vrouwen met een hoog risico op knieartrose al op een 'point of no return' waren wat betreft gewrichtsschade op MRI. Waarschijnlijk waren deze kenmerken al lang aanwezig en was het optimale moment voor preventieve maatregelen al voorbij. Het onderzoek ondersteunt de gedachte dat aandacht voor preventie van overgewicht moet starten voor er klachten optreden. ■

Landsmeer MLA, et al. Effect of weight change on progression of knee OA structural features assessed by MRI in overweight and obese women. Osteoarthritis Cartilage 2018;S1063-4584(18)31421-3. DOI: 10.1016/j.joca.2018.08.006 [Epub ahead of print].

OSAS-management door de huisarts is veelbelovend

Loes Wouters

Het obstructieveslaapapneusyndroom (OSAS) komt vaak voor. De meeste patiënten worden verwezen naar de tweede lijn. In Nederland kan de huisarts op diverse plaatsen wel de diagnostiek zelf aanvragen, maar niet de behandeling verzorgen. Dat kan anders. Recent Spaans onderzoek laat zien dat OSAS-management door de huisarts even effectief is én goedkoper.

In een gecontroleerd gerandomiseerd onderzoek in Spanje werden 149 patiënten die vermoedelijk OSAS hadden via de huisarts onderzocht en 153 patiënten bij een slaapcentrum in een academisch ziekenhuis. In de huisartsengroep stelde de huisarts de indicatie voor polygrafie (basisslaapregistratie) of polysomnografie (uitgebreide slaapregistratie met een EEG). De huisarts stelde ook de indicatie voor behandeling met Continuous Positive Airway Pressure (CPAP). De slaapregistraties werden uitgevoerd door een slaapspecialist van een privé-kliniek. De huisarts en speciaal getrainde doktersassistentes gaven voorlichting over instelling en gebruik van de CPAP en volgden de patiënten bij 1, 3 en 6

Het obstructieveslaapapneusyndroom (OSAS) komt vaak voor. Foto: iStock

Beperkte waarde rectaal toucher bij mictieklachten

Marcelle van Eupen

Mictieklachten bij mannen komen veel voor, maar deze worden meestal niet veroorzaakt door prostaatkanker. De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen adviseert een rectaal toucher te verrichten en bij afwijkingen te verwijzen. Dit onderzoek laat zien dat een afwijkend rectaal toucher inderdaad een goede reden is voor verwijzing. Om prostaatkanker uit te sluiten, is het echter niet betrouwbaar.

Mictieklachten bij mannen komen veel voor, maar wijzen meestal niet op prostaatkanker.

Foto: iStock

Jones et al. voegden data samen van 3225 mannen met mictieklachten in de eerste lijn. Daaruit bleek dat het rectaal toucher een positief voorspellende waarde had van 42,3% en een negatief voorspellende waarde van 84,2%. Kortom, bij een afwijkend rectaal toucher is er een grote kans op een prostaatcarcinoom (42,3%), maar als de huisarts alleen afgaat op klachten en het niet afwijkende rectaal toucher dan is er toch nog 15,8% kans dat hij een prostaatkanker mist.
Wat is dan wel een goede reden om te verwijzen? Prostaatkanker groeit vaak langzaam en in de periferie, dus mictieklachten komen daarbij zelden voor. Daarnaast heeft prostaatkanker een relatief gunstige prognose, terwijl de gouden standaard bij diagnostiek invasief is en vaker nare gevolgen heeft (impotentie en incontinentie) dan kanker opspoort waaraan de patiënt zonder diagnose was overleden. Ter vergelijking: PSA heeft bij een afkapwaarde van > 4 ng/ml een positief voorspellende waarde van 30% en een negatief voorspellende waarde van 85%. De voorspellende waarde van de combinatie van een normaal rectaal toucher en normaal PSA is beter, slechts 1 op de 80 mannen heeft daarmee alsnog prostaatkanker.
Een rectaal toucher kan dus bijdragen aan het opsporen van prostaatkanker, maar een normaal rectaal toucher sluit prostaatkanker niet uit. De combinatie van een rectaal toucher en PSA geeft een betrouwbaarder inschatting. Tegelijkertijd weegt daarbij het risico op complicaties mogelijk niet op tegen de verwachte gezondheidswinst door een vroegere opsporing van prostaatkanker. Aan prostaatkankerdiagnostiek zitten nogal wat haken en ogen. Deze complexiteit maakt de behandeling lastig uit te leggen in de spreekkamer. Thuisarts.nl kan hierbij helpen ('Ik wil weten of onderzoek naar prostaatkanker zinvol is bij alleen plasklachten'). ■

Jones D, et al. The diagnostic test accuracy of rectal examination for prostate cancer diagnosis in symptomatic patients: a systematic review. BMC Fam Pract 2018;19:79.

maanden. In het slaapcentrum van het academisch ziekenhuis stelde de slaapspecialist de indicaties voor diagnostiek en behandeling.
De evaluatie vond plaats na 3 en 6 maanden met de Epworth Sleepiness Scale (ESS). In de huisartsengroep hadden patiënten met de diagnose OSAS na 6 maanden een afname van 2,49 punten (95%-BI 1,69 tot 3,3) en in de slaapcentrumgroep een afname van 3,11 (95%-BI 2,28 tot 3,94). Het verschil van 1,25 tussen de huisartsengroep en de slaapcentrumgroep paste binnen de voorafgestelde non-inferiority marge van 2 punten, wat betekent dat de behandeling door de huisarts niet minder effectief is dan die door de specialist.
In de huisartsengroep kregen wel meer patiënten de diagnose OSAS dan in het slaapcentrum (80,2% versus 70,6%). De kostenbesparing bedroeg € 558,14 per patiënt.
Wellicht kan de Nederlandse huisarts in de toekomst vaker zelf de indicaties voor diagnostiek en behandeling stellen. Scholing en voorzieningen zijn daarbij dan wel noodzakelijk. ■

Tarraubella N, et al. Management of obstructive sleep apnoea in a primary care vs sleep unit setting: a randomised controlled trial. Thorax 2018 Jul 31. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2017-211237 [Epub ahead of print].

Chronisch PPI-gebruik verhoogt het risico op ijzerdeficiëntie

Mirrian Hilbink

De huidige richtlijnen adviseren beperkt gebruik van protonpompremmers (PPI's). Dat betekent dat artsen de laagst mogelijke effectieve dosis PPI's voorschrijven en chronisch gebruik vermijden. Uit dit onderzoek blijkt dat chronisch gebruik van PPI's naast de reeds bekende nadelen ook het risico op ijzerdeficiëntie verhoogt.

In een recent case-controlonderzoek vergeleken de auteurs 26.806 patiënten met ijzerdeficiëntie (gebaseerd op een gecodeerde, nieuwe diagnose en ten minste één voorschrift voor ijzersupplementen binnen 30 dagen na diagnosestelling) met eenzelfde aantal patiënten zonder ijzerdeficiëntie. Elke case werd gematcht met een controlecase met hetzelfde geslacht, dezelfde leeftijd en huisartsenpraktijk. Binnen de onderzoekspopulatie werden drie subgroepen onderscheiden: 1) patiënten die gedurende ten minste één jaar voor diagnosestelling onafgebroken PPI's voorgeschreven hadden gekregen; 2) patiënten die ten minste één PPI-voorschrift voor diagnosestelling hadden ontvangen, maar niet voldeden aan de criteria voor langdurig gebruik en 3) patiënten die voorafgaand aan diagnosestelling geen PPI-voorschrift hadden ontvangen. Van de cases behoorden 2960 patiënten tot de groep langdurig gebruikers, 6607 patiënten tot de groep beperkt gebruikers en 17.239 patiënten tot de groep niet-gebruikers. Bij de controles was dit respectievelijk 1091, 5058 en 20.657. Zowel in de groep langdurig gebruikers als in de groep beperkt gebruikers kwam een nieuwe diagnose ijzerdeficiëntie significant vaker voor dan in de groep niet-gebruikers (OR 3,60; 95%-BI 3,32 tot 3,91; respectievelijk OR 1,51; 95%-BI 1,44 tot 1,58). Bovendien was het verband sterker bij een hogere dosis (20 mgr omeprazol of meer) en een langere gebruiksduur PPI (langer dan 1 jaar).

Aan het rijtje mogelijke nadelen van chronisch PPI-gebruik (osteoporotische fracturen, respiratoire en gastro-intestinale infecties) kan ijzergebrek mogelijk worden toegevoegd. Deze bevindingen ondersteunen het advies van de NHG-Standaard Maagklachten om jaarlijks de indicatie van chronisch gebruik van zuurremmers te beoordelen en met een zo laag mogelijke dosis uit te komen. ■

Chronisch gebruik van PPI's verhoogt het risico op ijzerdeficiëntie. Foto: iStock

Tran-Duy A, et al. Use of proton pump inhibitors and risk of iron deficiency: a population-based case-control study. J Intern Med 2018 Aug 23. DOI: 10.1111/joim.12826 [Epub ahead of print].

Huisartsenzorg door de ogen van de patiënt

Sjoerd Hobma

Voor een goed consult zijn twee experts nodig: de patiënt (die meestal veel verstand heeft van zichzelf en minder van geneeskunde) en de dokter (die meer weet van geneeskunde en iets van de patiënt). Die experts moeten samenwerken. Wat is belangrijk in die samenwerking, welk gedrag van beiden maakt consulten van huisartsen effectief in de ogen van patiënten?

Deze intrigerende vraag was het uitgangspunt van een onderzoek onder ruim 6000 patiënten in 31 Europese landen dat werd uitgevoerd met een vragenlijst. Deze vragenlijst, de Patient Consultation Value Questionaire, werd hiervoor speciaal ontwikkeld. De respons was 97%.

Patiënten leggen een grote verantwoordelijkheid bij de dokter, naast diens medische kennis gaat het ook om de opstelling tijdens consulten. Patiënten willen graag als partner worden behandeld, waarbij hun vragen en voorkeuren op de voorgrond staan. Verder vinden patiënten een persoonlijke benadering belangrijk. Dat geldt ook voor continuïteit van zorg waarbij zijzelf verantwoordelijkheid dragen voor hun gezondheid, maar waarbij ook duidelijke afspraken worden gemaakt wanneer nieuw contact met de arts nodig is. Daarnaast vinden patiënten het gebruik belangrijk van nieuwe, technische mogelijkheden voor bijvoorbeeld informatie over de aandoening en behandelmogelijkheden. Als zeer storend ervaren zij interrupties door de telefoon of informatieverzameling door assistentes voorafgaand aan consulten.

Tijdige palliatieve zorg loont

Victor van der Meer

Vroege en systematische palliatieve zorg bij kankerpatiënten heeft een bescheiden effect op de kwaliteit van leven. Dat concluderen Belgische onderzoekers naar aanleiding van een gerandomiseerde trial in de tweede lijn onder 186 patiënten met een progressieve maligne tumor.

Vroege palliatieve zorg bij kankerpatiënten heeft een bescheiden effect op de kwaliteit van leven. Foto: Hollandse Hoogte

De onderzoekers selecteerden patiënten met een recent (niet langer dan 12 weken geleden) gediagnosticeerde, progressieve, oncologische ziekte (gastro-intestinaal, long, borst, hoofdhals en melanoom). Zij verdeelden de patiënten over twee groepen. De ene groep kreeg de oncologische standaardzorg (n = 94), de andere groep vroege en systematische palliatieve zorg die was ingebed in de oncologische standaardzorg (n = 92). De oncologische standaardzorg vond plaats binnen een multidisciplinair team met medisch specialisten, psychologen, maatschappelijk werkers, diëtisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. De interventie met vroege en systematische palliatieve zorg bestond uit vier componenten: 1) training van palliatief verpleegkundigen en artsen door een oncoloog; 2) maandelijks (poli)klinische consulten door een palliatief verpleegkundige met aandacht voor ziektebegrip, ziektelast, psychische en spirituele aspecten en medische besluitvorming; 3) het systematisch inventariseren van klachten door de palliatief verpleegkundige en hiernaar handelen; 4) wekelijks bijwonen van oncologiebesprekingen door palliatief verpleegkundigen.
De primaire uitkomstmaat was de kwaliteit van leven na 12 weken gemeten met de EORTC QLQ-vragenlijst (range 30 tot 120; hoe lager de score, des te slechter de kwaliteit van leven). De score voor de kwaliteit van leven, die bij baseline gelijk was, was na 12 weken 61,98 in de interventiegroep en 54,39 in de controlegroep, verschil 7,60 (95%-BI 0,59 tot 14,60).
Het minimaal klinisch relevante verschil van 10 punten werd niet behaald door de groep als geheel. Het onderzoek vermeldt niet hoeveel individuen dit verschil wel behaalden.
Kortom, deze intensieve en vanuit de tweede lijn georganiseerde interventie heeft een bescheiden effect op de kwaliteit van leven bij patiënten met een progressieve maligniteit. Uiteraard komen deze patiënten ook naar de huisartsenpraktijk. Dan lijkt de Patz-structuur bij uitstek geschikt om elementen van vroege en systematische palliatieve zorg in te voeren. ■

Vanbutsele G, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2018;19:394-404.

Voor een goed consult is samenwerking nodig tussen huisarts en patiënt. Foto: iStock

De verantwoordelijkheden van patiënten zijn, in hun eigen ogen: eerlijk zijn over klachten, gezondheid, zelfmedicatie en psychologische problemen. Als tweede punt noemen zij: goede voorbereiding op het consult met bijvoorbeeld een lijst van klachten, een dagboek en een lijstje vragen. Andere belangrijke punten zijn het zorgvuldig inplannen van afspraken en eventuele begeleiders.
Deze uitkomsten zijn nuttig voor ons en onze discussie over de toekomst. Patiënten denken opvallend eensgezind over de continuïteit van zorg, het versterken van informatievoorziening, en tijd en aandacht voor de patiënt tijdens het consult zonder al te veel triage en bemoeienis vóór en tijdens het consult. ■

Mazzi MA, et al. Which patient and doctor behaviors make a medical consultation more effective from a patient point of view. Results from a European multicentre study in 31 countries. Patient Educ Couns 2018;101:1795-1803.

De kern van het vak (1)

Continuïteit

Joost Zaat

Wat maken huisartsen waar van hun idealen en welke belemmeringen en oplossingen zijn er? Naar aanleiding van 'het nieuwe Woudschoten' sprak ik voor H&W met een aantal jonge en oude dokters en zocht ik naar cijfermateriaal over de kernwaarden van het vak. Dit is de eerste van vier artikelen over de kern van het vak: continuïteit in de dagpraktijk, de arts-patiëntrelatie en persoonsgerichte zorg, generalisme versus specialisme met onder andere taakdelegatie aan poh's, en tot slot samenwerken binnen en buiten de eerste lijn.

OPNIEUW EEN KERNWAARDENDISCUSSIE

Nog iets meer dan een maand en dan is het zestig jaar geleden dat een Gideonsbende huisartsen in Woudschoten een definitie van huisartsgeneeskunde gaf. Dat ging op een houtje-touwtjemanier waarbij er binnen een maand een conferentie werd georganiseerd en twee huisartsen na veel gekrakeel met een definitie kwamen van de functie van de huisarts, die het tot nu toe heeft uitgehouden: "Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor en continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (een drievoudige taak: curatief, revaliderend en preventief)." De uitwerking van deze mantra duurde wel lang: het definitieve rapport was pas in 1966 klaar. Nadien zijn er takenpakketten en toekomstvisies geweest – en nu?

Nu komt er weer een nieuwe Woudschotenconferentie. Huisartsen hebben zich in zestig jaar tijd behoorlijk vermenigvuldigd en hun omstandigheden zijn anders. Waren het destijds allemaal mannen, bijna allemaal solisten, nu zijn het vrouwen en daalt het aantal solisten [**Figuur 2**]. Zowel die verandering als de veranderde maatschappij hebben consequenties voor

Figuur 1

Drie opties praktische invulling taken huisartsenzorg

Hoe zien de drie opties er globaal uit?

	Optie A Traditioneel	Optie B Huidig	Optie C Trendvolgend
Organisatie	De huisarts is primair praktijkhouder. De organisatie is kleinschalig en bestaat uit een huisarts plus ondersteunend team.	De huisarts is onderdeel van een huisartsenvoorziening. De organisatieschaal is middelgroot.	De huisarts is onderdeel van een sociaal-medisch netwerk. De huisartsenvoorziening en wijkteams zijn onderdeel van het sociaal-medisch netwerk. De organisatieschaal is groot.
Rolafbakening	De huisarts is eindverantwoordelijk voor een klein ondersteunend team. De huisarts is poortwachter.	De huisarts maakt deel uit van een team van huisartsen. De huisarts is als generalist eindverantwoordelijk voor alle zorg in de huisartsenvoorziening. De huisarts kan medeverantwoordelijk zijn voor de organisatie van de huisartsenvoorziening.	De huisarts maakt deel uit van een multidisciplinair team. De huisarts is medeverantwoordelijk voor het zorgaanbod.
Inhoud van de dienstverlening	De huisartsenzorg richt zich op medische vragen. Alleen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn onderdeel van de huisartsenzorg.	De huisartsenzorg richt zich op medische en gezondheidsvragen.	Het sociaal-medisch netwerk richt zich op medische, gezondheids- en sociale vragen.
Domeinafbakening	De huisartenzorg is gericht op de eigen patiënten.	De huisartsenzorg is gericht op patiënten in de wijk of het dorp.	Het sociaal-medisch netwerk is gericht op de hele populatie.

Bron: Toekomst huisartsenzorg, Gespreksleidraad denksessie

de keuzen. Tegenwoordig gaat zo'n conferentie ook anders. De afgelopen maanden hebben meer dan duizend huisartsen en honderden aios zich in 'denksessies' volgens een strak geleid format van de Argumentenfabriek uitgesproken over drie basisscenario's [**Figuur 1**] en twaalf thema's variërend van 'basiszorg' tot 'contractvorm'. Vorige maand kreeg u een uitgebreide enquête en in januari wordt de 'nieuwe herijking' in Woudschoten bezegeld.

HUISARTSGENEESKUNDE ALS CONTINUE ZORG

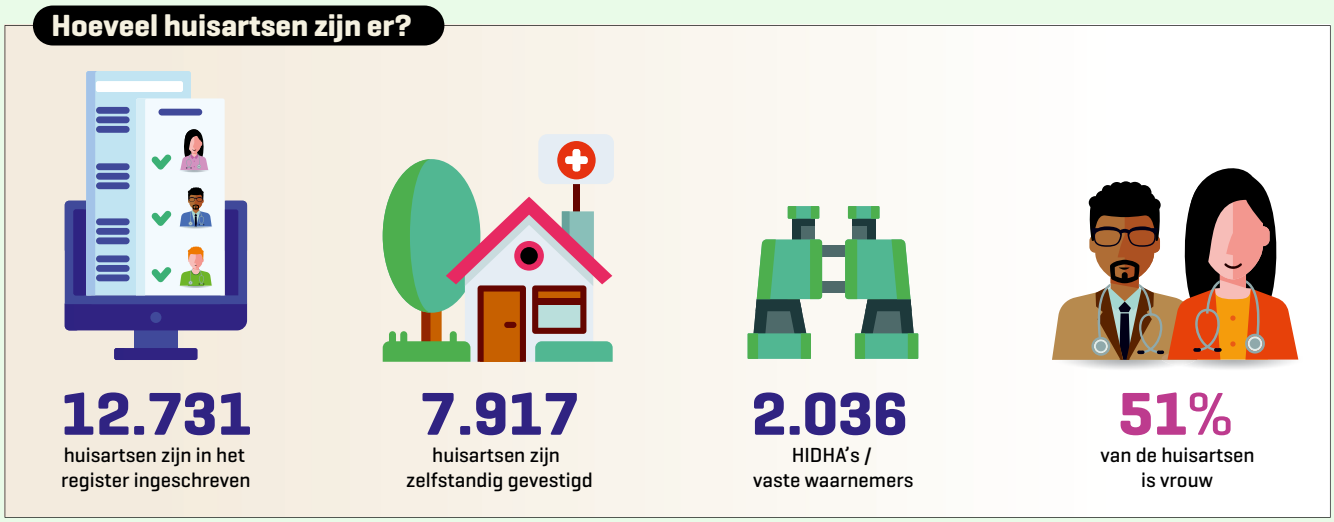
In het basisdocument voor de denksessies wordt huisartsgeneeskunde nog steeds omschreven als 'generalistische medische zorg, laagdrempelig toegankelijk voor alle mensen dicht bij huis'. Volgens het uitgangsdocument voor de discussie is de huisarts de constante factor in de medische zorg en voelt zij zich dag en nacht verantwoordelijk voor alle huisartsgeneeskundige zorg en voor de coördinatie van de zorg.

Huisartsen leveren zorg voor alle klachten en problemen en ze doen dat persoonsgericht. Continuïteit over de grenzen van de dagpraktijk (de ANW-problemen en palliatieve zorg) laat ik maar even buiten het bestek van dit artikel, net als continue zorg in samenwerking met overige disciplines.
Continuïteit heeft consequenties voor de organisatie van de praktijk, maar ook voor de rol- en domeinafbakening en vooral voor de inhoud van de dienstverlening. De drie scenario's bieden zowel verschillende problemen met als oplossingen voor discontinuïteit.

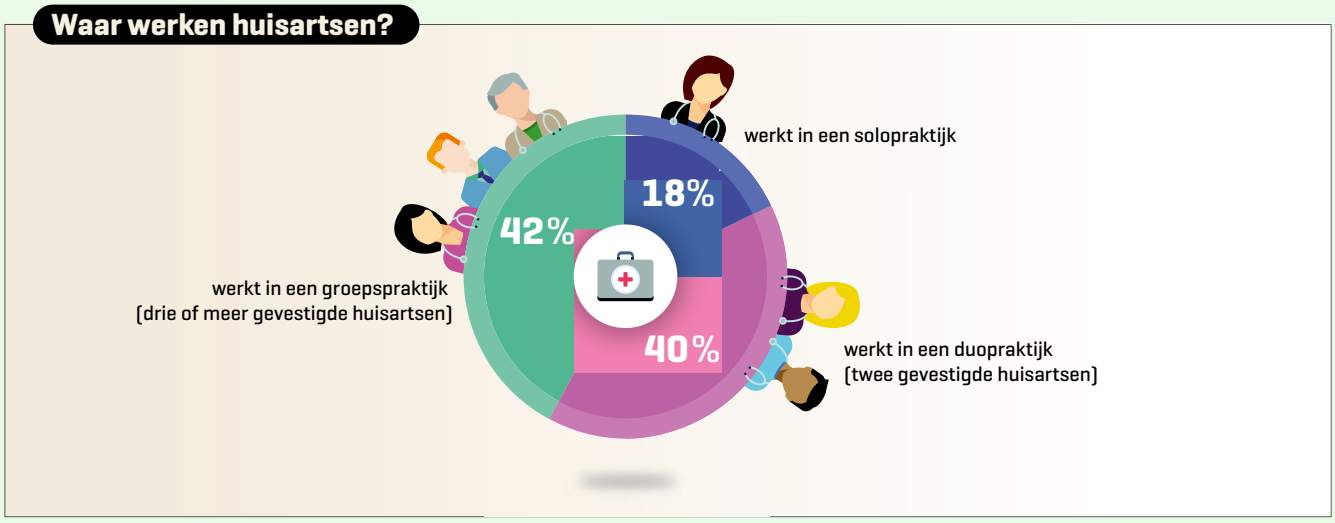
IS ER EEN PROBLEEM MET CONTINUÏTEIT?

Als de kern van de huisartsgeneeskunde persoonlijke zorg is, gaat het er dus om dat huisarts en patiënt elkaar regelmatig zien. Hoe zorg je in een omgeving met parttimedienstverbanden en allerlei hulpkrachten dat je je patiënt ook echt kent? Hoe belangrijk is continuïteit en wat leveren huisartsen op dit gebied?

Figuur 2



Bronnen: *Jaarverslag Ziekenfondsraad. Med Contact 1959;14:636 (http://www.medischcontact.nl/web/file?uuid=568956ee-54b7-4447-a1e6-0260cb15aa34&owner=a65fe646-b92d-4bca-87fa-77ac7edc17cc)*
Van der Velden L, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2016 Utrecht. Nivel, 2017



Bronnen: *Jaarverslag Ziekenfondsraad. Med Contact 1959;14:636 (http://www.medischcontact.nl/web/file?uuid=568956ee-54b7-4447-a1e6-0260cb15aa34&owner=a65fe646-b92d-4bca-87fa-77ac7edc17cc)*
Van der Velden L, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2016 Utrecht. Nivel, 2017

De kans dat een patiënt zijn eigen dokter ziet, is kleiner dan tien jaar geleden, want die dokter werkt nu eenmaal minder. Gemiddeld werkten huisartsen in 2016 (in fte's) 9% minder dan in 2007. De kans dat een gemiddelde patiënt een zelfstandig gevestigde dokter ziet, daalde van 89% naar 80% [**Online Figuur 3**].

Maar ondanks dat de huisarts niet meer fulltime in de praktijk werkt, zien patiënten vaak dezelfde dokter. Zo zien mensen met een depressie bijna altijd dezelfde dokter (97%) volgens onderzoek in vijftien huisartsenpraktijken met drie of meer huisartsen. Bij mensen met Parkinson, die gemiddeld veel vaker kwamen, zag nog 80% telkens dezelfde huisarts. Zelfs als mensen meer dan tien keer in een jaar naar de dokter gaan, heeft nog maar 22% van hen drie of meer dokters gezien.[3]

Patiënten blijven ook lang bij hun huisarts. De helft van deelnemers in het Longitudinal Aging Study Amsterdam-cohort (ouderen > 60 die in 1992 werden ingesloten) had zes jaar later nog steeds dezelfde huisarts, en een derde van de 759 deelnemers die na 17 jaar nog in leven waren had nog steeds hun eigen dokter.[4] Dat beeld van een honkvaste patiëntenpopulatie klopt ook over de hele populatie: 47% van deelnemers aan het Consumentenpanel van het NIVEL had hun huisarts langer dan 25 jaar, slechts 11% was korter dan vijf jaar ingeschreven en maar 4% was in een jaar veranderd vanwege onvrede met de huisarts.[3]

Er is minder continuïteit dan 60 jaar geleden, maar het is – gemiddeld – nu ook weer niet een totaal rommeltje met in- en uitvliegende dokters en patiënten.

WAT IS HET BELANG?

Otto Maarsingh werkt als senior onderzoeker bij Amsterdam UMC, locatie Vrije Universiteit en is 0,4 huisarts in de universitaire groepspraktijk. Hij doet tegenwoordig onderzoek naar continuïteit van zorg. Het is zinnig een onderscheid te maken tussen persoonlijke continuïteit, teamcontinuïteit en *cross boundary*-continuïteit, de continuïteit van zorg buiten de eigen praktijk, bijvoorbeeld bij verwijzingen.[5]

Volgens Maarsingh zijn er harde bewijzen voor het gunstige effect van persoonlijke continuïteit van zorg. "De meeste dokters zijn zich onvoldoende bewust van het krachtige ambachtelijke wat ze in de gereedschapskist hebben. Dat is geen gevoel, maar hardcore evidence." (Zie [**Figuur 4**].)

Maarsingh: "Voor een heleboel dingen maakt het niet uit wie je ziet. Maar bij bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld wanneer je langzaam achteruitgaat, wil je je eigen dokter zien en niet een waarnemer. Zo wil 21% van de patiënten de eigen huisarts zien voor een vuiltje in het oog, terwijl 96% dat wil bij terminale zorg. Dat kun je overigens ook zonder wetenschap bedenken." De vraag is dus, hoe je continuïteit waarborgt als het er echt toe doet.

HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

Continuïteit van zorg is in de 'traditionele solopraktijk' nauwelijks een probleem, maar nog geen 6% van de praktijkzoekende huisartsen wil een solopraktijk.[5] Het aantal solopraktijken daalt gestaag. En driekwart van de overtuigde solisten roept hulp van hidha's en vaste waarnemers in (zie ook [**Online Figuur 5**]).

Gitte Snijders is er zo een. Ze is de vierde generatie huisarts in Landgraaf, haar overgrootvader begon daar in 1919, haar opa en vader volgenden daarna. Ze werkt vier dagen samen met een vaste waarnemer (0,6 fte) in een praktijk van 2700 patiënten. "Bij ons is continuïteit helemaal niet zo'n probleem. We zijn maar met weinig. We zitten in een centrum met vijf huisartsen, maar we zijn wel solist. Ik deel een poh en twee assistentes met een andere huisarts." Snijders heeft echt gekozen voor haar huidige drukke bestaan en niet voor de vrijheid van waarnemen elders. "Elk dorp hier in Zuid-Limburg heeft zijn eigen nukken. Ik zou prima ergens anders kunnen werken, maar ik zou er toch op uitgekeken raken. Bij waarnemen zie je veel, maar een echte band bouw je niet op en juist dat geeft echte voldoening. Ik wil wel wat uit handen geven, maar ik wil de continuïteit waarborgen en betrokkenheid niet verloren laten gaan."

Maarsinghs universitaire praktijk is het tegendeel van een solopraktijk: er werken zeven huisartsen allemaal 0,4 tot 0,5 fte, voor zo'n 5000 patiënten en 1000 jaarlijkse passanten. Ze werken in koppels, maar: "Er is wel veel discontinuïteit. Het is wel op het randje zo."

Tim olde Hartman, die net als Maarsingh een academische loopbaan combineert met werk als huisarts, werkt in een groot gezondheidscentrum in Oosterhout (Gelderland). Daar werken de acht dokters voor 10.000 patiënten in vaste koppels van een vrouwelijke en een mannelijke huisarts. "Ik kan geen overzicht over 10.000 mensen houden, maar over 2500 lukt dat zonder problemen. Die 0,6 fte uit de toekomstvisie is niet zo gek als patiënten maar weten dat ze maar twee dokters hebben. Dat kan prima."

"Dat moet je niet willen, een huisarts van wieg tot graf, want dan worden je patiënten maar 30-35 jaar. Er is dus altijd een moment van discontinuïteit", zegt Ed Berends, die 30 jaar huisarts in loondienst in Eindhoven was. Hij is als lid van de Raad van Bestuur van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) nu formeel de baas over onder andere 47 huisartsen in elf centra. Meestal werken huisartsen met kleinere dienstverbanden in koppels, maar dat is niet verplicht.

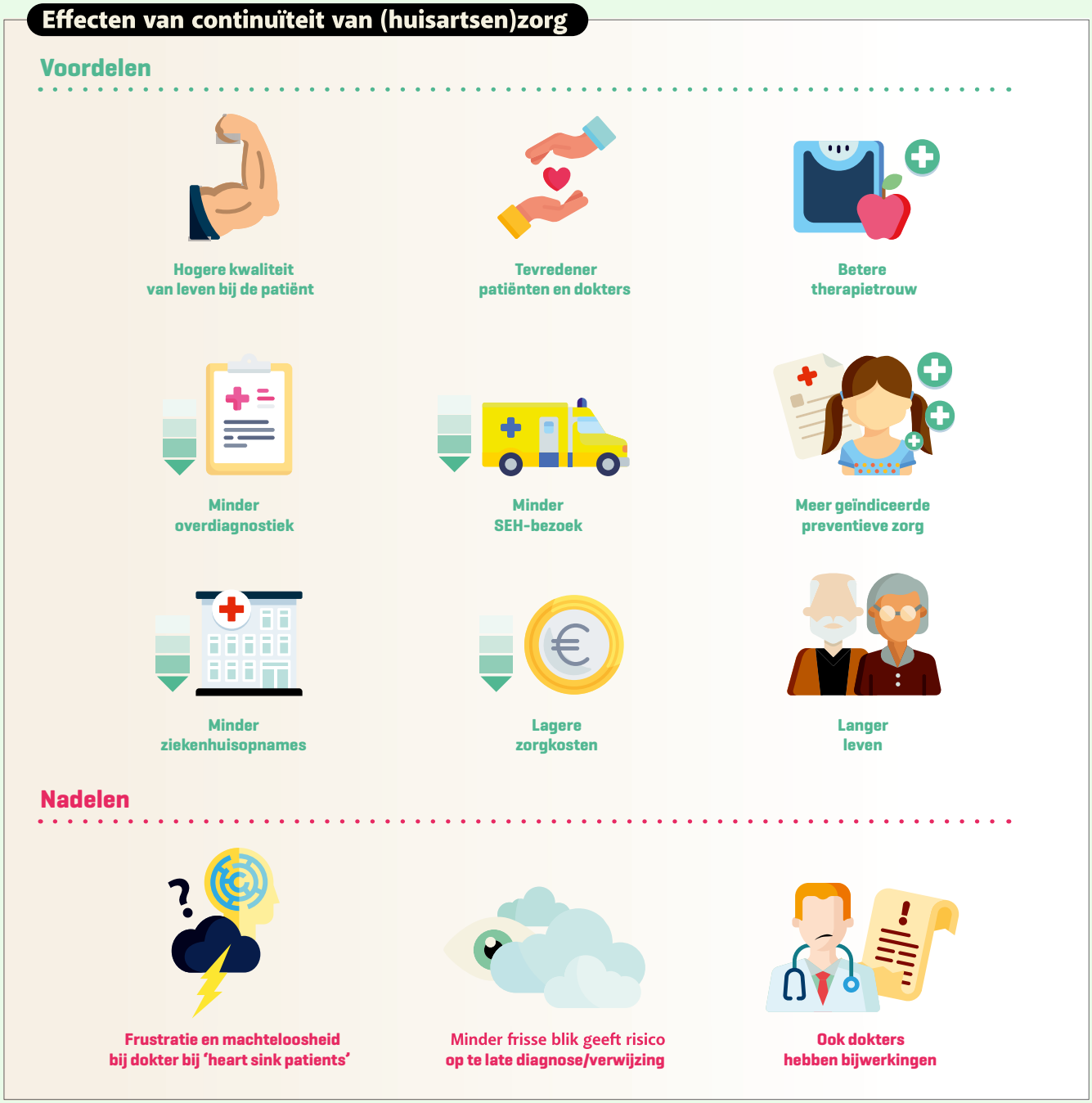
Berends relativeert dat kleine kwalen zien belangrijk zou zijn om de context van de patiënt te kennen: "Een heleboel mensen die met 'kleine kwalen' komen, zul je nooit met iets ernstigs zien. Voor hen is die continuïteit echt niet zo belangrijk. Ik denk dat het de grootste kunst van ons vak is dat we in korte momenten in aandacht, attentie en empathie een vertrouwensband kunnen opbouwen. Het is niet ingewikkeld en geen *rocket science*. Je moet gewoon geïnteresseerd zijn in de ander en wat de ander drijft. Dan kom je al een heel eind."

WAT ZIJN MOGELIJKE OPLOSSINGEN?

Vaste koppels

De simpelste oplossing voor het opvangen van discontinuïteit is het maken van vaste koppels, zoals op veel plekken al gebeurt en ook in Toekomstvisie 2022 staat. Veel zorg kan

Figuur 4



Bronnen: Hill et al., 2011; Pereira et al., 2018[10,11]

immers wachten. De contextuele kennis in het hoofd van de dokter kan daar dan gewoon blijven en je hoeft als huisarts niet alles op te schrijven in een onwillig huisartseninformatiesysteem. "Bovendien ken je elkaars werkwijze ook beter", zoals Olde Hartman zegt.

Informatieoverdracht

Maarsinghs opa en vader waren verloskundig actieve huisartsen in Muntendam (Groningen). "Mijn opa vond opschrijven bullshit. Hij schreef niets op. Hij had het in zijn hoofd. Dus toen mijn vader de praktijk overnam, werd hij hartstikke gek omdat hij niets van de patiënten wist. Hij is toen de groene kaart gaan gebruiken, maar dat was een regel in onleesbaar handschrift. Ik tik nu heel wat weg. Het HIS-volume is behoorlijk toegenomen." Maar of al die informatie in het HIS gemakkelijk toegankelijk is om bijvoorbeeld iets over copingstijl over te dragen, weet Maarsingh niet, wel dat bijna twee derde van de huisartsen zegt overwegingen over beleid

op te schrijven. Er is weinig onderzoek naar informatie-continuïteit. “Je hebt veel contextuele gedachten over een patiënt, die je zeker niet opschrijft als je iemand voor de twintigste keer ziet en je collega gaat niet het hele journaal lezen. Dus of gebrek aan persoonlijke continuïteit is op te lossen door betere HIS-registratie, is maar de vraag.”

Andere consult- en dagstructuur

Niet alleen doordat de dokter minder werkt ontstaan er breuken in de continuïteit, ook doordat huisartsen chronische zorg delegeren. Yvet Benthem, derdejaars aios in de buurt van Eindhoven en voorzitter van de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH), denkt dat de afname van continuïteit door die delegatie helemaal niet zo’n probleem is. “Aan patiënten moet je heel duidelijk uitleggen: mevrouw, voor uw diabetes komt u bij Saskia, de poh, en voor uw depressie komt u bij Thomas, onze poh-ggz, en voor alle andere klachten bij mij. Zij werken onder mijn supervisie en ik weet wat er met u gebeurt.” Als ik haar drie in plaats van vijf keer per jaar zie, maar drie keer en vijftien minuten lang oprechte interesse heb en dan kunnen we mensendokter blijven en valt het met gebrek aan achtergrondkennis wel mee.” Langere consulten bij complexe problemen leveren volgens haar dus ook kennis voor persoonsgerichte zorg op, net als vroeger die cumulatieve kennis van alle consulten voor ‘kleine kwalen’.”
Ook Maarsingh denkt dat het traditionele model van een huisartsendag niet optimaal is. “Mijn opa zag twaalf patiënten per uur, mijn vader tien en ik vijf à zes. Maar het concept is gelijk: ochtendspreekuur, middagspreekuur en tussendoor visites. Ik kan me voorstellen dat er iets slimmers te verzinnen is, maar ik heb het niet paraat.”
Al jaren staat de vaste consultduur ter discussie. Langere consulten zijn bij complexe patiënten nodig, dan lukt het niet in tien minuten. De Engelse zusterorganisatie van het NHG pleit al tijden voor een standaard consultduur van vijftien minuten. Toch is er geen rechtstreeks verband tussen het oordeel over de communicatie en het gevoel van de patiënt dat er geluisterd werd en de consultduur, zo bleek uit recent onderzoek.[8] Korte consulten kunnen bij ‘simpeler’ problemen prima zijn.

Wat moet nog onderzocht worden?

Maarsingh heeft net samen met de huisartsenonderzoeksgroep in Nijmegen een subsidie binnengehaald in het onderzoeksprogramma Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) voor een aioto om te onderzoek of er een ‘toolkit’ te maken is om continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Die groep ondervindt waarschijnlijk als eerste de nadelen van discontinuïteit.
Maarsingh: “We gaan in de literatuur eerst na welke elementen van belang zijn en dan gaan we vervolgens met behulp van interviews, focusgroepen en vragenlijsten bepalen welke deelinterventies in de toolkit terecht moeten komen. Op deze manier ontstaat een concept-toolkit die in 2 praktijken wordt gepilot en zo nodig aangepast. Een voorbeeld van zo’n deelinterventie is bijvoorbeeld een manier om de continuïteit van herhaalvoorschriften beter te waarborgen, zodat de waarnemende dokter bijvoorbeeld niet met onbekende opiaatrecepten zit. In Engeland hebben ze al zo’n toolkit.”[9] Het doel is een soort grabbelton te maken met verschillende interventies, omdat niet in elke praktijk dezelfde problemen spelen.
In een *stepped wedge design* gaan de onderzoekers in 30 huisartsenpraktijken uitzoeken wat werkt. Het duurt nog wel even voordat de resultaten er zijn. Maarsingh waarschuwt ervoor dat de huidige Engelse gereedschapskist niet zo maar in Nederland te gebruiken is. Dat moet volgens hem echt eerst onderzocht worden.

CONCLUSIE

Continuïteit heeft een aanzienlijk effect op de uitkomst van zorg. In de niet-traditionele scenario’s (optie b en c uit [**Figuur 1**]) kan in de dagpraktijk discontinuïteit in de arts-patiëntrelatie een probleem zijn, maar in werkelijkheid loopt het zelfs in grote organisaties, zo’n vaart nog niet. Ook in deze grotere samenwerkingsverbanden zoals stedelijke georganiseerde gezondheidscentra is het mogelijk discontinuïteit met vaste koppels redelijk simpel op te lossen. Dat vergt organisatie én de wil van het management en huisartsen om continuïteit ook echt als belangrijk instrument voor goede zorg te zien.

LITERATUUR

1. Van der Werf G, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001;44;428-35.
2. Van der Velden L, Batenburg RS. Aantal huisartsen en aantal fte van huisartsen vanaf 2007 tot en met 2016. Utrecht: NIVEL, 2017.
3. Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.

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

Lees in de online bijlage de definities van Woudschoten van diverse huisartsen.

Zaat J. De kern van het vak (1). Continuïteit. Huisarts Wet 2018;61(12):12-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0359-x. Huisartsenmaatschap Landauer, Purmerend: dr. J. Zaat, huisarts-publicist, joostzaat@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

De kern van het vak (2)

Arts-patiëntrelatie

Joost Zaat

Huisartsen koesteren de bijzondere relatie die ze met hun patiënten hebben. Doordat hun relatie meestal langdurig is en ze alle problemen zien, zou die relatie anders zijn dan de instrumentelere relatie bij specialisten. In de denksessies in de afgelopen maanden over de nieuwe Woudschoten-definitie was de arts-patiëntrelatie een van de twaalf thema's. Huisartsen houden net als zestig jaar geleden van hun patiënten.

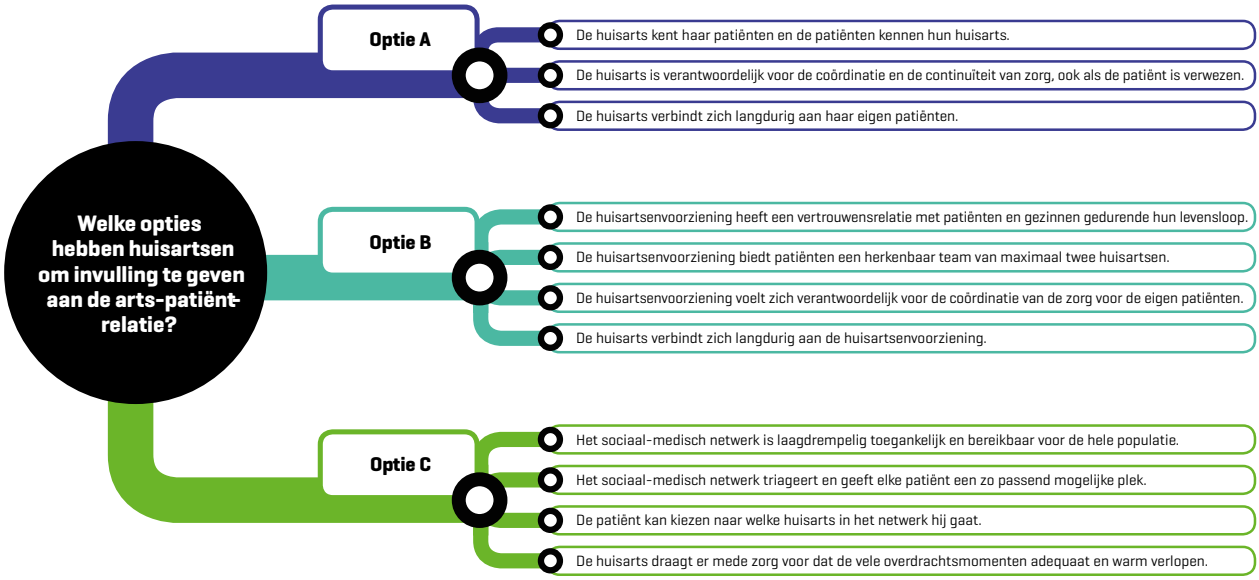
De technische mogelijkheden zijn sinds Woudschoten 1959 sterk toegenomen, maar huisartsen doen het nog steeds vooral met hun ogen en oren en helpen 'met zichzelf', net als de dokters die in de jaren vijftig onder de indruk waren van Michael Balints *Doctor as drug*.[1] Maar hoe individueel blijft die relatie in de toekomst? In het discussiestuk van het project Toekomst Huisartsenzorg staan drie verschillende opties: in de traditionele setting gaat het om de individuele relatie, bij de 'huidige situatie' zou het gaan om een vertrouwensrelatie met de huisartsvoorziening, en in de toekomstgerichte grootschalige structuren heeft de patiënt vooral een vertrouwensrelatie met een sociaal-medische voorziening ([**Figuur 1**]).
In een hal van het Word Fashion Center aan de Amsterdamse A10 staan 23 opblaasbare iglootjes met daarin een tafel, 20 stoelen en een tv-scherm. Meer dan 300 in Amsterdam opgeleide aios die 1 oktober de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK) hebben gedaan, storten zich op de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Net als de denksessies elders in het land bespreken ze de drie scenario's en twaalf thema's. Het gaat immers om hun toekomst. Aanvankelijk gaat het wat moeizaam, zo net na de LHK, maar gaandeweg worden ze enthousiaster. Nadenken over kernwaarden is stamelen en zoeken naar woorden. De groepjes die de arts-patiëntrelatie bespreken, geven hoog op over het belang van een goede vertrouwensrelatie. "Die is hartstikke belangrijk en die krijg je alleen maar in een kleiner team. Dat kan helemaal niet in optie C."

IS ER EEN PROBLEEM MET DE ARTS-PATIËNTRELATIE?

In deel 1 van deze korte serie las u al dat patiënten ook nu nog veelal dezelfde dokter zien. Ze hebben ook veel vaker contact met de huisarts dan een jaar of 30 geleden: toen lag die frequentie rond de 3, nu op 4,4 per jaar. Er zijn ook veel minder visites dan vroeger. In de jaren vijftig deden huisartsen wel 20 visites per dag, in 2012 waren dat er nog 12 per week,[2] en dat aantal daalt nog steeds.
De aard van de contacten is veranderd. De consulten duren

Figuur 1

Arts-patiëntrelatie



Bron: Toekomst huisartsenzorg, Gespreksleidraad denksessie, pagina 17

zeker langer dan in de jaren zestig. [**Figuur 2**] laat zien dat het aantal lange consulten en visites (> 20 minuten) de afgelopen jaren behoorlijk is gestegen. Wel is er enige vertekening omdat het NIVEL de contacten met de poh-ggz bij de huisarts optelt. Die contacten duren altijd al 20 minuten. Gemiddeld zijn de contacten met de huisarts in vergelijking met bijvoorbeeld Finland nog steeds kort (11 minuten versus 24). In 2001 is was de gemiddelde consulttijd net een minuutje korter, maar ook toen al duurde 40% van de consulten langer dan 10 minuten. In vergelijking met andere landen zitten Nederlandse dokters een beetje in de middenmoot qua aantal patiëntencontacten per dag, namelijk 28 consulten, acht telefoontjes en één e-mailconsult ([**Online Figuur 3**]).[3] Huisartsen hebben gemiddeld 32 direct patiëntgebonden uren per week om die arts-patiëntrelatie te onderhouden.
Zestig jaar geleden was er geen mondige patiëntenbeweging, nu timmert de Patiëntenfederatie met de campagne drie goede vragen aan de weg: 67% van de patiënten wil volgens de NCPF altijd samen met de dokter beslissen.[5] Er zijn patiënten die mondiger zijn dan vroeger, maar er zijn ook nog steeds grote groepen die minder mondig zijn en shared decision-making niet omarmen ([**Figuur 4**]). Er is opvallend weinig verschil tussen Europese landen in welke aspecten in de arts-patiëntrelatie patiënten belangrijk vinden: een persoonlijke relatie met de dokter en continuïteit van zorg. Het gebruik van additionele hulpmiddelen als e-health vinden patiënten over het algemeen minder belangrijk.[3] Huisartsen doen wel vaker aan shared decision-making dan tien jaar geleden, maar meestal is hun gedrag op dit gebied slechts net aan zichtbaar in video-opnamen van echte consulten.[4]

WAT IS HET BELANG?

Tim olde Hartman is huisarts in Oosterhout en werkt als *principal investigator* in het Radboudumc. Hij doet vooral onderzoek naar psychische klachten en het belang van de arts-patiëntrelatie. “Ik las laatst een prachtig artikel van een Duitse huisarts over *searching for the problem space*.[6] Doordat de patiënt mij goed kent en ik hem goed ken, is er in het begin van een consult veel ruimte om het probleem te definiëren. Als een patiënt met de klacht moeheid komt, dan is je differentiaaldiagnose 35 pagina’s lang, maar als hij vraagt of het ook kan komen doordat hij zijn schildklierpillen anders inneemt dan is het aantal mogelijkheden opeens veel kleiner. Daar was je zelf misschien nooit op gekomen maar omdat die probleemruimte heel groot is, stuurt de patiënt je naar de juiste diagnose of interventie.”
Er is volgens reviews voldoende bewijs dat de persoon van de dokter, maar vooral de manier waarop die communiceert, de uitkomsten van zorg beïnvloedt. “Physicians who adopt a warm, friendly, and reassuring manner are more effective than those who keep consultations formal and do not offer reassurance,” is de conclusie van een oude systematische review over de invloed van context factoren op gezondheidsuitkomsten.[7] Ook een recente meta-analyse laat zien dat empathie in huisartsenconsulten een klein maar aantoonbaar effect heeft op pijn, angst en tevredenheid.[8]

HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

“Het gaat bij de arts-patiëntrelatie niet om nieuwsgierigheid. Het gaat om persoonlijk contact maken met een dokter die je kent”, zegt Olde Hartman. Patiënten willen een vertrouwde dokter die niet alleen hun medische geschiedenis maar ook

Figuur 2

Aantal contacten met huisarts en praktijkondersteuner ggz

Aantal contacten met de huisarts en praktijkondersteuner ggz

per 1000 ingeschreven patiënten

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Segment 1:							
Consult kort*	2.298,1	2.185,9	2.153,7	2.121,5	2.152,4	2.152,6	2.075,2
Consult lang	485,3	489,3	504,4	569,4	655,4	677,9	709,1
Visite kort*	133,0	133,1	124,8	113,0	113,0	107,1	96,2
Visite lang	74,9	80,7	77,6	81,1	99,9	87,5	80,1
Telefonisch	1.070,0	1.072,8	1.096,9	1.069,4	1.147,0	1.207,6	1.220,2
Consult							
Vaccinatie	1,8	1,8	1,5	1,6	1,8	1,4	4,0
E-mailconsult	6,9	8,1	11,3	16,6	20,9	28,1	33,5
Segment 3:							
M&I-verrichting	216,2	226,0	216,1	213,0	181,6	186,3	179,9
Totaal	**4.286,2**	**4.197,7**	**4.186,3**	**4.185,8**	**4.372,7**	**4.449,3**	**4.399,2**

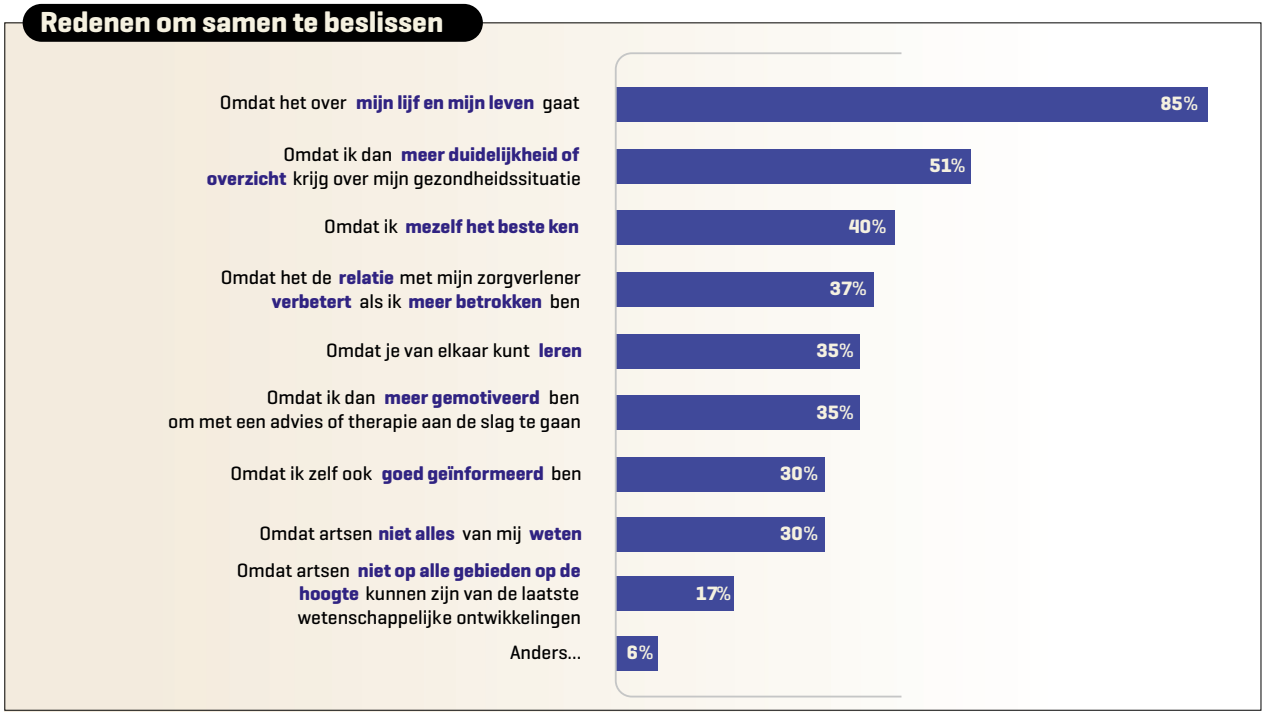
*Een kort consult/visite duurt maximaal 20 minuten, een lang consult/visite duurt langer dan 20 minuten conform de tarievenlijst huisartsenzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

© Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Bronnen: Boersma-van Dam ME, Weesie YM, Hek K, Davids RN, Winckers MLJJ, Korteweg L, de Leeuw-Stravers E, Urbanus TLF, Schermer TRJ, Nielen MMJ. Zorg door de huisarts. Uit: Zorg door de huisarts - Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet]. 2018 [Laatst gewijzigd op 19-07-2018; geraadpleegd op 22-10-2018]. URL: www.nivel.nl/node/

Figuur 4

Redenen om samen te beslissen



de psychosociale situatie kent: “Wij zijn van de care en veel minder van de cure”, zegt Olde Hartman met nadruk. “Hoewel ik denk dat veel huisartsen het vak zijn ingegaan voor de cure en vanuit het cure-perspectief de praktijk doen, maar je moet het vanuit het care-perspectief doen.” Het opbouwen van die vertrouwelijkheid valt volgens hem te leren. “Ik vraag mijn aios steeds ‘Hoe goed ken jij deze patiënt? Weet je wat hij doet?’ Als een patiënt aanstipt dat er relatieproblemen zijn en de aios er niet op ingaat, bespreek ik dat. Dat is onwijs belangrijk. Of het met deze klacht te maken heeft weet ik niet, maar daar gaat het niet altijd om. Het gaat erom of je interesse hebt in de mens die voor je zit. Als je dat elke keer doet, merk je dat dat zin heeft en hoe leuk en waardevol dat is, omdat het je de weg wijst.” Shared decision-making kan lang niet altijd; een leidende dokter kan dringend gewenst zijn, zoals Olde Hartman vertelt. “Mensen kunnen minder goed nadenken als ze onder stress staan, je moet ze dan bij de hand nemen.”

Derk Runhaar is sinds 2,5 jaar praktijkhouder in een kleinschalig gezondheidscentrum met 4 maten, een apotheek en een fysiotherapiepraktijk in Oostzaan, net onder de rook van Amsterdam. Hij kiest nadrukkelijk voor optie A: de vertrouwensband tussen individuele arts en patiënt. Zijn vader was solist in Harderwijk. Als 16-jarige jongen nam hij in de diensten de telefoon op. “Mijn vader zei: als je twijfelt, piep je me op en gaan we het er over hebben. Hij zal misschien heel vaak opgepiept zijn met dingen waarvan hij dacht dat het niet heel nodig was. Ik zou er niet naar terug willen en ben blij met onze professionele triagisten, maar het laat zien dat als je kleinschalig werkt, je op de hoogte bent van probleempatiënten uit je naaste omgeving, ook van zijn collega’s. In zo’n kleinschalige setting als bij ons vroeger thuis kun je beter inschatten wat de risico’s zijn en kun je dus, wat nu totaal onverantwoord zou zijn, een jongen van 16 zonder enige medische kennis aan de telefoon laten . Veel mensen zien me misschien als heel erg behoudend en conservatief in de zin dat ik op zoek ben naar hoe je nu met alle nieuwe dingen toch die basis van vertrouwensrelatie tussen twee mensen, huisarts en patiënt, nog kunt garanderen. Ik vind dat dat een persoonlijke relatie moet zijn en niet een bedrijf dat die relatie overneemt. Het gaat om de persoon van de huisarts.”

Gitte Snijders, de solist in Landgraaf (zie deel 1 van deze artikelenserie), vindt die persoonlijke relatie ook belangrijk. Ze werkt in het dorp waar ze opgroeide. Die nabijheid en deels gezamenlijke geschiedenis ziet ze niet als probleem. “Ik heb niet in Landgraaf op school gezeten, maar ik ken natuurlijk veel mensen. Het is niet zo dat het heel dichtbij komt. Het is, denk ik, van belang dat je als arts gezien wordt en dat ze je adviezen aannemen. Als dat doordat je te dicht bijstaat niet meer gaat, zou ik dat aangeven. Dan is te grens te nauw en wordt het lastig. Maar huisarts zijn gaat verder dan alleen in de praktijk aanwezig zijn. Mensen willen ook weten wie ik ben. Ze willen weten wie de dokter is en wat voor leven die heeft. Ik krijg veel vragen over mijn privésituatie. Ze zijn betrokken en begaan met mijn leven, met mijn kinderen. […] Je bent ook *hun* dokter.”
Maar niet iedereen is van het dorpse. Sabine Vas Nunes, werkt als waarnemer in de regio Haaglanden: “Ik werk het liefst voor

een aantal maanden op dezelfde plek en reis dan weer verder naar de volgende keuken." Ze is bestuurlijk actief in de regio en volgt een tweejarige masteropleiding population health management op de Campus van het LUMC in Den Haag.
Die bredere blik op de hele populatie probeert ze met een aanstelling van een dag in de week ook in de huisartsenopleiding in Leiden vorm te geven. "De zorgvraag verminderen, dat is population health management. Dat mensen op andere gebieden aandacht krijgen zodat hun zorgvraag minder wordt. Ik ben gek op mijn huisartsenvak en geniet van elk moment als ik een medisch probleem oplos, maar ik zou het fijn vinden als patiënten me opzoeken als ze ergens tegenaanlopen ook als het gaat om andere pijlers van positieve gezondheid. Ik wil gebruikmaken van een netwerk in de breedste zin van het woord zodat ik mijn patiënten gezonder kan maken zonder dat dat per definitie in de zorg moet gebeuren. Dat moet dan echt in een groter team, alleen dan kan de zorg naar de juiste plek."
Vas Nunes worstelt met het begrip shared decision-making: "Ook als je van het paternalistische soort bent zit er altijd iets van SDM in. Ik snap de discussie niet goed. Je hebt er toch voor gestudeerd en de patiënt komt bij jou voor advies, waarbij je er samen uitkomt. Bij complexe problemen moet je op zoek naar de hulpvraag: waarom zit de patiënt nu bij mij, zijn er andere dingen en hoe is het met positieve gezondheid? Ik denk dat de discussie over shared decision-making iets van nu is omdat we onze patiënten minder goed kennen." Vas Nunes vindt continuiteit belangrijk maar ziet het verlies aan persoonlijke continuïteit als onvermijdelijk. Dat moet volgens haar opgelost worden door bijvoorbeeld betere ICT en 'een groter netwerk met een belangrijker rol voor een continue wijkwerker.'

De arts-patiëntrelatie bij patiënten met een lage SES of bij migranten is een probleem apart. Maria van den Muijsenbergh was lang huisarts in Nijmegen en is nu bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg. Van den Muijsenbergh: "Er is weinig onderzoek gedaan wat handelen van de huisarts specifiek voor deze groep betekent. We weten wel wat hun behoeften en verwachtingen zijn en we weten waar het misloopt. Ze hechten nog meer dan andere groepen aan een vaste dokter bij wie ze terecht kunnen. Zeker als ze over onderliggende problemen willen praten, zoals SOLK. Ze willen best praten over psychosociale problemen, maar niet met de eerste de beste jonge dokter. Er moet echt een vertrouwensband zijn. We weten dat voor effectieve zorg communicatie belangrijk is. Juist bij mensen die anders communiceren dan de huisarts zelf is die vertrouwensrelatie belangrijk. Die vertrouwensrelatie is sterk gerelateerd aan de persoonlijke contiuniteit van zorg en dat bij deze groepen ook belangrijk is dat de zorg persoonsgericht is."

WAT ZIJN MOGELIJKE OPLOSSINGEN?

Derk Runhaar denkt dat je kleinschaligheid kunt behouden in een grootschaliger organisatie. "Alles wat je achter de schermen kunt organiseren, moet je doen zolang het niet ten koste gaat van een persoonlijke band. Ik zou niet solliciteren in een situatie waarin je inwisselbaar bent. Als je onderdeel wordt van 'n team met alle specialistische zorg raak je kwijt waar je goed in bent." Runhaar is bang voor een situatie zoals in de ggz: "[…] als je het door managers laat uitdenken dan gaat dat gebeuren. Efficiency, en streven naar de goedkoopste kracht. Op papier lijkt het mooi, maar het werkt niet, leidt tot bureaucratie en alleen maar volgens protocol werken."
Volgens Van den Muijsenbergh zijn er twee uitdagingen voor de toekomst. Ten eerste moeten huisartsen weer meer leren echt persoonsgericht te communiceren. Ze moeten niet alleen breed inventariseren en checken of ze het begrepen hebben, maar ook durven afwijken van standaarden als dat gepast is. En ten tweede moeten ze meer tijd per consult krijgen om in die relatie te kunnen investeren.
De mogelijkheid voor langere consulten zal mogelijk beperkt zijn. De omvang van de huidige normpraktijk, waarop de financiering berust, is 2095, terwijl de gemiddelde praktijkgrootte 2320 is (peildatum 2016). Het NIVEL schat, gebaseerd op de groeiende zorgvraag bij de huisarts, dat een huisarts in 2030 zelfs bijna 500 contacten meer moet doen per fte bij de huidige praktijkgrootte: de omvang van drie werkweken.[9]

CONCLUSIE

Persoonsgerichte zorg heeft niet alleen vertrouwen nodig, maar ook een 'brede probleemruimte'. Dat vergt tijd. De consulten en visites bij huisartsen duren gemiddeld langer dan vroeger, maar de arts-patiëntrelatie moeten we nog steeds in een beperkt aantal minuten opbouwen.
De aios op de Amsterdamse bijeenkomst leken het meest te zien in optie B. Weliswaar heeft de 'huisartsenvoorziening' in die optie de vertrouwensrelatie met de patiënt, maar daarbinnen heeft die patiënt toch maar twee dokters, die zich ook langdurig aan een praktijk verbinden. Koele instrumentele relaties lijken niemands streven. Net als in vrijwel alle Europese landen zweren patiënten bij 'hun' huisarts en huisartsen bij 'hun' patiënten. Ik denk dat ook deze kernwaarde na zestig jaar waarschijnlijk nog wel even blijft bestaan.

LITERATUUR

1. Van Osselen E, et al. De dokter als medicijn: zeventig jaar timmeren aan de arts-patientrelatie. Huisarts Wet 2016:59;176-9.
2. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huis Wet 2016;59:91-101.
3. Mazzi MA, Rimondini M, Van der Zee E, Boerma W, Zimmermann C, Bensing J. Which patient and doctor behaviours make a medical consultation more effective from a patient point of view. Results from a European multicentre study in 31 countries. Patient Educ Couns 2018;101:1795-803.

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

Zaat J. De kern van het vak (2). Arts-patiëntrelatie. Huisarts Wet 2018;61(12):17-20. DOI:10.1007/s12445-018-0362-2.

Huisartsenmaatschap Landauer, Purmerend: dr. J. Zaat, huisartspublicist, joostzaat@gmail.com.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Point-of-care-tests bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen

Jochen Cals, Jacqueline Stakenborg, Geert-Jan Dinant, Robert Willemsen, Angel Schols

Inleiding Point-of-care-tests (POCT's) kunnen huisartsen ondersteunen bij het diagnosticeren en behandelen van patiënten met acute cardiopulmonale symptomen. Momenteel is echter nog niet bekend of het gebruik van POCT's ook echt effect heeft op klinische uitkomsten bij deze patiënten. De auteurs gingen na of het gebruik van POCT's door de huisarts bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen leidt tot nauwkeuriger diagnoses en of dit het klinisch handelen beïnvloedt.

Methoden De auteurs voerden een systematisch literatuuronderzoek uit in vier bibliografische gegevensbestanden. Twee reviewers screenden artikelen die vóór februari 2016 zijn gepubliceerd. Zij includeerden alleen onderzoeken die gaan over het effect van POCT-gebruik door de huisarts op de klinisch diagnostische waarde en op de behandeling en verwijzing van patiënten met cardiopulmonale symptomen.

Resultaten De auteurs vonden negen geschikte artikelen die gegevens beschrijven van zeven onderzoeken naar de klinisch diagnostische waarde van POCT-gebruik bij 2277 eerstelijnspatiënten met acute cardiopulmonale symptomen. Vier artikelen bevatten gegevens over het gebruik van D-dimeer-POCT door huisartsen bij longembolie (gegevens van twee onderzoeken); twee onderzoeken over troponine T en één over heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP) bij acuut coronair syndroom; één over B-type natriuretic peptide (BNP) bij hartfalen; één over een 3-in-1-POCT (troponine T, BNP, D-dimeer) bij acuut coronair syndroom, hartfalen en/of longembolie. Slechts één onderzoek was gericht op het effect van POCT-gebruik door huisartsen op de tijdsduur tot de behandeling en één had betrekking op de verwijspercentages.

Conclusie Er is momenteel beperkt bewijs dat gebruik van POCT's door huisartsen bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen leidt tot nauwkeuriger diagnoses en het klinisch handelen beïnvloedt. Enkele onderzoeken hebben veelbelovende resultaten opgeleverd, voornamelijk wanneer artsen een POCT (D-dimeren) combineren met een klinische beslisregel.

INLEIDING

Het uitsluiten van ernstige aandoeningen vormt een van de pijlers van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen gebruiken aanvullende diagnostische tests om het besluitvormingsproces te ondersteunen.[1] Momenteel is er een breed aanbod aan point-of-care-tests (POCT's) beschikbaar voor huisartsen, waarvan ze slechts een klein aantal veelvuldig gebruiken.[2] Omdat patiënten met cardiopulmonale symptomen diagnostisch gezien vaak een uitdaging vormen, willen huisartsen meer POCT's gaan gebruiken in hun praktijk. POCT's zouden hen dan voornamelijk ondersteunen bij het diagnosticeren van acute aandoeningen, zoals acute trombo-embolische aandoeningen (D-dimeren) en hartaandoeningen (troponine, B-type natriuretisch peptide (BNP)).[2-4]

Alvorens te pleiten voor een breder gebruik en implementatie van POCT's door huisartsen bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen, is het belangrijk om te weten of het gebruik van dit soort tests de klinische uitkomsten van patiënten daadwerkelijk beïnvloedt. Met dit systematische literatuuronderzoek wilden de auteurs nagaan of het gebruik van POCT's in de huisartsenpraktijk leidt tot nauwkeurigere diagnoses en of het invloed heeft op het klinisch handelen bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen.

METHODEN

De auteurs voerden een systematisch elektronisch literatuuronderzoek uit met behulp van vier bibliografische gegevensbestanden: PubMed, EMBASE, CINAHL en de Cochrane library. Daarvoor hebben ze alle artikelen geïncludeerd die zijn gepubliceerd vóór oktober 2014 en

PICOS-CRITERIA VOOR DE INCLUSIE VAN ONDERZOEKEN IN HET SYSTEMATISCH LITERATUURONDERZOEK

Patient (populatie)
Patiënten met acute cardiopulmonale aandoeningen/symptomen in de eerstelijnszorg in westerse/ontwikkelde landen. Acuut cardiopulmonaal werd gedefinieerd als acute aandoeningen of symptomen van het hart, de longen of de vasculaire bloedtoevoer van deze organen in de thorax. Onderzoeken over niet-thoraxgerelateerde aandoeningen, zoals diepe veneuze trombose of infectie van de bovenste luchtwegen, werden uitgesloten. Verder werden onderzoeken uitgesloten naar zeldzame(re) ziekten in westerse landen, bijvoorbeeld tuberculose en hiv.

Intervention (interventie)
Alle onderzoeken die POCT als interventie hebben geëvalueerd. POCT werd gedefinieerd als biomedische tests op patiëntenmateriaal, bijvoorbeeld, bloed, urine, feces, terplekke uitgevoerd en geanalyseerd. Tests als elektrocardiografie, echografie en spirometrie werden uitgesloten.

Comparator (vergelijk)
Gebruikelijke zorg zonder gebruik van een POCT.

Outcome (uitkomst)
De auteurs includeerden onderzoeken naar klinische effectiviteit, klinisch diagnostische waarde en/of het effect op behandeling en verwijzingspercentages. Zij excludeerden onderzoeken over analytische accuratesse of onderzoeken die de optimale afkapwaarde van een POCT hebben bepaald.

Study design (onderzoeksontwerp)
Gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep en niet-gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep, bijvoorbeeld prospectieve cohortonderzoeken.

hebben ze een update uitgevoerd in PubMed tot februari 2016. Daarnaast gingen ze na of de literatuurlijsten van alle geïncludeerde artikelen andere relevante onderzoeken bevatten. Zie de oorspronkelijke Engelstalige publicatie voor meer informatie over de zoekstrategie.[5]
Twee reviewers (JS, AS, en in de update AS, JC) hebben onafhankelijk van elkaar de titels en abstracts gescreend op vooraf gedefinieerde PICOS-criteria [**kader**]. Wanneer de reviewers het niet eens waren, screende een derde reviewer (JC) de titel en het abstract, en bespraken ze het artikel in een consensusbijeenkomst. Vervolgens heeft één reviewer (JC) de volledige tekst van de geselecteerde artikelen gescreend op alle PICOS-criteria en heeft de tweede reviewer (AS) dit gecontroleerd.

We mogen niet aannemen dat uitkomsten van POCT-onderzoeken in de tweedelijnszorg automatisch toepasbaar zijn op de eerstelijnszorg

Alle onderzoeken die niet overeenkwamen met de PICOS-criteria werden geëxcludeerd. Tijdens deze fase besloten de auteurs om ook artikelen over het gebruik van POCT bij (acute respiratoire) infecties te excluderen, omdat over dit onderwerp al veel artikelen zijn gepubliceerd, waaronder enkele systematische literatuuronderzoeken.[6-8] Zij beoordeelden de interne en externe validiteit van de gerandomiseerde trials met het Cochrane Risk of Bias Tool for randomized trials. Het risico op bias voor de diagnostische onderzoeken hebben ze beoordeeld met de QUADAS-2-tool.[9,10]

RESULTATEN

Geselecteerde artikelen

Uit in totaal 3657 artikelen hebben de auteurs 3079 unieke artikelen gehaald: 3078 uit het literatuuronderzoek in de gegevensbestanden en één extra artikel via een *abstract* van een congres. Ze hebben de volledige tekst van 169 artikelen op geschiktheid beoordeeld: negen artikelen voldeden aan de inclusiecriteria [**online figuur**].[11-19] [**Online tabel 1** en **2**] tonen de kenmerken en gerapporteerde uitkomsten per geïncludeerd artikel. Zie de oorspronkelijke publicatie voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit en een uitgebreidere beschrijving van de resultaten.[5]

Diagnostische waarde

De negen geschikte artikelen beschreven uitkomsten van zeven verschillende klinische onderzoeken over het effect van POCT-gebruik door huisartsen bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen. Drie artikelen beschreven de resultaten van één groot Nederlands onderzoek (AMUSE-2) dat het effect van het gebruik van een D-dimeren-POCT bij de diagnostiek van longembolie onderzocht.[11-13] In totaal beschreven vier artikelen uitkomsten over het gebruik van een D-dimeren-POCT door huisartsen, twee betroffen het gebruik van troponine T-POCT, één het gebruik van heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP), één het gebruik van BNP en één een 3-in-1 POCT (troponine T, BNP, D-dimeer).[11-19]

Longembolie

Een prospectief cohortonderzoek richtte zich op de diagnostische waarde van de Wells-beslisregel gecombineerd met een D-dimeren-POCT om longembolie veilig uit te sluiten bij 598 volwassen patiënten die vermoedelijk een longembolie

hadden. Drieënzeventig (12%) patiënten kregen de diagnose longembolie. Dit onderzoek concludeerde dat een longembolie veilig en efficiënt uitgesloten kan worden op basis van een Wells-score van ≤ 4 in combinatie met een negatieve D-dimeren-POCT-uitslag, met een positieve en negatieve voorspellende waarde (PVW en NVW) van respectievelijk 21,2% en 98,5%. Het gebruik van een Wells-afkapwaarde van < 2 was nog veiliger, maar dit ging ten koste van de specificiteit.[11] In een post-hoc-analyse bleek dat de D-dimeren-POCT als een op zichzelf staande test een hogere specificiteit heeft dan in combinatie met de Wells-beslisregel, maar die was wel minder veilig met een NVW van 96%.[12] In een subanalyse bleek er tevens een positief verband te bestaan tussen een positieve Wells-regel of een positieve D-dimeer-POCT en andere klinisch relevante aandoeningen, zoals een pneumonie.[13]
Een ander prospectief cohortonderzoek onder 294 ouderen vond een beduidend lagere NVW van 94% in vergelijking met de eerder genoemde onderzoeken.[14]

Acuut coronair syndroom en hartfalen
Twee prospectieve cohortonderzoeken richtten zich op de diagnostische waarde van troponine T bij patiënten met pijn op de borst of andere symptomen, die vermoedelijk een acuut coronair syndroom hadden.[15,16] Het eerste betrof de diagnostische waarde van een troponine T-POCT voor de diagnose acuut myocardinfarct bij 349 patiënten met ten minste 20 minuten aanhoudende pijn op de borst in de afgelopen zes dagen, die ten minste 8 uur vóór het consult met de arts begon.[15] Slechts 6 patiënten (1,7%) werden gediagnosticeerd met een myocardinfarct, van wie er een werd gemist met de troponine T-POCT. De onderzoekers berekenden een sensitiviteit, specificiteit, PVW en NVW van respectievelijk 83%, 100%, 100% en 99,7% voor de diagnose myocardinfarct binnen 72 uur. Ze concludeerden dat een troponine T-POCT in huisartsenpraktijken een zeer hoge diagnostische waarde had voor de beoordeling van patiënten met niet-recentelijk ontstane pijn op de borst.[15]
De resultaten van het tweede onderzoek waren minder positief wat betreft de sensitiviteit en PVW van de troponine T-POCT. Dit prospectieve cohortonderzoek was gericht op de diagnostische waarde van het gebruik van troponine T-POCT door huisartsen bij 196 patiënten met pijn op de borst, dyspneu bij inspanning, onverklaarde zwakte en/of vermoeidheid die in de laatste zeven dagen was ontstaan of verergerd. Van alle patiënten werden er 128 gediagnosticeerd door huisartsen die gebruikmaakten van een troponine T-POCT. In de interventiegroep werd bij slechts 3 patiënten (2,3%) een myocardinfarct gediagnosticeerd en bij 4 (3,1%) instabiele angina pectoris. De onderzoekers berekenden een sensitiviteit, specificiteit, PVW en NVW van respectievelijk 67%, 98%, 40% en 99% voor acuut myocardinfarct bij patiënten met pijn op de borst. Als instabiele angina pectoris aan de uitkomstengroep werd toegevoegd, namen zowel de sensitiviteit als de NVW af, tot respectievelijk 29% en 96%.[16]
Een derde onderzoek betrof de diagnostische waarde van een H-FABP-POCT bij 298 patiënten met < 24 uur symptomen, die vermoedelijk een acuut coronair syndroom hadden. Dit prospectieve cohortonderzoek vond in de eerstelijnszorg plaats. In dit onderzoek werden aanzienlijk meer patiënten gediagnosticeerd met acuut coronair syndroom: 66 van de 298 (22%), van wie 14 (21%) met instabiele angina pectoris en 52 (79%) met myocardinfarct. De sensitiviteit, specificiteit, PVW en NVW van H-FABP waren respectievelijk 43%, 94%, 72% en 83% bij symptomen die minder dan 6 uur aanhielden. Bij symptomen die minder dan 24 uur aanhielden waren deze percentages respectievelijk 39%, 94%, 65% en 84%.[17]
Er is een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep gedaan naar de diagnostische waarde van BNP-geleide diagnose voor hartfalen bij 323 volwassen patiënten met nieuw ontstane of duidelijk verergerde dyspneu als primair symptoom.[18] Bij 111 (34%) patiënten werd hartfalen gediagnosticeerd. De BNP-geleide diagnostische strategie vergrootte de diagnostische opbrengst van 33% naar 45%, vergeleken met het standaardbeleid. Bij de optimale afkapwaarde van 153 ng/L waren de sensitiviteit, specificiteit, PVW en NVW respectievelijk 72%, 93%, 88% en 84%.

Longembolie, acuut coronair syndroom en hartfalen
In een multicenter gerandomiseerd onderzoek met controlegroep werd gekeken naar het klinische voordeel van een 3-in-1-POCT met troponine T, BNP en D-dimeer, vergeleken met

WAT IS BEKEND?
- Huisartsen gebruiken in de dagelijkse praktijk slechts een beperkt aantal point-of-care-tests.
- In de toekomst zouden huisartsen bij acute cardiopulmonale aandoeningen vooral toegang willen hebben tot snelle diagnostiek.
- Acute cardiopulmonale aandoeningen vormen een uitdaging voor de huisarts, omdat de besluitvorming snel moet gebeuren en er in de differentiële diagnose potentieel levensbedreigende aandoeningen staan.

WAT IS NIEUW?
- Dit literatuuronderzoek vond slechts negen geschikte artikelen die gegevens beschrijven van zeven onderzoeken die het POCT-gebruik door de huisarts evalueerden bij 2277 eerstelijnspatiënten met acute cardiopulmonale symptomen, gericht op de klinisch diagnostische waarde en het effect op de behandeling en verwijzingen.
- Voor troponine, BNP en H-FABP is momenteel geen overtuigend bewijs dat het gebruik van POCT's voor deze markers leidt tot nauwkeurigere diagnoses en dat het gebruik het klinisch handelen positief beïnvloedt.
- Het gebruik van D-dimeren als POCT, mits als onderdeel van een klinische beslisregel, is veelbelovend bij het uitsluiten van longembolie in de eerste lijn.

Point-of-care-tests bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen leidt vooral tot nauwkeuriger diagnoses wanneer artsen dit combineren met een klinische beslisregel.

Foto: iStock

conventionele diagnose bij 369 patiënten met potentieel cardiovasculaire pijn op de borst of andere symptomen. Een acuut coronair syndroom werd gediagnosticeerd bij 33 (8,9%) patiënten, hartfalen bij 51 (13,8%) patiënten en een trombo-embolische aandoening bij 24 (6,5%) patiënten. De diagnoses acuut coronair syndroom, hartfalen en trombo-embolische aandoeningen waren significant vaker correct in de POCT-groep (69,8% juiste diagnoses), dan in de standaardzorggroep (45,2%).[19]
De sensitiviteit, specificiteit, PVW en NVW voor de verschillende tests staan in [**online tabel 2**].

Slechts enkele onderzoeken betroffen het effect op klinische behandeluitkomsten

Klinisch handelen
Een van de gevonden onderzoeken evalueerde de tijdsduur tot adequate behandeling. Het gebruik van BNP-POCT door huisartsen zorgde voor een significante afname met twaalf dagen tot de start van de juiste behandeling. In de BNP-POCT-groep werd bij 66% van de patiënten de juiste behandeling gestart op de dag waarop de patiënt voor het eerst met de klachten op het spreekuur kwam, vergeleken met 53% in de controlegroep.[18]
Slechts één onderzoek keek naar het effect van POCT-gebruik door de huisarts op verwijspercentages naar de tweedelijnszorg. Dit onderzoek had spoedverwijzingen binnen dertig dagen als primaire uitkomstmaat. Patiënten behandeld door huisartsen die gebruikmaakten van een troponine T-POCT kregen in 25% van de gevallen een verwijzing, vergeleken met 43% van de patiënten die waren behandeld door artsen zonder gebruikmaking van een POCT. Twee niet-verwezen patiënten in de troponine T-POCT-groep werden echter beoordeeld als gemiste gevallen, van wie de één een acuut myocardinfarct had en de ander instabiele angina pectoris. Om die reden concludeerden de onderzoekers dat gebruik van een troponine T-POCT bij patiënten met pijn op de borst het aantal spoedverwijzingen kan verminderen, wat waarschijnlijk gepaard gaat met een verhoogd risico op het missen van patiënten met een acuut myocardinfarct of instabiele angina pectoris.[16] Geen van de andere geïncludeerde onderzoeken heeft de werkelijke verwijspercentages geëvalueerd, hoewel enkele het aantal vermijdbare verwijzingen naar de tweedelijnszorg heeft proberen te schatten met behulp van scenarioanalyses.

BESCHOUWING

Een nauwkeurige, klinische beslissing nemen binnen een con-

sult van 10 tot 15 minuten behoort tot de dagelijkse praktijk van de huisarts. Die setting en complexiteit zijn uniek. De auteurs gebruikten daarom een brede zoekopdracht om geen enkel potentieel onderzoek te missen. Acute, cardiopulmonale aandoeningen kunnen ernstige klinische consequenties hebben en daarom willen huisartsen serieuze pathologie uitsluiten bij het behandelen van deze patiënten. Om die reden speelt de NVW een zeer belangrijke rol wanneer wordt gepleit voor gebruik van een specifieke POCT door huisartsen. Enkele POCT's hebben wellicht een hoge NVW in een tweedelijnspopulatie, maar een lagere en insufficiënte NVW in de eerstelijnszorg. Vanwege spectrum-bias mogen we niet aannemen dat uitkomsten van POCT-onderzoeken in de tweedelijnszorg automatisch toepasbaar zijn op de eerstelijnszorg. Spectrum-bias betreft het effect dat een verandering in de patiënt-case-mix kan hebben op de prestatie van een test.[20] Ook verschillen binnen eerstelijnsonderzoekspopulaties kunnen een grote invloed hebben op de bruikbaarheid van een POCT, aangezien een klein verschil in testkarakteristieken het gebruik van een cardiopulmonale POCT in bepaalde populaties onveilig kan maken. Het is daarom zeer belangrijk om met behulp van een klinische beslisboom te definiëren voor welke patiënten de geteste POCT effectief en veilig toepasbaar is.

Implicaties voor onderzoek en praktijk

Dit literatuuroverzicht laat zien dat er simpelweg zeer weinig prospectief onderzoek is gedaan naar het effect van het gebruik van POCT voor acute cardiopulmonale klachten in de huisartsenpraktijk. Opvallend daarbij is overigens wel dat veel onderzoeken in de Nederlandse huisartsgeneeskunde zijn gedaan. Slechts enkele onderzoeken betroffen het effect op klinische behandeluitkomsten, zoals het onderzoek gericht op verwijspercentages en op de tijdsduur tot behandeling.[16,15,21] Er zijn meerdere factoren die de vergelijking tussen uitkomsten van onderzoeken belemmeren, waaronder het gebruik van uiteenlopende apparaten, biomarkers en ziekten, onderzoekspopulaties en onderzoeksgroottes, afkapwaarden en (combinaties met) klinische beslisregels.

Een andere factor die de vergelijking tussen onderzoeken compliceert, is dat de klinisch-diagnostische waarde van een POCT de ene keer wordt gepresenteerd als een op zichzelf staande test en de andere keer wordt gecombineerd met een klinische beslisregel. Wat betreft de diagnose longembolie bestaat een gevalideerde en veelgebruikte beslisregel in de eerste lijn, namelijk de Wells-regel, die in combinatie met de D-dimeer-POCT een lager foutpercentage heeft dan de D-dimeer als op zichzelf staande test.[11,12,22,23] Een dergelijk veelvuldig gebruikte en geïntegreerde, klinische beslisregel bestaat nog niet voor het diagnosticeren van acute coronaire hartziekten in de eerste lijn. Zo is bijvoorbeeld de HEART-score ontwikkeld voor patiënten op de SEH, waardoor deze niet even gemakkelijk toepasbaar is in de eerstelijnszorg.[24-26] De Marburg Heart Score (MHS) kan in de huisartsenpraktijk mogelijk nuttig zijn bij de triage van patiënten die mogelijk een coronaire hartziekte hebben.[27-29] Desondanks gebruiken huisartsen deze klinische beslisregel tot nu toe niet vaak. De uitkomsten van de landelijke Huisarts HART Week zullen hopelijk meer inzicht geven in de toepasbaarheid van deze beslisregel in de Nederlandse huisartsenpraktijk.[30] Als een gevalideerde, cardiale klinische beslisregel zoals de MHS zou worden toegevoegd aan een troponine-POCT, zou dit mogelijk leiden tot effectiever en veiliger uitsluiten van acute cardiale pathologie. Verder onderzoek naar de klinische effectiviteit van POCT's in de eerstelijnszorg, bij voorkeur in combinatie met klinische beslisregels, is noodzakelijk om te bevestigen of POCT's huisartsen kunnen ondersteunen tijdens acute cardiopulmonale consulten, zeker nu de spoedzorg in Nederland onder druk staat.

CONCLUSIE

Uit het beperkt aantal prospectieve onderzoeken naar het gebruik van troponine, BNP en H-FABP POCT's door huisartsen bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen blijkt dat de inzet van deze tests de klinische uitkomsten van patiënten niet verbetert, vergeleken met zorg zonder inzet van POCT. POCT's bij acute cardiopulmonale symptomen hebben in de toekomst voor de huisartsgeneeskunde de meeste potentie wanneer ze worden gebruikt in combinatie met, of als onderdeel van, een klinische beslisregel. De Wells-regel, in combinatie met de D-dimeer bij de diagnostiek van longembolie, is daar een mooi voorbeeld van. ■

LITERATUUR

1. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. BMJ 2009;338:b946.
2. Howick J, Cals JW, Jones C, Price CP, Pluddemann A, Heneghan C, et al. Current and future use of point-of-care tests in primary care: an international survey in Australia, Belgium, The Netherlands, the UK and the USA. BMJ Open 2014;4:e005611.
3. Schols AM, Van Boekholt TA, Oversier LM, Dinant GJ, Cals JW. General practitioners' experiences with out-of-hours cardiorespiratory consultations: a qualitative study. BMJ Open 2016;6:e012136.

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

Cals JWL, Stakenborg JPG, Dinant GJ, Willemsen RTA, Schols AMR. Point-of-care-tests bij patiënten met acute cardiopulmonale symptomen. Huisarts Wet 2018;61:(12):23-9. DOI:10.1007/s12445-018-0348-0.

Universiteit Maastricht, Vakgroep huisartsgeneeskunde, Maastricht: prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts en hoogleraar Effectieve diagnostiek in de huisartsgeneeskunde, j.cals@maastrichtuniversity.nl; J.P.G. Stakenborg, huisarts-in-opleiding; prof.dr. G-J. Dinant, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. R.T.A. Willemsen, kaderhuisarts hart en vaatziekten; A.M.R. Schols, arts en promovendus.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Schols AMR, Stakenborg JPG, Dinant G, Willemsen RTA, Cals JWL. Point-of-care testing in primary care patients with acute cardiopulmonary symptoms: a systematic review. Fam Pract 2018;35:4-12. Publicatie gebeurt met toestemming.

Voorkeur voor hulpverlener na behandeling voor colorectaal carcinoom

Thijs Wieldraaijer, Laura Duineveld, Sandra Donkervoort, Wim Busschers, Henk van Weert, Jan Wind

Inleiding De nazorg en follow-up na behandeling van colorectaal carcinoom vinden momenteel plaats in de tweede lijn. De huisarts zou deze zorg kunnen overnemen, maar uit onderzoek blijkt dat een deel van de patiënten daar terughoudend op reageert.

Methode De onderzoekers hebben een vragenlijstonderzoek gedaan onder patiënten waarin deze voor veertien symptomen konden aangeven naar welke hulpverlener zij zouden gaan. Patiënt- en ziektekarakteristieken werden uit huisarts- en ziekenhuisdossiers gehaald.

Resultaten Er waren 260 deelnemers, met een gemiddelde leeftijd van 67 jaar en een mediane tijd na behandeling van zeven maanden. Mannen, patiënten ouder dan 65 jaar en patiënten met een chronische comorbiditeit hadden vaker een voorkeur voor de huisarts. Vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die adjuvante chemotherapie hadden ondergaan, kozen vaker voor het ziekenhuis. Voor alle symptomen gingen patiënten liever naar hun huisarts, behalve bij rectaal bloedverlies en gewichtsverlies, en wanneer ze bang waren dat de kanker was teruggekeerd. In die gevallen hebben ze geen voorkeur.

Conclusie In de huidige situatie raadplegen patiënten na behandeling voor colorectaal carcinoom vaak hun huisarts, waarbij ze voor alarmsymptomen ook de specialist bezoeken. Bij deze symptomen heeft de patiënt geen voorkeur voor een hulpverlener.

INLEIDING

Volgend op de adviezen van de Gezondheidsraad, KWF Kankerbestrijding en NHG/LHV om de mogelijkheid van nazorg voor colorectaal carcinoom (CRC) door de huisarts te onderzoeken, voert de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie AMC, een onderzoek uit waarin patiënten na (in opzet) curatieve behandeling worden gerandomiseerd voor gebruikelijke nazorg of nazorg bij hun huisarts: het ICARE-onderzoek.[1-3] Een aantal patiënten twijfelt over deelname en heeft bedenkingen bij deze oncologische nazorg door de huisarts.[4,5] Wanneer ze voor deelname aan het ICARE-onderzoek worden benaderd, zeggen patiënten geregeld de volgende bedenkingen te hebben: ze blijven liever bij de specialist voor de oncologische nazorg en hebben onvoldoende vertrouwen in de oncologische kennis en ervaring van de huisarts. Anderzijds hebben patiënten die graag meedoen vaak een goede band met hun huisarts en zien ze voordelen in het gemak en de laagdrempeligheid van nazorg bij hun huisarts. De onderzoekers probeerden bij patiënten die reguliere nazorg in de tweede lijn krijgen te achterhalen 1) welke hulpverlener ze bij voorkeur consulteren voor klachten tijdens de periode van nazorg voor CRC, 2) welke patiëntkarakteristieken samenhangen met een voorkeur voor een hulpverlener, en 3) of het type symptoom samenhangt met een voorkeur voor een hulpverlener.

De huisarts zou oncologische nazorg kunnen verrichten, maar een deel van de patiënten reageert daarop terughoudend. Foto: Shutterstock

METHODE

De onderzoekers deden een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek bij CRC-patiënten na (in opzet) curatieve behandeling. De patiënten kregen reguliere nazorg en werden benaderd vanuit de chirurgie-, oncologie- en MDL-afdelingen van zes ziekenhuizen. Hierbij hebben de onderzoekers *alle* patiënten benaderd die na curatieve behandeling deelnamen aan periodieke nacontroles in het kader van oncologische follow-up, die tot vijf jaar na behandeling loopt. Op deze wijze probeerden zij een zo breed mogelijke steekproef te krijgen van alle patiënten in deze periode van nazorg. Na schriftelijke toestemming tot deelname vulden de patiënten binnen een week een vragenlijst in, waarin zij voor veertien symptomen aangaven of zij hiervoor een hulpverlener zouden consulteren, en zo ja, welke dat dan zou zijn. De opties waren 'niemand', 'huisartsassistent', 'huisarts', 'verpleegkundige in het ziekenhuis' en 'specialist'. De patiënten konden meerdere opties tegelijk kiezen en kregen de mogelijkheid om de antwoorden toe te lichten. De onderzoekers maakten een selectie van de symptomen, bedoeld om een indruk te geven van verschillende domeinen van gezondheid. Het betrof 1) buikpijn, 2) moeheid, 3) misselijkheid, 4) diarree, 5) obstipatie, 6) koorts, 7) rectaal bloedverlies, 8) gewichtsverlies, 9) pijn, 10) verminderde conditie, 11) slaapproblemen, 12) angst dat de kanker terugkeert, 13) sociale problemen en 14) werkgerelateerde problemen.
De patiënt- en ziektekarakteristieken zijn uit de huisarts- en ziekenhuisdossiers gehaald.
Om de voorkeur voor het type hulpverlener te achterhalen, scoorden de onderzoekers alle antwoorden op voorkeur voor 1) de eerste lijn (huisarts of huisartsassistent), 2) de tweede lijn (verpleegkundige of specialist) of 3) geen voorkeur (geen hulpverlener of meerdere hulpverleners). Met een mixed multinomiaal model vergeleken ze vervolgens de oddsratio's voor hulpverlenersvoorkeur met de verschillende patiënt- en ziektekarakteristieken, waarbij ze rekening hielden met de mogelijkheid dat een patiënt meerdere antwoorden had gegeven.

RESULTATEN

Van de 483 benaderde patiënten namen er 260 deel (response rate 54%). Weigeraars waren gemiddeld ouder (72 versus 67 jaar, $p < 0{,}001$), maar verder gelijk aan de groep deelnemers, [**tabel 1**].
De resultaten voor hulpverlenersvoorkeur per patiënt- en ziektekarakteristieken staan in de [**figuur**]. Mannen, patiënten ouder dan 65 en patiënten met een chronische comorbiditeit hadden vaker een voorkeur voor de huisarts. Een hogere waardering van de huisarts was ook gecorreleerd met een voorkeur voor de eerste lijn. Vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die adjuvante chemotherapie hadden ondergaan, verkozen vaker het ziekenhuis.
De meeste patiënten (97%) zouden een hulpverlener consulteren bij rectaal bloedverlies (n = 252), de minste patiënten (11%) bij werkgerelateerde problemen (n = 28). Voor alle symptomen gemiddeld zou 43% de huisarts consulteren en 21% de tweede lijn. Voor alle symptomen hadden de patiënten een voorkeur voor de huisarts, behalve voor rectaal bloedverlies, gewichtsverlies en angst dat de kanker terugkeert. Voor deze symptomen hadden ze geen voorkeur voor hulpverlener [**tabel 2**].
Uit de informatie die patiënten zelf toevoegden, kwam naar voren dat zij zich goed geïnformeerd voelden over veelvoorkomende of verontrustende symptomen en al naar gelang de ernst of hinder iemand zouden raadplegen. Enkele voorbeelden: 'Er werd mij verteld dat vermoeidheid erbij hoort en lang kan aanhouden.' 'In het geval van rectaal bloedverlies zou ik

WAT IS BEKEND?

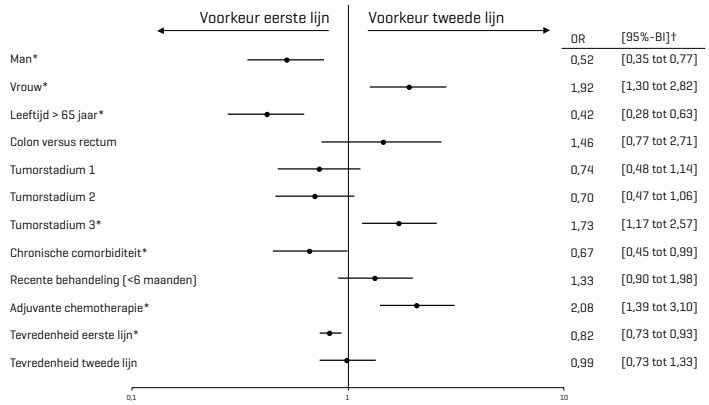
- Verschillende onderzoeken bekijken momenteel de mogelijkheid om oncologische nazorg door de huisarts te laten uitvoeren.
- Een aantal patiënten reageert na behandeling voor colorectaal carcinoom terughoudend op deze voorgenomen overgang.

WAT IS NIEUW?

- Mannen, patiënten ouder dan 65 en patiënten met een chronische comorbiditeit hebben vaker een voorkeur voor de huisarts.
- Vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die adjuvante chemotherapie hebben ondergaan, verkiezen vaker het ziekenhuis.
- Voor alle symptomen gaan patiënten liever naar hun huisarts, behalve voor rectaal bloedverlies en gewichtsverlies, en wanneer ze bang zijn dat de kanker is teruggekeerd. Bij deze symptomen heeft de patiënt geen voorkeur voor een hulpverlener.

Figuur

Karakteristieken die van invloed zijn op hulpverlenersvoorkeur



Deze figuur toont de oddsratio's van verschillende patiënt- en ziektekarakteristieken voor het hebben van een voorkeur van de tweede lijn boven de eerste lijn.
* Karakteristieken significant verschillend voor type hulpverlener.
† Oddsratio met 95%-betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 1

Karakteristieken van deelnemers en weigeraars

	Deelnemers (n = 260)		Weigeraars (n = 223)	
Leeftijd (gemiddeld, sd)	67	(sd 10,1)	72	(sd 10,2)
Man (%)	141	(54%)	105	(47%)
Mediane tijd na operatie (in maanden, IKS)	7	(4 tot 13)	6	(4 tot 12)
Tumorstadium*				
1 (%)	73	(28%)	53	(24%)
2 (%)	88	(34%)	83	(37%)
3 (%)	99	(38%)	87	(39%)
Tumorlocatie				
Colon	231	(88%)	207	(93%)
Rectum	29	(12%)	16	(7%)
Type operatie				
(Verlengde) hemicolectomie rechts	117	(45%)	99	(44%)
Transversumresectie	6	(2%)	3	(1%)
(Verlengde) hemicolectomie links	21	(8%)	25	(11%)
Sigmoïdresectie	55	(21%)	49	(22%)
Rectosigmoïdresectie	56	(22%)	41	(18%)
Abdominoperineale resectie	5	(2%)	6	(3%)
Patiënten na neo-adjuvante CRTx	14	(5%)	11	(5%)
Patiënten na adjuvante CTx	86	(33%)	74	(33%)
Leefsituatie				
Samenwonend	199	(77%)		
Alleenwonend	61	(23%)		
Werk				
Actief	46	(18%)		
(Deels met) ziekteverlof	21	(8%)		
Inactief (voornamelijk gepensioneerd)	193	(74%)		
Opleidingsniveau				
Basisschool	12	(5%)		
Middelbare school	150	(58%)		
Beroepsonderwijs	70	(27%)		
Universiteit	28	(11%)		
Chronische comorbiditeit				
Cardiovasculaire ziekte	118	(45%)		
Geen	105	(40%)		
Ernstige artrose	41	(16%)		
Diabetes mellitus	40	(15%)		
Astma/COPD	22	(9%)		
Depressie	22	(9%)		
Zenuwstelselaandoening	18	(7%)		
Overig†	64	(25%)		
Stoma	38	(15%)		
Medicatiegebruik				
Voorgeschreven medicatie	116	(45%)		
Over-the-counter medicatie alleen	67	(26%)		
Geen	77	(30%)		

sd = standaarddeviatie; IKS = interkwartielspreiding; neo-adjuvante CRTx = neo-adjuvante chemoradiotherapie; alleen bij rectumcarcinoom; adjuvante CTx = adjuvante chemotherapie.
* Tumorstadium op basis van de TNM5-criteria.
† Bij < 5% van de deelnemers aanwezig; nierziekte, leverziekte, huidaandoeningen, maagzweren en verschillende andere aandoeningen.

eerst naar mijn huisarts gaan en dan om een verwijzing naar de chirurg vragen.'

BESCHOUWING

Alle patiënten die aan dit onderzoek deelnamen, kregen reguliere oncologische nazorg in de tweede lijn. De onderzoekers hebben hen niet benaderd voor deelname aan randomisatie voor nazorg bij hun huisarts en ook niet gevraagd naar een voorkeur voor of mening over eventuele overplaatsing van oncologische follow-up naar de huisarts. Dat patiënten terughoudend zijn ten aanzien van overplaatsing van oncologische nazorg naar de huisarts blijkt uit eerdere onderzoeken en uit de bezwaren die de onderzoekers te horen kregen toen ze patiënten includeerden voor het ICARE-onderzoek, waarin ze randomiseerden tussen reguliere nazorg en nazorg door de huisarts.[4,5]

De antwoorden die patiënten geven op de vraag naar welke hulpverlener zij zouden gaan in het geval van een van de genoemde symptomen wijzen er echter wel op dat deze groep patiënten in de reguliere oncologische nazorg veelal (eerst) naar de huisarts zou gaan. Daarnaast suggereren de

Tabel 2

Hulpverlenerconsultatie per symptoom

Symptoom	Consulteert een hulpverlener		Consulteert eerste lijn		Consulteert tweede lijn		Voorkeur voor eerste lijn per symptoom	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	Oddsratio	95%-BI*
Rectaal bloedverlies	252	(97)	135	(52)	139	(54)	0,97	0,73 tot 1,28
Pijn	200	(77)	154	(59)	72	(28)	2,30	1,74 tot 3,05
Gewichtsverlies	194	(75)	120	(46)	95	(37)	1,29	0,98 tot 1,71
Buikpijn	190	(73)	135	(52)	73	(28)	1,98	1,50 tot 2,62
Obstipatie	180	(69)	130	(50)	61	(24)	2,21	1,67 tot 2,92
Diarree	165	(64)	118	(45)	57	(22)	2,11	1,59 tot 2,79
Misselijkheid/braken	162	(62)	130	(50)	37	(14)	3,51	2,66 tot 4,64
Angst voor terugkeer kanker	158	(61)	96	(37)	82	(32)	1,21	0,90 tot 1,62
Koorts	157	(60)	130	(50)	40	(15)	3,36	2,54 tot 4,44
Moeheid	151	(58)	102	(39)	32	(12)	3,19	2,40 tot 4,24
Verminderde conditie	126	(49)	111	(43)	30	(12)	3,88	2,93 tot 5,15
Slaapproblemen	114	(44)	104	(40)	17	(7)	5,87	4,42 tot 7,80
Sociale problemen	75	(29)	73	(28)	10	(4)	6,82	5,04 tot 9,22
Werkgerelateerde problemen	28	(11)	25	(10)	4	(2)	6,63	4,28 tot 10,29
Gemiddelde	154	(59)	112	(43)	54	(21)		

Er waren meerdere antwoorden mogelijk, waardoor eerste- en tweedelijnsconsultatiepercentages overlappen.
Deelnemers geven significant vaker aan een eerstelijnshulpverlener te consulteren voor alle symptomen, behalve voor 1) rectaal bloedverlies, 2) gewichtsverlies en 3) angst voor terugkeer van de kanker.
* 95%-betrouwbaarheidsinterval.

resultaten dat bij vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die chemotherapie krijgen de voorkeur voor consultatie in de tweede lijn sterker is dan bij andere groepen. Deze correlatie van patiënt- en ziektekarakteristieken met een voorkeur voor een hulpverlener is op dit moment niet direct van invloed op de behandeling van patiënten, maar kan in de toekomst wellicht wel helpen bij het vormgeven van het beleid wanneer de patiënt de overstap van tweede- naar eerstelijnsnazorg maakt.

CONCLUSIE

In de huidige nazorgsituatie geven patiënten na behandeling voor CRC voor de meeste symptomen aan dat ze hun huisarts zouden consulteren. Dit betekent dat voor zowel patiënten als huisartsen de stap na een mogelijke overname van oncologische nazorg voor coloncarcinoom kleiner zal zijn dan men vaak vreest. De voorkeur voor het type hulpverlener wordt beïnvloed door patiënt- en ziektekarakteristieken, en door het type symptoom dat een patiënt ervaart. Mannen hebben vaker een voorkeur voor de eerste lijn, vrouwen vaker voor de tweede lijn. Oudere patiënten en patiënten met chronische comorbiditeit gaan liever naar hun huisarts, wat mogelijk te verklaren is door de kleinere afstand naar de huisartsenpraktijk en doordat ze de huisarts beter kennen vanwege de behandeling van de chronische comorbiditeiten. Patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die behandeld zijn met chemotherapie verkiezen het ziekenhuis, wat wellicht samenhangt met de bijwerkingen van de behandeling en de ernst van de klachten, en met het feit dat ze de hulpverleners in het ziekenhuis door de intensieve behandelperiode beter kennen. ■

LITERATUUR

1. Gezondheidsraad. Follow-up in oncology. Identify objectives, substantiate actions. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
2. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2011.
3. Eyck MAMF, Rosmalen CFH, Ter Brugge A, Hogendorp J, Romijn EC, De Wit NJ. Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
4. Wind J, Duineveld LA, Van der Heijden RP, Van Asselt KM, Bemelman WA, Van Weert HC. Follow-up after colon cancer treatment in the Netherlands; a survey of patients, GPs, and colorectal surgeons. Eur J Surg Oncol 2013;39:837-43.
5. Nugteren IC, Duineveld LA, Wieldraaijer T, Van Weert HC, Verdonck-de Leeuw IM, Van Uden-Kraan CF, et al. Need for general practitioner involvement and eHealth in colon cancer survivorship care: patients' perspectives. Fam Pract 2017;34:473-8.

Wieldraaijer T, Duineveld LAM, Donkervoort SC, Busschers WB, Van Weert HCPM, Wind J. Voorkeur voor hulpverlener na behandeling voor colorectaal carcinoom. Huisarts Wet 2018;61(12):30-3. DOI:10.1007/s12445-018-0345-3.

Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: T. Wieldraaijer, aioto, t.wieldraaijer@amc.uva.nl; L.A.M. Duineveld, aioto; W.B. Busschers, statisticus; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde; dr. J. Wind, postdoc. OLVG, Afdeling Heelkunde, Amsterdam: S.C. Donkervoort, chirurg.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Wieldraaijer T, Duineveld LAM, Donkervoort SC, Busschers WB, Van Weert HCPM, Wind J. Colorectal cancer patients' preferences for type of caregiver during survivorship care. Scand J Prim Health Care 2018;36:14-9. Publicatie gebeurt met toestemming.

Veilig opleiden en het aiototraject

Vincent van Vugt, LOVAH Werkgroep Wetenschap

Inleiding De arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker (aioto) heeft zich een belangrijke rol verworven in de academische huisartsgeneeskunde. Het gecombineerde onderzoeks- en opleidingstraject stelt hoge eisen en het is belangrijk onnodige uitval te voorkomen. De Werkgroep Wetenschap van de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH) onderzocht welke voorwaarden aioto's belangrijk vinden voor een succesvol opleidingstraject.

Methode Op basis van focusgroepbijeenkomsten met aioto's is een digitale enquête opgesteld met dertien vragen over begeleiding, werkbelasting, intervisie en de veiligheid van het opleidingsklimaat. De vragenlijst werd eind 2017 per e-mail verstuurd aan alle aioto's in Nederland.

Resultaten Van de 73 actieve aioto's vulden er 60 de vragenlijst in (respons 82,2%). Aan de veiligheid van het opleidingsklimaat gaven de respondenten mediaan een 8 (range 5 tot 10). Er was brede overeenstemming dat er vier kernvoorwaarden zijn voor een succesvol aiototraject: planning vooraf, vaste evaluatiemomenten, begeleiding door een huisarts met onderzoekservaring en goede informatie aan de huisartsbegeleider. Over andere voorwaarden, zoals een onafhankelijke contactpersoon en structurele intervisie, was de overeenstemming minder groot.

Conclusie Op de gebieden begeleiding en werkbelasting worden vier opvattingen breed gedeeld door aioto's. Wij pleiten ervoor deze kernvoorwaarden te waarborgen in alle aiototrajecten om de kans op voortijdige uitval verkleinen.

INLEIDING

Sinds 1998 kunnen huisartsen hun opleiding combineren met promotieonderzoek als 'arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker' (aioto). Inmiddels is het aantal aioto's fors gegroeid.[1] Ze hebben een groot aandeel in huisartsgeneeskundige publicaties en richtlijnen, en veel oud-aioto's blijven na hun opleiding betrokken bij huisartsgeneeskundig onderzoek.

De combinatie van promotieonderzoek en kliniek kan knelpunten opleveren

Tot zover is het een succesverhaal, maar niet voor iedereen. Niet alle aioto's voltooien het promotietraject. Ze staan daarin niet alleen – naar schatting eenderde van alle promovendi in Nederland promoveert nooit – maar het is een veeg teken dat de helft van de afvallers aangeeft dat hun uitval voorkomen had kunnen worden.[1, 2] De combinatie van een opleidings- en een promotietraject doet een beroep op uiteenlopende kwaliteiten en vaardigheden; een begeleiding die daarop is toegesneden zou de uitval van aioto's mogelijk kunnen verminderen.[1]

Een belangrijke voorwaarde voor iedere opleiding is een veilig leerklimaat, waarin zowel de aios als de opleider zich vrij voelen om zaken te bespreken en te veranderen die het leerproces negatief beïnvloeden. Zo'n leerklimaat is echter niet overal aanwezig. De Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH) ontving in de afgelopen jaren regelmatig signalen van aios over onveilige opleidingssituaties en is daarom in 2018 gestart met het project Veilig Opleiden.[3]

Binnen de LOVAH vormen de aioto's sinds 2008 een eigen netwerk, omdat zij een afwijkend opleidingstraject doorlopen. Eind 2016 is dit 'aiotonetwerk' opgegaan in de bredere LOVAH-Werkgroep Wetenschap. Als belangrijkste belangenbehartiger van de aioto's heeft deze werkgroep op zich genomen hun opleidingssituatie te onderzoeken. Voor zover wij weten, is dat nog nooit op landelijke schaal gedaan. Ons doel was te achterhalen welke kernwaarden en voorwaarden volgens deze ervaringsdeskundigen belangrijk zijn voor een succesvol aiototraject, zodat men daarmee rekening kan houden bij de opzet van nieuwe aiototrajecten. Dat kan de uitval misschien verminderen.

METHODE

Focusgroepen

Ter voorbereiding op dit vragenlijstonderzoek praatten aioto's in twee focusgroepen over de manier waarop zij het opleidingstraject beleven en welke aspecten zij van belang vinden voor een veilig opleidingsklimaat. Op basis daarvan ontwikkelden we een digitale vragenlijst die we voorlegden aan alle Nederlandse aioto's.
De twee focusgroepen kwamen bijeen in Utrecht, op 1 juni 2017. Er was een groep met 'vroege' aioto's (n = 15) in de eerste drie jaar van hun opleidingstraject, en een groep met 'late' aioto's (n = 16) in de laatste drie jaar. Elke focusgroep overlegde ongeveer dertig minuten onder leiding van een moderator, vervolgens bespraken alle aioto's samen de opgedane inzichten in een plenaire bijeenkomst. Met toestemming van de deelnemers werden geluidsopnames gemaakt van de bijeenkomsten.

Thema's

Uit de focusgroepen kwamen drie belangrijke thema's naar voren: begeleiding, werkbelasting en intervisie. Het thema 'begeleiding' ging over de vorm en inhoud van de samenwerking met opleiders, 'werkbelasting' ging over de persoonlijke druk die de deelnemer ervoer tijdens het opleidingstraject en over de factoren die daarop invloed hadden, 'intervisie' ging over de vorm en inhoud van formele gesprekken met collega-aioto's over de combinatie van onderzoek en opleiding. De manier waarop deze aspecten waren georganiseerd, verschilde per onderzoeksinstituut op details maar zowel bij 'vroege' als bij 'late' aioto's kwamen de drie thema's duidelijk naar voren.

Vragenlijst

De onderzoekers werkten de geluidsopnames schriftelijk uit en identificeerden de belangrijkste thema's rondom veilig opleiden. Bij elk thema formuleerden zij kwantitatief toetsbare stellingen. Met behulp van Google Forms stelden zij een digitale enquête op met dertien hoofdvragen. Bij twaalf vragen konden de respondenten op een zevenpuntsschaal aangeven in hoeverre zij het eens waren met de voorgelegde stelling, bij vraag 13 werd hen gevraagd de veiligheid van het opleidingsklimaat te beoordelen op een tienpuntsschaal. In een vrij tekstveld bij elke vraag kon de respondent het antwoord toelichten. De opgave van opleidingsjaar en opleidingsinstituut was optioneel. De onderzoekers verspreidden de enquête op 22 december 2017 via e-mail onder alle aioto's in Nederland. De respons werd descriptief geanalyseerd met SPSS 22.0.

RESULTATEN

Respons

In totaal vulden 60 van de 73 aangeschreven actieve aioto's de vragenlijst in, een respons van 82,2%. Er waren respondenten uit alle acht onderzoeksinstituten en alle zes opleidingsjaren. Vier respondenten gaven geen onderzoeksinstituut op, twee vulden hun opleidingsjaar niet in. De online [**tabel**] vat de respons op de dertien enquêtevragen samen.

VIER VOORWAARDEN VOOR EEN VEILIG OPLEIDINGSKLIMAAT

- Minimaal één van de promotiebegeleiders is een huisarts-onderzoeker of oud-aioto die de combinatie van kliniek en onderzoek begrijpt.
- De planning van een aiototraject wordt vooraf voorgelegd aan iemand die de combinatie van kliniek en onderzoek begrijpt en eventuele knelpunten vroegtijdig kan identificeren.
- De promotiebegeleiders organiseren vast ingeplande evaluaties over de voortgang van het hele traject, waarin proactief aandacht wordt besteed aan de dubbele werkbelasting van de aioto.
- Iedere huisartsopleider die een aioto gaat opleiden, ontvangt vooraf schriftelijke informatie over de extra waarde en uitdagingen van deze begeleiding.

Begeleiding

Bijna alle respondenten (93,3%) gaven aan behoefte te hebben aan vast ingeplande tussentijdse evaluaties met hun promotiebegeleiders om de voortgang van hun promotietraject te bespreken. Een ruime meerderheid (80%) vond het belangrijk dat in ieder geval één van de begeleiders zelf huisarts-onderzoeker was of aioto was geweest en de combinatie van klinisch werk en onderzoek begreep. Vrijwel alle respondenten (95%) beaamden dat de combinatie van kliniek en promotieonderzoek knelpunten kan opleveren. In de toelichting wees één respondent specifiek op de belasting van twee banen die elkaar weliswaar afwisselen, maar nooit helemaal gescheiden zijn. De meeste respondenten vonden het niet moeilijk deze knelpunten ter sprake te brengen bij hun begeleiders, maar het maakte wel verschil wie de begeleider was. Slechts een paar respondenten vonden het lastig knelpunten te bespreken met hun promotiebegeleiders (13,8%), aanzienlijk meer respondenten vonden het lastig bij de groepsbegeleiders (27,1%) of de huisartsopleider (39,2%). Enkele respondenten gaven in hun toelichting aan dat ze zich minder vrij voelden over knelpunten te praten als de huisartsopleider of groepsbegeleider weinig affiniteit met wetenschap had. Desondanks zei slechts iets meer dan de helft (56,7%) behoefte te hebben aan een onafhankelijke vertrouwenspersoon.

> Enkele aioto's voelen zich minder vrij om over knelpunten te praten als de huisartsopleider of groepsbegeleider weinig affiniteit met wetenschap heeft

Meer verdeeldheid was er over vast ingeplande overlegmomenten met de huisartsopleider en de onderzoeksbegeleider samen (vraag 5): 42,4% was voor, 28,8% was tegen en 28,8%

De combinatie van een opleidings- en promotietraject is veeleisend, de planning en begeleiding schieten daarbij vaak tekort. Foto: Hollandse Hoogte

stond er neutraal tegenover. Sommige respondenten dachten dat het de samenwerking en het wederzijds begrip zou kunnen verbeteren, anderen vonden het juist rustiger als kliniek en onderzoek gescheiden blijven.

Werkbelasting

Meer dan tweederde van de respondenten (70%) vond het belangrijk dat er tijdens projectgroepoverleg proactief aandacht werd besteed aan de extra werkbelasting die onderzoek en opleiding met zich meebrengen. Eén respondent gaf aan dat dit vooral zou kunnen helpen bij de taakverdeling binnen een projectgroep. Een ruime meerderheid (78,3%) was positief over het voorstel om huisartsopleiders vooraf te informeren over de extra waarde en uitdagingen van een aioto ten opzichte van een reguliere aios (vraag 7), al plaatsten sommigen de kanttekening dat men niet alle opleiders met deze informatie zou moeten belasten, omdat maar een klein deel daadwerkelijk een aioto zal opleiden.
De meeste respondenten (64,4%) wilde gedurende klinische stages graag vrij gepland worden voor onderzoekstaken, maar uit de toelichtingen bleek dat ze het desondanks wel belangrijk vonden de stage volledig te kunnen uitvoeren. De behoefte verschilt sterk per project en is afhankelijk van de fase van het onderzoek. De meeste respondenten (83,3%) vonden het een goed idee om de planning voor het aiototraject van zes jaar al in de beginfase te bespreken met collega's of copromotoren die het beloop goed kunnen inschatten. Slechts één respondent (1,7%) was het hiermee niet eens.

Intervisie

De respondenten waren verdeeld over de noodzaak van structurele intervisie met andere aioto's in de onderzoeksfase. Drie op de vijf (61,7%) waren het wel eens met deze stelling, maar

WAT IS BEKEND?

- Sinds 1998 combineren aioto's de opleiding tot huisarts met promotieonderzoek.
- Aioto's leveren inmiddels een aanzienlijke bijdrage aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.
- De combinatie van opleidings- en promotietraject is veeleisend; veel voortijdig gestopte aioto's geven aan dat planning en begeleiding tekortschoten.

WAT IS NIEUW?

- Aioto's ervaren het opleidingsklimaat over het algemeen als veilig.
- Het bespreken van knelpunten door de extra werkbelasting is het lastigst met de huisartsopleider.
- Aioto's zijn het erover eens dat uitval kan worden voorkomen door planning vooraf, vaste evaluatiemomenten, begeleiding door een huisarts met onderzoekservaring en goede informatie aan de huisartsbegeleider.

zowel voor- als tegenstanders gaven scherp geformuleerde toelichtingen, variërend van: 'Dit zou ontzettend waardevol zijn!' tot: 'Alsjeblieft niet nóg meer intervisie in de opleiding'. Sommige respondenten gaven ook aan dat structurele intervisie in hun instituut al goed geregeld was. Slechts iets meer dan een kwart (26,7%) gaf aan behoefte te hebben aan een digitaal platform om informatie uit te wisselen met andere aioto's (zoals het HAweb-forum of een besloten Facebookpagina). Een groter deel (63,3%) was het eens met de stelling dat iedere nieuwe aioto gekoppeld zou moeten worden aan een oudere aioto; uit de toelichtingen bij deze stelling bleek dat dit systeem op meerdere instituten al is ingevoerd.

Opleidingsklimaat

Over het algemeen beoordeelden de respondenten het aiototraject als een veilige leeromgeving en voelen zij zich gesteund door hun promotiebegeleiders en door de huisartsopleiding. De score voor het opleidingsklimaat, op een tienpuntsschaal, bewoog zich tussen een 5 en een 10, met 8 als de mediaan. Wel gaven enkele respondenten in hun toelichting aan dat dat cijfer niet gebaseerd was op het totale traject, maar vooral op één aspect (promotietraject óf huisartsopleiding) waarover ze tevreden waren.

BESCHOUWING

Aioto's ervaren het opleidingsklimaat over het algemeen als veilig. Eventuele knelpunten bespreken ze het moeilijkst met de huisartsopleider en het gemakkelijkst met hun promotiebegeleiders. Over de vier voornaamste voorwaarden voor een veilig opleidingsklimaat is de grote meerderheid van de aioto's in Nederland het eens [**kader**].
Een wat krappere meerderheid kon zich ook vinden in andere verbeterpunten, zoals het vrijplannen van aioto's voor onderzoekstaken gedurende stages, een onafhankelijke contactpersoon, structurele intervisie in de onderzoeksfase en het koppelen van een nieuwe aioto aan een meer ervaren aioto.

Tabel

Vragenlijst Veilig Opleiden (n = 60)

		Niet mee eens*	Geen mening	Mee eens†
Begeleiding				
1	Ik heb behoefte aan vaste, ingeplande, tussentijdse evaluaties om de voortgang van mijn aiototraject te evalueren met mijn promotiebegeleiders.	1,7%	5,0%	93,3%
2	Ik vind het belangrijk dat in ieder geval één promotiebegeleider de combinatie van klinisch werk en onderzoek begrijpt: hij of zij zou huisarts-onderzoeker moeten zijn of aioto zijn geweest.	15,0%	5,0%	80,0%
3	Ik vind dat aioto's verschillen van reguliere promovendi doordat de combinatie van klinisch werk en onderzoek knelpunten kan veroorzaken.	5,0%	0,0%	95,0%
	A: Ik vind het moeilijk om deze knelpunten ter sprake te brengen bij mijn promotiebegeleiders. (n = 58)	70,7%	15,5%	13,8%
	B: Ik vind het moeilijk om deze knelpunten ter sprake te brengen bij mijn huisartsopleider (tijdens mijn huisartsstage). (n = 51)	27,5%	33,3%	39,2%
	C: Ik vind het moeilijk om deze knelpunten ter sprake te brengen bij mijn groepsbegeleider/docent (tijdens huisartsstage of klinische stage). (n = 48)	43,8%	29,1%	27,1%
4	Ik heb behoefte aan een onafhankelijk vertrouwenspersoon gedurende het aiototraject met wie problemen besproken kunnen worden.	20,0%	23,3%	56,7%
	A: Het is belangrijk om regelmatige afspraken te hebben met deze onafhankelijke vertrouwenspersoon zodat er niet alleen gesprekken zijn wanneer er 'grote' problemen zijn binnen het aiototraject. (n = 38)	18,4%	29,0%	52,6%
5	Ik heb tijdens mijn stages in de huisartsenpraktijk behoefte aan vast ingeplande overlegmomenten met zowel mijn onderzoeksbegeleider als mijn huisartsopleider.	28,8%	28,8%	42,4%
Werkbelasting				
6	Ik vind het belangrijk dat mijn projectgroepleden tijdens overlegmomenten proactief aandacht besteden aan de dubbele werkbelasting van onderzoek en opleiding.	11,7%	18,3%	70,0%
7	Ik vind het een goed idee om iedere opleider schriftelijke informatie te geven over het aiototraject, zodat zij goed weten wat de extra waarde en de uitdagingen zijn van een aioto ten opzichte van een reguliere aios.	8,3%	13,4%	78,3%
8	Ik vind het belangrijk dat aioto's vrij gepland worden voor onderzoekstaken tijdens klinische stages.	16,9%	18,7%	64,4%
9	Ik vind dat een planning voor een aiototraject eerst besproken moet worden met collega's of copromotoren die goed op de hoogte zijn van alle aspecten van het aioto zijn.	1,7%	15,0%	83,3%
Intervisie				
10	Ik heb behoefte aan structurele intervisie met andere aioto's tijdens mijn onderzoeksperiode.	25,0%	13,3%	61,7%
11	Ik heb behoefte aan een digitaal uitwisselingsplatform om informatie uit te wisselen met andere aioto's landelijk (bijvoorbeeld via HAweb of een besloten Facebookpagina).	53,3%	20,0%	26,7%
12	Ik vind dat iedere nieuwe aioto gekoppeld zou moeten worden aan een oudere aioto (buddy-systeem) zodat je kunt leren van eerdere ervaringen.	26,7%	10,0%	63,3%
Veiligheid van het opleidingsklimaat				
13	Ik ervaar het aiototraject als een veilige leeromgeving waarin ik word gesteund door mijn promotiebegeleiders en de huisartsopleiding (1 = zeer onveilig, 10 = zeer veilig)	mediaan 8 (uitersten 5-10)		

* Geheel niet mee eens, niet mee eens of enigszins niet mee eens.

† Geheel mee eens, mee eens of enigszins mee eens.

Er waren echter ook felle tegenstanders van deze voorstellen, vooral waar het ging om structurele intervisie.

Sterke en zwakke punten

Eén van de sterke punten van dit onderzoek is het hoge responspercentage van ruim 82%.[4] Waarschijnlijk is dit te danken aan de onafhankelijke positie van de LOVAH Werkgroep Wetenschap en aan de garantie dat de antwoorden niet herleidbaar waren tot individuele personen. Een beperking is dat de onderzoekers mogelijk niet alle voorwaarden hebben uitgevraagd die aioto's belangrijk vinden voor een succesvol aiototraject. De focusgroepbijeenkomsten duurden relatief kort en niet alle instituten waren er evenredig vertegenwoordigd. Daar staat tegenover dat de respondenten van alle instituten kwamen en elk antwoord in hun eigen woorden konden toelichten.

Aioto's geven aan de veiligheid van het opleidingsklimaat het rapportcijfer acht

Sommige voorstellen uit de enquête, zoals het koppelen van een nieuwe aioto aan een meer ervaren aioto, waren op enkele instituten al doorgevoerd. Dat kan invloed hebben gehad op de manier waarop respondenten tegen het onderwerp aankeken, maar omdat de antwoorden niet herleidbaar zijn tot individuele respondenten weten we niet in hoeverre de variatie in antwoorden verklaard wordt door verschillen tussen instituten.

Implicaties voor de praktijk

De vier in dit onderzoek geformuleerde kernvoorwaarden voor een goed verlopend aiototraject worden onderschreven door alle aioto's in Nederland. We pleiten ervoor deze kernvoorwaarden in alle aiototrajecten te waarborgen, zodat de kans op voortijdige uitval wordt verkleind. Dat sluit aan bij eerder onderzoek waarin vroegtijdig gestopte aioto's aangaven dat ze gebaat zouden zijn geweest bij een betere onderzoeksopzet, planning en begeleiding.[1]
Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er een grote individuele variatie is tussen aiototrajecten en onderzoeksinstituten. Daarom kunnen voor individuele trajecten en instituten ook de andere, minder breed gedragen verbeterpunten uit het onderzoek het overwegen waard zijn.

Lees ook het stuk 'Huisarts-onderzoeker, de dubbelrol kan knellen' van Roger Damoiseaux en Annette Berendsen. Huisarts Wet 2018;61(12):43-4 DOI:10.1007/s12445-018-0355-1.

CONCLUSIE

Aioto's geven de veiligheid van het opleidingsklimaat over het algemeen een hoog cijfer, maar er zijn grote verschillen. Vanwege de variatie in aiototrajecten is een al te strak keurslijf niet wenselijk, maar onze respondenten zijn het erover eens dat alle trajecten zouden moeten voldoen aan vier kernvoorwaarden: goede planning vooraf, vaste evaluatiemomenten, begeleiding door een huisarts met onderzoekservaring en schriftelijke informatie vooraf aan de huisartsbegeleider. Andere voorwaarden voor een geslaagd traject, zoals een onafhankelijke contactpersoon en structurele intervisie, worden minder breed gedragen, maar kunnen wel per instituut worden besproken met de betrokken aioto's. ■

DANKBETUIGING

De Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH) is de belangenvereniging voor alle huisartsen in opleiding. De LOVAH Werkgroep Wetenschap bestaat uit Daan Backes, Joske Brouwer, Bart Duineveld, Carmen Erkelens, Eva Hendriks, Nynke Koning, Irene Lanser, Marjolein Schoonakker en Vincent van Vugt. We bedanken onze oud-leden Eva Bolt, Eefje de Bont, Nikki Claassen-Van Dessel, Lidy Pols, Carolien Teirlinck en Lisanne Welink, die een bijdrage leverden aan dit project. Ook bedanken we alle aioto's die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en de enquête. Tot slot bedanken we Koos ten Thije, die als bestuurslid LOVAH Landelijk verantwoordelijk is voor het project 'Veilig Opleiden', voor het meedenken bij dit onderzoek.

LITERATUUR

1. Den Engelsen C, Knottnerus BJ, Dinant GJ. Het aiothotraject, 15 jaar na de start. Huisarts Wet 2014;57:226-30.
2. Belleman B. Promovendi haken massaal af [rapport]. Amsterdam: Hoger Onderwijs Persbureau, 2015.
3. Ten Thije K. Beleidsdocument project Veilig Opleiden. Utrecht: LOVAH, 2018.
4. VanGeest JB, Johnson TP, Welch VL. Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. Eval Health Prof 2007;30:303-21.

Van Vugt VA; LOVAH Werkgroep Wetenschap. Veilig opleiden en het aiototraject Huisarts Wet 2018;61(12): 34-42. DOI:10.1007/s12445-018-0347-1.

Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/Amsterdam Public Health Onderzoeksinstituut, Amsterdam: V.A. van Vugt, aioto; namens de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH) Werkgroep Wetenschap, v.vanvugt@vumc.nl.
De LOVAH Werkgroep Wetenschap bestaat in alfabetische volgorde uit: Daan Backes, Joske Brouwer, Bart Duineveld, Carmen Erkelens, Eva Hendriks, Nynke Koning, Irene Lanser, Marjolein Schoonakker en (voorzitter) Vincent van Vugt.

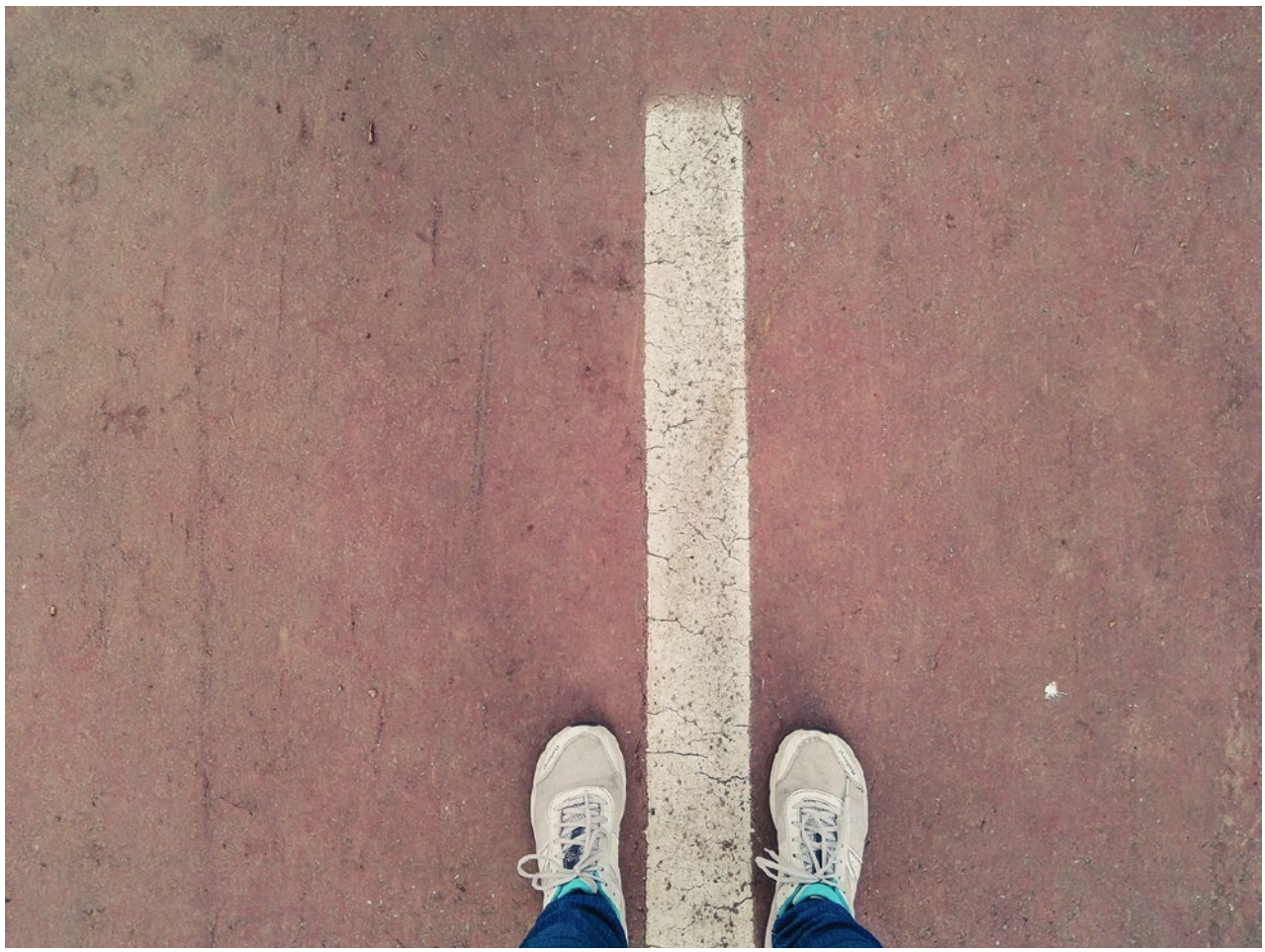
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Huisarts-onderzoeker, de dubbelrol kan knellen

Roger Damoiseaux, Annette Berendsen

Voor een optimale verbinding tussen onderzoek en praktijk zijn er professionals nodig die in beide werelden functioneren. De relevante vragen voor onderzoek die het meest effect hebben op een goede patiëntenzorg ontstaan veelal in de praktijk. Andersom kunnen klinisch werkzame onderzoekers een goede vertaalslag faciliteren van relevant onderzoek naar de praktijk. Het valt voor huisarts-onderzoekers echter niet altijd mee om zo'n dubbelrol te vervullen.

Wereldwijd zijn er zorgen over de druk die deze groep professionals, de clinician-scientists, ervaart.[1,2] In dit nummer schrijven aioto's over de knelpunten die zij ervaren in hun dubbel opleidingstraject. De conclusie is dat er meer begrip nodig is voor hun rol bij opleiders, docenten en promotoren. Dit is vooral een begeleidingsaspect, dat ze in vier kernvoorwaarden samenvatten.[3]
Een goede begeleiding van promovendi en artsen-in-opleiding is een conditio sine qua non. Dit geldt evenzeer voor jonge professionals die beide rollen combineren in hun opleiding. Om de begeleiding goed te organiseren, moet je eerst vaststellen wat er zo bijzonder is aan die dubbelrol en waar deze kan knellen. In onze optiek zijn er drie belangrijke aspecten van de dubbelrol die helder in beeld moeten zijn bij de begeleiding. De eerste is de identiteitsvorming van de aioto, de tweede is de verbindingsrol tussen twee werelden en de laatste is de extra belasting door het combineren van twee rollen die je beide goed wilt vervullen.
De professionele identiteit van artsen en onderzoekers heeft overeenkomsten, maar er zijn ook tegenstellingen.[4] Artsen zijn opgeleid vanuit een medisch wetenschappelijk perspectief en zijn vertrouwd met verzamelen van



Het is voor huisarts-onderzoekers niet altijd gemakkelijk hun dubbelrol te vervullen. Foto: iStock

Opleiders moeten specifiek aandacht besteden aan de dubbelrol van aioto's. Foto: Hollandse Hoogte

data, analyseren en diagnosticeren. Dit zijn ook belangrijke aspecten voor de professionele identiteit van onderzoekers. Andere overeenkomsten zijn hoge professionele standaarden, eerlijkheid, integriteit, zelfreflectie en continu leren. Een tegenstelling is dat artsen wordt geleerd om te werken volgens de principes van standaarden en zich te conformeren aan wat gebruikelijk is in de beroepsgroep. Wetenschappers daarentegen worden juist op hun originaliteit beoordeeld. De meeste aioto's hebben eerst een opleiding tot arts gevolgd en hebben zich die identiteit eigen gemaakt. Als ze zich op een gecombineerd traject richten, moeten ze ook die andere identiteit ontwikkelen. Dan zijn er verschillende mogelijkheden. De beide rollen zijn compleet geïntegreerd; er bestaan twee aparte rollen en de aioto vervult die op verschillende posities, of de aioto kiest ervoor vooral clinicus of wetenschapper te zijn.[5] In de opleiding zijn dan rolmodellen van belang en ook de mogelijkheid om te oefenen met die verschillende rollen.[6]
Een verbindingsrol tussen twee werelden is niet gemakkelijk.[1] Fulltime onderzoekers zijn soms verbaasd dat hun bevindingen niet meteen worden overgenomen door de kliniek, maar daarvoor moet een vertaalslag worden gemaakt. Artsen werken met mindlines en onbewuste kennis die ze tijdens hun werk en overleg met collega's hebben geïnternaliseerd.[7] Om te kunnen aansluiten, moet je begrip hebben van beide werelden maar je loopt ook het risico dat beide werelden je niet serieus nemen. Om de verbindingsrol goed te vervullen, is een aantal eigenschappen nodig zoals flexibiliteit, nieuwsgierigheid en zelfvertrouwen.[8] De verbindingsrol moet je leren vervullen en moet mogelijk worden gemaakt door de organisaties waarvoor je werkt. In een maatschap is het immers niet altijd helder wat onderzoek oplevert en omgekeerd is er in de wetenschappelijke setting niet altijd begrip voor de verplichtingen die je als praktiserend arts hebt naar patiënten en collega's. De klinische setting van de huisartsopleiding verschilt van de opleiding van de meeste andere specialismen, omdat het onderzoek in een andere context wordt uitgevoerd dan de klinische opleiding. Die vorm kan knellen, maar biedt ook de mogelijkheid voor aioto's om de verbindingsrol te oefenen tijdens terugkomdagen of in de praktijk.
Tot slot vraagt een dubbelrol altijd extra inspanningen. Om een goede dokter te worden, moet je uren maken en dat geldt ook voor een onderzoeker. Daarnaast heb je nevenactiviteiten die voor elke rol anders zijn, maar die je wel moet doen. Dit is niet typisch voor de opleiding tot aioto, dit kan iedereen met een dubbelrol ervaren.
Voor een goede begeleiding van aioto's is kennis nodig van hun identiteitsontwikkeling en van de competenties die nodig zijn om de dubbelrol te vervullen. Hieraan moet in de opleiding dan ook specifiek aandacht worden besteed om de aioto's van de toekomst goed voor te bereiden op hun rol en hen zo als 'dubbelagent' te behouden voor de beroepsgroep. ■

LITERATUUR

1. Kislov R, Wilson P, Boaden R. The 'dark side' of knowledge brokering. J Health Serv Res Policy 2017;22:107-12.
2. Hall AK, Mills SL, Lund PK. Clinical investigator training and the need to pilot new approaches to recruiting and retaining this workforce. Acad Med 2017;92:1382-9.
3. Van Vugt VA; LOVAH Werkgroep Wetenschap. Veilig opleiden en het aiototraject. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0347-1.
4. Rosenblum ND, Kluijtmans M, Ten Cate O. Professional identity formation and the clinician-scientist: a paradigm for a clinical career combining two distinct disciplines. Acad Med 2016;91:1612-7.
5. Roccas S, Brewer MB. Social identity complexity. Personality and Social Psychology Review. 2002;6:88-106.
6. Ibarra H. Provisional selves. Experimenting with image and identity in professional adaptation. Admin Sci Quart 1999;44:764-91.
7. Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ 2004;329:1013.
8. Ward V, House A, Hamer S. Knowledge brokering. The missing link in the evidence to action chain? Evid Policy 2009;5:267-79.

Lees ook het stuk 'Veilig opleiden en het aiototraject' van Vincent van Vugt en LOVAH Werkgroep Wetenschap. Huisarts Wet 2018;61(12):34-42. DOI:10.1007/s12445-018-0347-1.

Damoiseaux RAMJ, Berendsen AJ. Huisarts-onderzoeker, de dubbelrol kan knellen. Huisarts Wet 2018;61(12):43-4. DOI:10.1007/s12445-018-0355-1.

UMC Utrecht, Julius Centrum: prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en hoofd Huisartsopleiding, r.a.m.j.damoiseaux@umcutrecht.nl. UMCG Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: dr. A.J. Berendsen, programmaleider Onderzoek Oncologie in de huisartsenpraktijk.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Persoonsgerichte zorg met e-health

Esther Talboom-Kamp, Mattijs Numans, Niels Chavannes

Om het stijgend aantal chronisch zieken nu en in de toekomst adequaat te behandelen, biedt e-health mogelijkheden om de patiënt een actievere rol te geven. Het vergt tijd en inspanning van huisartsen en praktijkondersteuners om e-health een volwaardige rol binnen de zorg te geven. Uiteindelijk is het doel van e-health om de gezondheidsstatus van patiënten te verbeteren en de zorg efficiënter te maken.

Het aantal chronisch zieken (inclusief patiënten met diabetes mellitus, COPD, astma, hart- en vaatziekten, psychische stoornissen) stijgt. In 2014 ligt het percentage op 32% en in 2030 betreft het naar verwachting 40% van de totale Nederlandse populatie.[1] Deze toename vergroot de werkdruk in de gezondheidszorg en de belasting van patiënten in het dagelijks leven.[2-6] E-health-interventies kunnen het zelfmanagement van patiënten vergroten, waardoor hun autonomie en kwaliteit van leven, en de efficiëntie van de zorg kunnen toenemen.[7-10] Het gebruik van e-health blijft achter, omdat men bij de implementatie rekening moet houden met de gebruiksvriendelijkheid ervan, de praktijkorganisatie en het trainen van huisartsen, praktijkondersteuners (poh's) en patiënten.[11-13] Om meer inzicht te krijgen in de dagelijkse (huisartsen)praktijk van het starten met e-health hebben de auteurs in het kader van het promotieonderzoek van een van hen (ETK) twee implementatieonderzoeken gedaan naar het effect van e-health-zorgprogramma's voor chronisch obstructieve longziekte (COPD) en orale antistollingstherapie (OAT) op het e-health-gebruik en de gezondheidstoestand. Daarbij bekeken ze of het effect afhankelijk is van de praktisch toegevoegde waarde van het e-health-platform en de mate waarin de e-health-interventie is geïntegreerd binnen de zorg.

COPD-PATIËNTEN

In het kader van het e-Vita-COPD-onderzoek boden de onderzoekers gedurende vijftien maanden drie verschillende e-health-programma's aan COPD-patiënten aan van drie verschillende huisartsengroepen.[14] Bij groep 1 met het hoogste niveau van integratie binnen het zorgprogramma en opleiding was e-health een vast onderdeel van het programma. Huisartsen en poh's kregen een intensief cursusprogramma op maat over COPD, e-health en coachende gesprekstechnieken. Patiënten startten het programma met een coachingsconsult bij de poh, met uitleg over hun ziekte, zelfmanagement en het e-health-platform. De poh's voerden een gesprek met de patiënt over het gewenste leven zonder COPD; binnen het e-health-platform konden patiënten acties aan hun wens koppelen. In groep 2, met medium integratie binnen het zorgprogramma en de opleiding, is e-health ook een vast onderdeel. Huisartsen en poh's ontvingen een minder intensieve basiscursus over COPD, zelfmanagement en e-health. Ook in deze groep startten patiënten bij de poh voor coaching en uitleg over het e-health-programma. Tevens spraken poh's met patiënten over hun wens. In groep 3, zonder integratie van e-health, werd het e-health-platform los aangeboden aan COPD-patiënten in de vorm van een informatiefolder. In de *blended care*-groepen 1 en 2 randomiseerden de onderzoekers op twee niveaus van persoonlijke begeleiding voor de patiënten (hoog en laag).
Op het e-Vita-platform hadden patiënten de volgende mogelijkheden: werken aan persoonlijke doelen, informatie lezen over leefstijlveranderingen met keuzen voor acties, informatie bekijken over COPD en eigen meetwaarden inzien. In alle

DE KERN

- *Blended care,* een mix van reguliere zorg en e-health, verbetert het gebruik van e-health-platforms.
- De Clinical COPD Questionnaire-scores veranderden niet na implementatie van e-health bij COPD en de therapeutische controle was ongewijzigd na gebruik van e-health bij antistollingspatiënten.
- Het vergt aanvankelijk tijd en inspanning van huisartsen en praktijkondersteuners (poh's) om e-health in te passen in zorgprogramma's.
- Training van huisartsen en poh's vergroot de kans dat e-health een volwaardige rol krijgt.
- E-health-platforms moeten naadloos aansluiten op het leven van de patiënt.
- Patiënten gebruikten e-health beter en vaker wanneer poh's hen motiveerden en coachten om e-health-platforms te gebruiken.
- Zelfmanagement met een e-learning-component is geschikt voor gemotiveerde patiënten met voldoende digitale vaardigheden.

E-health biedt mogelijkheden om de patiënt een actievere rol te geven. Foto: iStock

groepen heeft het veel tijd en moeite gekost om de patiënten te motiveren om tijdens de hele onderzoeksperiode e-health te blijven gebruiken.
Alle COPD-patiënten uit de blended-care-groepen 1 en 2 gebruikten het e-health-platform significant vaker en gevarieerder; bovendien was het gebruik significant hoger bij patiënten die na randomisatie meer persoonlijke begeleiding ontvingen.[15] Het gemiddelde aantal inlogsessies gedurende 15 maanden was 10,5 in groep 1; 8,8 in groep 2 en 3,7 in groep 3.[15]

Het heeft veel tijd en moeite gekost om COPD-patiënten te motiveren e-health te blijven gebruiken

De onderzoekers vonden na de introductie van het e-health-programma geen veranderingen in de primaire uitkomstmaat CCQ (Clinical COPD Questionnaire) en er waren geen verschillen in CCQ-scores tussen de drie groepen.[16] De afname van de CCQ-score voor aanvang van de interventie over de totale patiëntengroep was 0,5% en na de interventie 0,08% per maand, een verschil dat noch significant ($p = 0,33$), noch klinisch relevant was. Er werd geen significant verschil gevonden in verandering in CCQ voor en na de interventie tussen de patiëntgroepen met een hoge en lage mate van extra begeleiding ($p = 0,43$).

PATIËNTEN MET ANTISTOLLING

Het PORTALS-onderzoek is een implementatieonderzoek met drie groepen patiënten die orale antistolling gebruiken (vitamine K-antagonisten). In bijna 70% van de gevallen betrof het chronisch gebruik vanwege atriumfibrilleren. De onderzoekers hebben patiënten in drie parallelle cohorten geïncludeerd: twee e-health-zelfmanagementgroepen en een groep met reguliere zorg.[17] In de zelfmanagementgroepen werd gerandomiseerd op training: patiënten in de ene groep kregen scholing en training door e-learning en in de andere groep door een fysieke groepstraining. Alle deelnemers kregen informatie over de aard en oorzaak van hun ziekte, leerden zichzelf te prikken, de mate van antistolling (INR) te bepalen en hun eigen medicatie te doseren via het e-health-platform. Indien nodig konden ze digitaal contact opnemen met een gespecialiseerde arts van de trombosedienst. De verantwoordelijkheid voor de trombosezorg bleef bij de trombosedienst; bij een afwijkende frequentie van bloedprikken of afwijkende waarden legde deze proactief contact met de patiënt.
De onderzoekers vonden geen verschillen in het gebruik van het platform tussen de groepen met e-learning- en klassieke groepstraining. Het gebruik bleef bovendien opvallend hoog gedurende de onderzoeksperiode van 18 maanden. Zij vonden geen significante verschillen in therapeutische controle (TTR, *time in therapeutic range*) tussen de drie groepen ($p = 0,46$). Bovendien waren er geen verschillen in TTR tussen patiënten in de zelfmanagementgroepen die waren getraind met e-learning of groepstraining ($p = 0,46$).[18]

BLENDED CARE

De resultaten van het e-Vita-onderzoek laten het belang van blended care zien: wanneer e-health een volwaardig onderdeel is van het zorgprogramma, waarbij professionals een intensieve training krijgen en COPD-patiënten persoonlijk begeleid worden, gebruikten de patiënten het e-health-platform significant vaker. Uit de kwalitatieve interviews bleek dat ze vonden dat het e-health-platform onvoldoende aansloot op hun dagelijkse wensen en niet gebruiksvriendelijk genoeg was. Mogelijk hebben die ervaringen een rol gespeeld bij de afname van het gebruik van het platform bij COPD en de aanhoudende noodzaak om patiënten te blijven motiveren.

Ondanks de gelijkblijvende CCQ in het e-Vita-onderzoek verwachten de auteurs dat e-health-interventies na een langere periode effectief zullen zijn in het stimuleren van zelfmanagement en het stabiliseren van de gezondheidsstatus van COPD-patiënten. Het is aannemelijk dat de interventieperiode in dit onderzoek te kort was om patiënten voldoende tijd te geven om hun leefstijl aan te passen en vervolgens een verbetering in CCQ te zien. Daarnaast zijn de standaarden van eerstelijns-COPD-zorg in Nederland relatief hoog, wat zou kunnen verklaren dat de onderzoekers na de start van het e-health-programma geen verbetering in gezondheidsstatus hebben gemeten. Er leek te weinig ruimte voor verbetering te zijn, vooral omdat bij deze groep COPD-patiënten sprake was van een relatief lage ziektelast.

Wetenschappelijk onderzoek naar e-health laat wisselende resultaten zien, afhankelijk van de mate waarin zorgprofessionals worden getraind, de organisatie van de zorg wordt aangepast aan het aanbod van e-health en de kwaliteit van de e-health-platforms.[19] Bij langduriger e-health-gebruik zien de onderzoekers een betere kwaliteit van leven bij patiënten met diabetes, hartfalen en astma.[19] Blended care wordt in de geestelijke gezondheidszorg al geruime tijd toegepast – uit evaluaties blijkt dat een persoonlijke mix van consulten en een digitale benadering tot een effectieve behandeling leidt.[20] Bij de start van e-health vormen training en opleiding van de zorgprofessionals een kritische succesfactor.[21] Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat goed opgeleide huisartsen een belangrijke rol vervullen in het motiveren van patiënten tot gedragverandering.[22]

Ook in het PORTALS-onderzoek was e-health een vaste module binnen de bestaande zorg en de patiënten konden altijd een beroep doen op een gespecialiseerde trombosedienst. Wat opvalt bij de patiënten met orale antistolling is dat het gebruik van het platform gedurende de onderzoeksperiode hoog blijft. Uit de kwalitatieve interviews met patiënten bleek dat het gebruikte platform grote praktische waarde had voor hun dagelijks leven, omdat ze zichzelf konden prikken, monitoren en doseren. Het gaf hen meer vrijheid om zichzelf op zelfgekozen tijdstippen te controleren en te communiceren met een arts, wat tot blijvend gebruik motiveerde. Vergelijkbare bevindingen zien we terug bij diabetes; technologieën worden eerder omarmd wanneer het gebruik eenvoudig is en er mogelijkheden zijn voor zelfmonitoring, feedback en interactie met de zorgverlener.[23,24] Dat de therapeutische controle na de e-health-interventie niet is verbeterd, lijkt (deels) te liggen aan het feit dat verdere verbetering door een zelfmanagementprogramma (inclusief scholing) moeilijk te realiseren was voor deze groep patiënten die al zorg van hoge kwaliteit kreeg. Anders dan in de literatuur het geval is, was de kwaliteit van oraal antistollingmanagement in ons onderzoek bij aanvang in alle groepen al relatief hoog. Beide trainingsmethoden hadden een vergelijkbaar effect op de antistollingscontrole in de zelfmanagementgroepen. Een goed e-learning-programma is voor patiënten een geschikt alternatief voor arbeidsintensieve groepstrainingen.

E-HEALTH IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Uit deze onderzoeken blijkt dat het gebruik van e-health binnen de eerstelijnszorgprogramma's gedurende een periode van vijftien tot achttien maanden niet leidt tot een verbetering van de gezondheidsstatus (CCQ) en therapeutische controle. Bovendien was een aanzienlijke inspanning nodig om poh's en huisartsen op te leiden en patiënten te motiveren om met e-health aan de slag te gaan en te blijven. Toch vermoeden de auteurs gezien de eerder beschreven wetenschappelijke literatuur dat e-health op de langere termijn wel de beoogde verbetering van de Nederlandse zorg zal opleveren. Daarvoor is een aanzienlijke inspanning noodzakelijk, die de moeite waard is omdat patiënten graag meer betrokken willen worden bij de zorg en het aantal chronisch zieken bij een krimpende arbeidsmarkt toeneemt. De volgende succesfactoren zijn hierbij van belang: opleiding van professionals rond zelfmanagement en de gelijkwaardige rol die dat vereist, begeleiding van patiënten bij het juiste gebruik van e-health en een gebruiksvriendelijk e-health-platform. Allereerst is het noodzakelijk om huisartsen en poh's te ondersteunen en te scholen, zodat ze dankzij de bijbehorende gesprekstechnieken een meer coachende en begeleidende rol kunnen spelen. Vervolgens kan de poh patiënten trainen, coachen en begeleiden, en hen informeren over en motiveren tot e-health-gebruik. Ten slotte moet een e-health-applicatie worden gezocht die is afgestemd op de wensen van patiënten – laat hen zelf meekijken en beoordelen, alvorens een keuze te maken.

> Techniek wordt eerder gebruikt als er ruimte is voor zelfmonitoring, feedback en interactie met de zorgverlener

Wat levert het op voor huisartsen? In elk geval krijgen ze meer mogelijkheden om in te spelen op variabele wensen van patiënten over hun autonomie en eigen verantwoordelijkheid. Dat kan leiden tot een nieuwe en interessante professionele invulling van het vak en wellicht tot een effectievere relatie met patiënten. In dit onderzoek is de kosteneffectiviteit nog niet geanalyseerd, maar na de initiële investering maakt

Zelfmanagement met e-learning is geschikt voor gemotiveerde patiënten met voldoende digitale vaardigheden. Foto: iStock

blended care wellicht beter planbare zorg mogelijk en levert het tijdwinst op.
Wat hebben patiënten eraan? Ze krijgen makkelijk (digitaal) bereikbare zorg op maat, op alle tijden van de dag en nacht, de regie over de eigen gezondheid en de beschikking over nieuwe mogelijkheden voor leefstijlverandering. Dat maakt het leven met een chronische ziekte op termijn waarschijnlijk beter hanteerbaar en voorspelbaar. ■

LITERATUUR

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Toekomstverkenning RIVM: een gezonder Nederland met meer chronisch zieken. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014.
2. Lopez-Campos JL, Tan W, Soriano J. Global burden of COPD. Respirology 2016;21:14-23.
3. Go AS, Hylek EM, Phillips KA. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults. National implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA 2001;285:2370-5.
4. Boriani G, Diemberger I, Ziacchi M, Valzania C, Gardini B, Cimaglia P, et al. AF burden is important – fact or fiction? Int J Clin Pract 2014;68:444-52.
5. Ruppert A, Steinle T, Lees M. Economic burden of venous thromboembolism: a systematic review. J Med Econ 2011;14:65-74.
6. Heit JA. Venous thromboembolism: disease burden, outcomes and risk factors. J Thromb Haemost 2005;3:1611-7.
7. Gadisseur APA, Kaptein AA, Breukink-Engbers WGM, Van der Meer FJM, Rosendaal FR. Patient self-management of oral anticoagulant care vs. management by specialized anticoagulation clinics: positive effects on quality of life. J Thromb Haemost 2004;2:584-91.
8. McCahon D, Murray ET, Murray K, Holder RL, Fitzmaurice DA. Does self-management of oral anticoagulation therapy improve quality of life and anxiety? Fam Pract 2011;28:134-40.
9. Finkelstein J, Friedman RH. Potential role of telecommunication technologies in the management of chronic health conditions. Dis Manage Health Outcome 2000;8:57-63.

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

Talboom-Kamp E, Numans M, Chavannes N. Persoonsgerichte zorg met e-health. Huisarts Wet 2018;61(12):47-50. DOI:10.1007/s12445-018-0344-4.

Universiteit Leiden, Public Health Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: dr. E.P.W.A. Talboom-Kamp, huisarts n.p., senior onderzoeker, bestuursvoorzitter Saltro, e.talboom@saltro.nl; prof.dr. M. Numans, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, afdelingshoofd PHEG; prof.dr. N. Chavannes, hoogleraar eHealth-toepassingen in diseasemanagement.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op Talboom-Kamp EPWA. eHealth in primary care. From chronic disease management to person centered eHealth: the necessity for blended care [proefschrift]. Leiden: we are ODD Count Concepts, 2017 en op Talboom-Kamp EPWA, Verdijk NA, Kasteleyn MJ, Numans ME, Chavannes NH. From chronic disease management to person centered eHealth: the necessity for blended care. Clin eHealth 2018;1:3-7. Publicatie gebeurt met toestemming.

Farmacogenetica

1. In het *Pharmacogenomics into Primary Care Project* (IP3) is bij 200 mensen farmacogenetisch onderzoek verricht voor een aantal frequent voorgeschreven medicijnen. In hoeveel procent van de gevallen leidde de combinatie van een afwijkend gen en geneesmiddel tot een gen-geneesmiddelinteractie?
a. 10%
b. 30%
c. 50%
d. 70%

2. Van de westerse bevolking heeft 5-10% heeft een trager metabolisme voor CYP2D6. Nortriptyline is een bekend voorbeeld van een medicijn dat door CYP2D6 wordt omgezet. Wat geldt ten aanzien van de bijwerkingen als een trage metaboliseerder voor CYP2D6 nortriptyline krijgt voorgeschreven?
a. Dit risico is lager.
b. Dit risico is gelijk.
c. Dit risico is hoger.

3. Clopidogrel is een voorbeeld van een prodrug: een inactief middel dat in het lichaam wordt omgezet in een werkzame metaboliet. Moet er dosisaanpassing plaatsvinden als iemand een snelle metaboliseerder is?
a. Ja, dosisverhoging.
b. Ja, dosisverlaging.
c. Nee, dosisaanpassing is niet geïndiceerd.

4. Bij afwijkingen in het transporteiwit SLCO1B1 wordt er minder simvastatine naar de lever getransporteerd. Het gevolg is een verhoogde plasmaconcentratie en daardoor een verhoogd risico op myopathie, ook bij lage doseringen. Voor welke statine geldt dit nog meer?
a. Atorvastatine
b. Fluvastatine
c. Pravastatine
d. Rosuvastatine

5. In welke gevallen wordt volgens de auteurs farmacogenetisch onderzoek vergoed?
a. Zowel bij onverklaarbare bijwerkingen of onverwachte ineffectiviteit als bij preventief screenen.
b. Alleen bij onverklaarbare bijwerkingen of onverwachte ineffectiviteit.
c. Vrijwel nooit.

6. Simoons et al. (2017) deden onderzoek naar het delen van de farmacogenetische kenmerken met huisartsen en apothekers na het verrichten van farmacogenetisch onderzoek in de derde lijn. In slechts 3% van de gevallen werd deze informatie gedeeld met de huisarts. Welk percentage geldt voor het informeren van de apotheek?
a. Ongeveer 6%
b. Ongeveer 24%
c. Ongeveer 46%
d. Ongeveer 78%

7. De aios overlegt met zijn opleider over mevrouw Vajiravudh, 56 jaar. Hij heeft bij haar een trigenminusneuralgie geconstateerd en stelt voor te gaan starten met carbamazepine. De opleider vertelt dat er mogelijk een contra-indicatie voor dit medicijn bestaat omdat mevrouw Vajiravudh van Thaise afkomst is. Op welke zeldzame, potentieel zeer ernstige bijwerking van carbamazepine loopt mevrouw Vajiravudh een verhoogd risico vanwege haar afkomst?

Foto: Shutterstock

a. Pleurothotonus (Pisa-syndroom)
b. Rhabdomyolyse
c. Toxische epidermale necrolyse (TEN)
d. Toxische leuko-encefalopathie

8. Aios en opleider bespreken het farmacogenetisch rapport van mevrouw Westenberg, 68 jaar, dat via de psychiater is doorgestuurd. Er is onderzoek verricht vanwege ernstige bijwerkingen bij gebruik van clomipramine. Zij blijkt een blijkt een trage metaboliseerder voor CYP2D6. De opleider geeft aan dat in dat geval voorzichtigheid geboden is bij het doseren van bepaalde pijnstillers. Voor welke pijnstillers geldt dit?
a. Ibuprofen en naproxen
b. Paracetamol en morfine
c. Tramadol en oxycodon

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

GEBRUIKTE BRONNEN

Hooymans C, Verduijn M. NHG-Standpunt Farmacogenetisch onderzoek in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0354-2.
Ahmadi M, Van Hoeven L, Bokhoven K. Van aangezichtspijn naar toxische epidermale necrolyse. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D1895.
https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/
https://www.huisartsengenetica.nl/

ANTWOORDEN

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

Serie behandeling van alledaagse klachten

Behandeling van bekkengordelpijn

Tjeerd de Jongh, Geerte van de Pol

Veel vrouwen hebben tijdens de zwangerschap last van bekkengordelpijn. De behandeling daarvan is nog niet zo eenvoudig, er zijn geen sterk aanbevolen behandelingen. De huisarts geeft vooral informatie – bekkenpijn is vrij normaal tijdens de zwangerschap, kan geen kwaad en verdwijnt na de bevalling meestal weer – en adviezen om goed met de pijn om te gaan.

Bekken(gordel)pijn is een symptoomdiagnose voor pijn die tijdens de zwangerschap ontstaat in de regio van één of beide sacro-iliacale gewrichten en/of de symfyse.[1-3] Andere benamingen zijn bekkeninstabiliteit of symfysiolyse. Echte symfysiolyse is zeldzaam en ontstaat tijdens de partus.[4]
Bekkenpijn komt voor bij 85% van de vrouwen tijdens de zwangerschap, vooral rond de 30 weken. Bij de pathogenese spelen zwangerschapshormonen een rol, waardoor de verbindingen tussen de bekkendelen beweeglijker worden. Daarnaast spelen mechanische krachten op de bekkenring door het groeiende kind een rol.
De meeste vrouwen hebben last van lage rugpijn, bijna 20% heeft pijn aan de symfyse.[5,6] De pijn kan uitstralen naar de bil, de bovenbenen, het schaambeen of de lies. De pijn leidt vaak tot veel hinder in het dagelijks leven en soms tot een 'waggelgang'.[7]
Bij onderzoek zijn er twee tests die een positief voorspellende waarde hebben: de beenheftest (active straight leg raise) en de posterior pelvic pain provocation.[7] Zie ook het [**kader**] Tests voor bekkengordelpijn.

TESTS VOOR BEKKENGORDELPIJN

Active straight leg raise
De behandelaar fixeert het bekken op de ondergrond bij de patiënt in rugligging. Vervolgens vraagt de behandelaar de patiënt een been 20° in de heup te flecteren. Als dat niet mogelijk is, is er een aanwijzing voor bekkengordelpijn.

Posterior pelvic pain provocation
De behandelaar flecteert de heup passief 90° (met gebogen knie) bij de patiënt in rugligging. Door met een hand axiale druk uit te oefenen op het femur, wordt het femur gebruikt om het ilium naar achteren te duwen. De behandelaar plaatst de andere hand onder het os sacrum om dit te fixeren. De test is positief voor bekkengordelpijn wanneer de axiale druk pijn veroorzaakt die de patiënt herkent.

CASUS
Een 32-jarige primigravida, 30 weken zwanger, zonder complicaties, komt op het spreekuur omdat zij sinds twee weken pijn heeft onder in haar rug, die uitstraalt naar beide bovenbenen. Bij onderzoek zijn er geen aanwijzingen voor LRS of andere organische afwijkingen. Actief één been opheffen is onmogelijk.

BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Doel van de behandeling is vermindering van de ernst en de duur van de klachten, en opheffen van belemmeringen in het functioneren.

Voorlichting en adviezen

Informatie speelt een belangrijke rol in de behandeling: bekkenpijn is een normaal gevolg van verweking van de banden door de zwangerschapshormonen, de pijn kan geen kwaad voor de zwangerschap en verdwijnt na de bevalling meestal weer. Adviezen om verstandig met de klachten om te gaan zijn: actief blijven op geleide van de pijn, goed omgaan met de energie (het is belangrijk daarbij aandacht te besteden aan draagkracht en draaglast) en zware belastingen vermijden.[8] Bedrust en inactiviteit zijn niet zinvol.[6]

Schema

Behandelmogelijkheden bij bekkengordelpijn[1]

Sterke aanbeveling
Er zijn geen sterk aanbevolen behandelingen voor bekkengordelpijn.

Matige/zwakke aanbeveling

Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Oefentherapie	Vooral bij lage rugpijn, vooral oefeningen in water	Klein	Laag
Manipulaties		Klein	Laag
Acupunctuur		Klein	Laag

Negatieve aanbeveling

Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Bedrust en inactiviteit		Negatief	Expertopinie

Geen aanbeveling wegens onbekende effectiviteit

Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Bekkenband	Kan worden geprobeerd	Onduidelijk	Matig

Bekkenpijn tijdens de zwangerschap is vrij normaal en verdwijnt meestal weer na de bevalling. Foto: iStock

Fysiotherapie
Fysiotherapie bestaat vooral uit oefentherapie met houdingscorrectie en stimulerende ondersteuning van de patiënt. Er is bewijs van lage kwaliteit dat oefentherapie rugpijn en ziekteverzuim kan verminderen, ook op langere termijn.[5,6,9-11] Er zijn aanwijzingen dat oefeningen in het water meer effect hebben dan grondoefeningen.[6,12,13] Kort na de bevalling zijn specifieke oefeningen (met name buikspieroefeningen) waarschijnlijk ook effectief.[6,11]
Manipulaties zouden volgens enkele kleine onderzoeken (bewijs van matige kwaliteit) kunnen leiden tot vermindering van de pijn en verbetering van de functie bij lagerugpijn.[5]

Hulpmiddelen
Een niet-elastische bekkenband geeft steun en stabiliteit aan de sacro-iliacale gewrichten.[14] Het gebruik wordt soms op proef aangeraden bij lagerugpijn, hoewel het nut daarvan in de meeste onderzoeken niet kon worden aangetoond.[2-4,6,9,11,15,16] Bij echte symfysiolyse is een elastische band zinvol.[17]

Analgetica
Paracetamol is het middel van eerste keus, er is een contra-indicatie voor NSAID's in de zwangerschap.

Acupunctuur
In sommige onderzoeken lijkt acupunctuur effectief bij bekkengordelpijn, maar de resultaten zijn bij andere onderzoeken sterk wisselend.[5,9]

Yoga
Er is zeer beperkt bewijs voor de effectiviteit van yoga in de zwangerschap.[16,18]

Operatie
Patiënten met erg langdurige klachten en sterke beperkingen door symfysiolyse komen soms in aanmerking voor een operatieve fixatie van de bekkenring.[4,19] ■

VERVOLG CASUS
De huisarts verwijst de patiënte voor oefentherapie naar de fysiotherapeut. Deze adviseert haar over de dagelijkse bezigheden en geeft oefeningen. De therapie heeft weinig effect, maar gelukkig verdwijnen de klachten na een vlotte bevalling vrij snel weer.

LITERATUUR

1. De Jongh TOH, Van de Pol G. Bekken- en rugpijn in de zwangerschap (bekkengordelpijn). In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
2. Van Wayenburg LMC, Mens JMA. Zwangerschapsgerelateerde bekkengordelpijn. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartsengeneeskunde. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.
3. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). www.nhg.org/nhg-standaarden.

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

De Jongh TOH, Van de Pol G. Behandeling van bekkengordelpijn. Huisarts Wet 2018;61(12):52-3. DOI:10.1007/s12445-018-0275-0.

LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, huisarts n.p. en docent, tohdejongh@telfort.nl. Gelre ziekenhuizen Apeldoorn: G. van de Pol, gynaecoloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

NHG-Standpunt Farmacogenetisch onderzoek in de huisartsenpraktijk

Carolien Hooymans, Monique Verduijn, Jako Burgers

Farmacogenetisch onderzoek vindt in Nederland steeds vaker plaats. Huisartsen kunnen dit aanvragen. Het huisartseninformatiesysteem (HIS) kan tijdens het voorschrijven farmacogenetische adviezen geven, bijvoorbeeld om de dosering van een geneesmiddel aan te passen. De huisartsopleiding besteedt aandacht aan farmacogenetisch onderzoek. Ook patiënten kunnen komen met vragen over farmacogenetica. Dit standpunt geeft de stand van zaken weer en geeft een voorlopige plaatsbepaling van farmacogenetisch onderzoek in de huisartsenpraktijk.

KERNBOODSCHAPPEN

- Farmacogenetica onderzoekt de relatie tussen variaties in het DNA en de effecten van geneesmiddelen.
- De huisarts kan farmacogenetisch onderzoek overwegen bij een patiënt met onverwacht veel bijwerkingen of een onverwacht lage effectiviteit van een geneesmiddel.
- Het is van belang de uitkomst van farmacogenetisch onderzoek als een contra-indicatie in het HIS vast te leggen en te delen met andere betrokken zorgverleners.

DEFINITIE EN DOEL

Farmacogenetica onderzoekt de relatie tussen variaties in het DNA en de effecten van geneesmiddelen. Het doel van farmacogenetisch onderzoek is om op basis van DNA-variaties te verklaren waarom een geneesmiddel in de gebruikelijke dosering minder of sterker werkt of juist onverwachte bijwerkingen geeft. Deze kennis kan gevolgen hebben voor de keuze of dosering van een geneesmiddel bij een individuele patiënt.

BEGRIPPEN

- farmacogenetisch onderzoek: analyse van het DNA van het gen dat invloed heeft op de werking en bijwerkingen van een bepaald geneesmiddel
- DNA: *deoxyribonucleic acid* (desoxyribonucleïnezuur): in het DNA ligt de informatie voor erfelijke eigenschappen opgeslagen
- gen: een stukje DNA met informatie voor de aanmaak van een bepaald eiwit
- genotype: eigenschap bepaald door het erfelijke materiaal (DNA), zoals het DNA-profiel van een bepaald gen, bijvoorbeeld van het enzym CYP2C19
- fenotype: waarneembare uiterlijke eigenschappen: een combinatie van het genotype en omgevingsfactoren
- voorspeld fenotype: op basis van het genotype kan een fenotype voorspeld worden, bijvoorbeeld 'trage metaboliseerder bij het genotype CYP2C19*3/*3'
- farmacogenetisch kenmerk: genotype of voorspeld fenotype van de patiënt op basis waarvan een doserings- of medicatieadvies gegeven kan worden
- trage (*poor*) metaboliseerder (PM): sterk verlaagde of afwezige activiteit van een bepaald leverenzym
- intermediaire (*intermediate*) metaboliseerder (IM): verlaagde activiteit van een bepaald leverenzym
- normale (*normal/extensive*) metaboliseerder (NM of EM): activiteit van een bepaald leverenzym dat gebruikt wordt als normaalwaarde om andere metaboliseerders mee te vergelijken
- ultrasnelle (*ultrarapid*) metaboliseerder (UM): verhoogde activiteit van een leverenzym

ACHTERGROND

Epidemiologie

Vrijwel alle Nederlandse patiënten hebben een DNA-variant waarbij aanpassing van specifieke medicatie kan zorgen voor minder bijwerkingen of een betere effectiviteit. De combinatie van een DNA-profiel met een afwijkend of variërend gen en gebruik van een specifiek geneesmiddel leidde in onderzoek bij ruim 30% van de patiënten tot een klinisch relevante gen-geneesmiddelinteractie. Voor Nederland komt dit naar schatting overeen met de aanpassing van zo'n 200.000 recepten per jaar.

Etniciteit

Zoals bekend kunnen mensen uit verschillende etnische groepen verschillend reageren op geneesmiddelen. Etniciteit kan een aanwijzing zijn dat een patiënt een grotere kans heeft op een bepaalde genvariatie, maar ook bij patiënten uit andere etnische groepen kan deze genvariatie voorkomen. Etniciteit is daarom alleen geschikt als globale aanwijzing voor een mogelijke genvariatie en dus niet zonder meer geschikt als kenmerk om de dosering of geneesmiddelkeuze op aan te passen.

Farmacogenetisch onderzoek

Medisch-specialisten vragen momenteel het merendeel van het farmacogenetisch onderzoek aan. Het gaat dan om bepaling van DNA-varianten van genen die de werking en bijwerkingen van een geneesmiddel kunnen beïnvloeden door bijvoorbeeld:

Tabel 1

Effect van een DNA-variatie van een CYP-enzym op de enzymactiviteit, effectiviteit, bijwerking en doseringsaanpassing van een geneesmiddel als het CYP-enzym de belangrijkste omzettingsroute van het geneesmiddel is en het geneesmiddel omzet in onwerkzame metabolieten.

Activiteit van de metaboliseerder	Enzymactiviteit	Effectiviteit van geneesmiddel	Risico op bijwerkingen	Mogelijke doseringsaanpassing
Trage metaboliseerder	Sterk verminderd	Sterk verhoogde effectiviteit	Zeer hoog	Dosering sterk verlagen
Intermediaire metaboliseerder	Verminderd	Verhoogde effectiviteit	Hoog	Dosering verlagen
Normale metaboliseerder	Normaal	Conform bijsluiter	Conform bijsluiter	Geen aanpassing
Ultrasnelle metaboliseerder	Verhoogd	Verminderde effectiviteit	Laag	Dosering verhogen

- de enzymactiviteit van bepaalde enzymen die een geneesmiddel omzetten te verhogen of te verlagen, waardoor een geneesmiddel sneller of langzamer omgezet wordt in een werkzame of onwerkzame metaboliet;
- de aanmaak van een afwijkende receptor, waardoor een geneesmiddel niet meer, of minder goed kan aangrijpen op de receptor die noodzakelijk is voor de werking van het geneesmiddel;
- de activiteit van een geneesmiddel transporterend eiwit te beïnvloeden en daarmee de geneesmiddelspiegel;
- te coderen voor alleldragerschap en daarmee het risico op het al dan niet optreden van een (ernstige) bijwerking te bepalen.

Tabel 2

Regelmatig voorgeschreven geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk waarvoor een doseringsadvies op grond van het farmacogenetisch profiel op basis van de huidige kennis in het HIS aanwezig is.

Groep	Geneesmiddelen
Cardiale medicatie	atorvastatine
	simvastatine
	clopidogrel
	metoprolol
Maagzuurremmers	lansoprazol
	omeprazol
	pantoprazol
Psychiatrische medicatie	amitryptiline
	clomipramine
	imipramine
	nortriptyline
	haloperidol
	citalopram
	paroxetine
	sertraline
	venlafaxine
Overig	allopurinol
	carbamazepine
	flucloxacilline
	tramadol

Enzymactiviteit

Een variërende activiteit van één van de cytochroom-P450-enzymen (CYP-enzymen) is het bekendste voorbeeld van een door een DNA-variatie veroorzaakte afwijkende omzetting van een geneesmiddel. CYP-enzymen zijn betrokken bij de omzetting van veel geneesmiddelen in de lever. Een variatie in het DNA kan zorgen voor een andere enzymactiviteit en daardoor een verminderde of versterkte effectiviteit of toegenomen risico op bijwerkingen [**tabel 1**]. Bekende CYP-enzymen zijn CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4 en CYP3A5. Nortriptyline is zo'n geneesmiddel dat voornamelijk omgezet wordt door CYP2D6. Van de westerse bevolking heeft 5-10% dit enzym niet (trage metaboliseerder) met als gevolg een groter risico op bijwerkingen.
Bij een prodrug (zoals clopidogrel) waar de effectiviteit afhankelijk is van de omzetting in de werkzame metaboliet, zal het effect op de effectiviteit en het risico op bijwerkingen juist omgekeerd zijn. Een trage metaboliseerder zet clopidogrel langzamer om in de werkzame metaboliet en de verwachte effectiviteit van het geneesmiddel zal lager zijn.

Afwijkend geneesmiddel transporterend eiwit

Een voorbeeld van een geneesmiddel transporterend eiwit is de *organisch anion transporter* 1B1 (SLCO1B1) die betrokken is bij het transport van simvastatine en atorvastatine. Ongeveer 18% van de Nederlandse bevolking heeft een DNA-variant waarbij door verminderd transport het risico op myopathie mogelijk toeneemt.

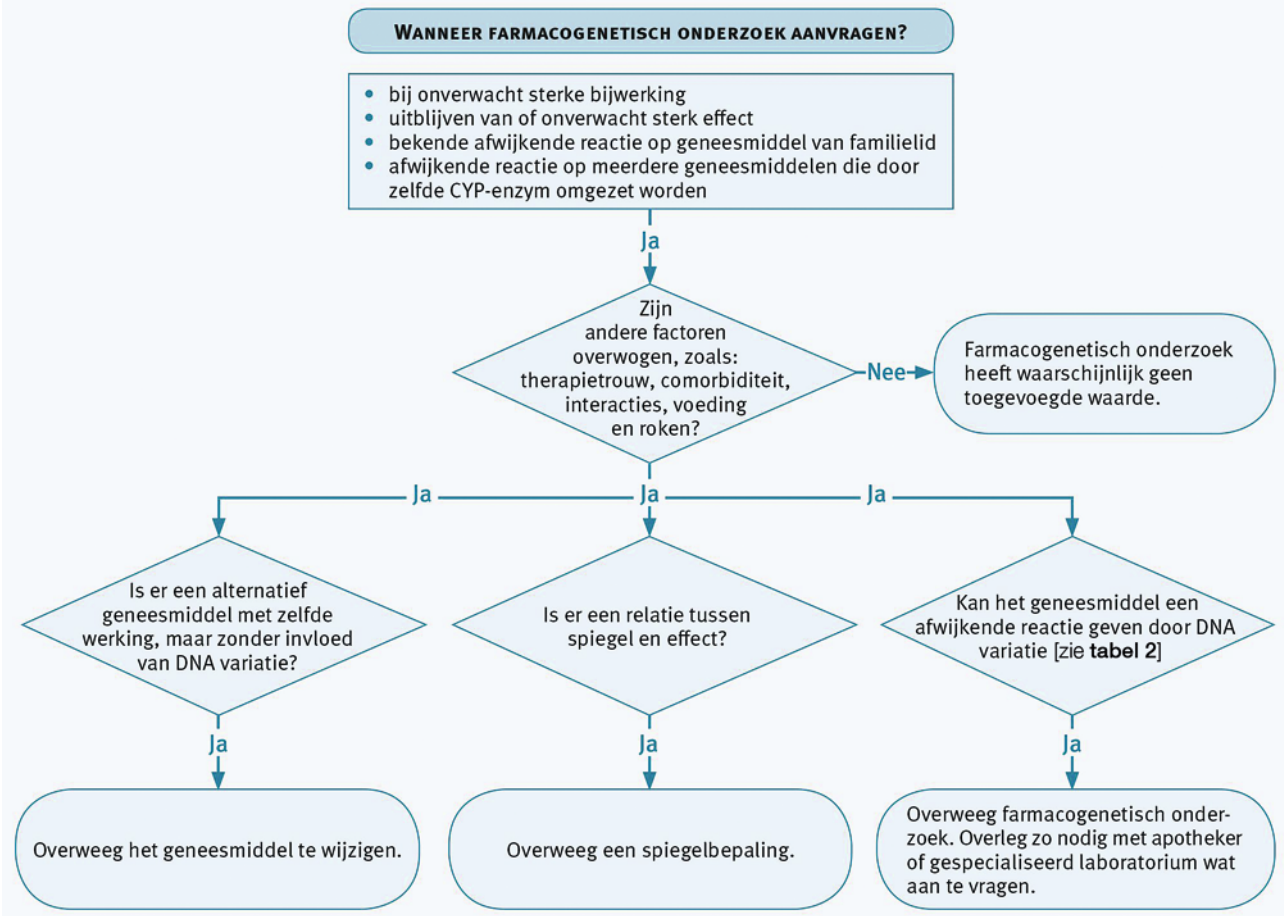
WAT KAN DE HUISARTS?

Wanneer farmacogenetisch onderzoek aanvragen?

Het is nog onduidelijk wanneer het zinvol is voor de huisarts om farmacogenetisch onderzoek aan te vragen. Het kan zinvol zijn in specifieke situaties, zoals bij een patiënt die onverwacht op een geneesmiddel reageert (bijvoorbeeld met een onverwacht ernstige bijwerking of een lage respons) of bij een patiënt die op meerdere geneesmiddelen onverwacht

Figuur 1

Beslisboom farmacogenetisch onderzoek



reageert (zoals veel bijwerkingen, of te weinig effect). Als eenzelfde CYP-enzym deze geneesmiddelen metaboliseert, kan een DNA-variant van dit enzym de oorzaak zijn. Een tabel met de verschillende cytochromen en de geneesmiddelen die door deze cytochroomsystemen gemetaboliseerd worden, is te vinden op www.huisartsengenetica.nl. Ook als er een eerstegraads familielid is met ernstige bijwerkingen op een lage dosering van hetzelfde geneesmiddel, kan dit een reden zijn voor een aanvraag. [**Figuur 1**] geeft schematisch weer wanneer de huisarts het aanvragen van farmacogenetisch onderzoek kan overwegen.

Farmacogenetisch onderzoek is alleen zinvol als bekend is dat bij het betreffende geneesmiddel een variatie in DNA kan zorgen voor een afwijkende effectiviteit of afwijkend bijwerkingenpatroon. Geneesmiddelen waarbij farmacogenetisch onderzoek een verklaring kan geven voor een afwijkende (bij) werking en die de huisarts regelmatig voorschrijft, staan in [**tabel 2**].

Bij geneesmiddelen met een afwijkende effectiviteit of een ernstige bijwerking die niet in de tabel [**tabel 2**] opgenomen zijn, kan overlegd worden met de apotheker over het nut van farmacogenetisch onderzoek. Overweeg eerst andere mogelijke oorzaken, zoals therapietrouw, interacties (al dan niet met voeding en/of rookgedrag) en aanwezige comorbiditeit. Omzetten naar een ander geneesmiddel, de dosering aanpassen of de geneesmiddelspiegel bepalen (zie LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek) kan in deze situaties een alternatief voor farmacogenetisch onderzoek zijn.

Een argument om een spiegel aan te vragen kan zijn dat de invloed van therapietrouw, interacties, voeding, roken en comorbiditeit (bijvoorbeeld verminderde nierfunctie) daarbij ook meegenomen wordt. Een argument om farmacogenetisch onderzoek aan te vragen kan zijn dat het ook van belang is voor de andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt (of gaat gebruiken) en dat dit onderzoek in principe slechts eenmalig uitgevoerd hoeft te worden omdat het farmacogenetisch profiel van een patiënt niet verandert. Aanvullend onderzoek op een later tijdstip kan wel nodig zijn als er een nieuwe test beschikbaar komt die meer DNA-variaties onderzoekt, of als een ander enzym of eiwit moet worden bepaald.

Soms kan door het genetisch profiel van de patiënt vóór de start van een geneesmiddel te bepalen, meteen gestart worden met het voor deze patiënt juiste geneesmiddel in de juiste dosering. Dit zal in de huisartsenpraktijk slechts bij uitzondering voorkomen. Bij patiënten met een eerstegraads familielid met een ernstige bijwerking op een bepaald geneesmiddel kan

farmacogenetisch onderzoek voorafgaand aan de start helpen om met het juiste geneesmiddel in de juiste dosering te starten. Farmacogenetisch onderzoek aanvragen is een afweging die een arts samen met de patiënt maakt. De apotheker kan, bijvoorbeeld naar aanleiding van een medicatiebeoordeling of analyse, de huisarts adviseren om in overleg met de patiënt farmacogenetisch onderzoek aan te vragen.

Credits: Mirjam Vissers

Hoe farmacogenetisch onderzoek aanvragen?
De huisarts kan dit onderzoek aanvragen door op het aanvraagformulier van het huisartsenlaboratorium farmacogenetisch onderzoek van het geneesmiddel of de betreffende bepaling aan te vragen. Desgewenst kan de huisarts met de apotheker of een gespecialiseerd laboratorium overleggen welke genenbepaling zinvol is. Meestal is dit één bepaling, bijvoorbeeld een gen coderend voor een enzym, een transporteiwit of HLA-dragerschap, soms betreft dit enkele bepalingen, ook wel panel genoemd. Alles tegelijk bepalen is kostbaar en meestal niet zinvol, omdat dit ook uitslagen oplevert die voor de geneesmiddelkeuze voor de betreffende patiënt niet relevant zijn. De huisarts kan de patiënt ook doorverwijzen naar de tweede lijn, bijvoorbeeld naar de behandelend specialist of de poliklinieken Farmacogenetica in Leiden of Rotterdam. In Nederland voeren een zestiental gespecialiseerde laboratoria farmacogenetisch onderzoek uit. De overige (huisartsen) laboratoria kunnen het onderzoek bij een van deze laboratoria aanvragen. Het onderzoek vindt plaats in bloed, speeksel of wangslijmvlies. De kosten verschillen per laboratorium en zijn afhankelijk van het aangevraagde onderzoek. Vergoeding verschilt per zorgverzekeraar en aangevraagd onderzoek. Gericht onderzoek vanwege onverklaarbare bijwerkingen of onverwachte ineffectiviteit van een geneesmiddel wordt in de regel vergoed.

Vastleggen, medicatiebewaking en uitslag delen
Het farmacogenetisch rapport is na ongeveer twee weken bekend. Bij vragen over de interpretatie kan de huisarts contact opnemen met het uitvoerend laboratorium of met een apotheker. Door het rapport van het laboratorium op te slaan in het dossier van de patiënt, blijft het complete rapport beschikbaar. Daarnaast legt de huisarts het farmacogenetisch kenmerk (genotype of voorspeld fenotype) als contra-indicatie in het patiëntendossier in het HIS vast. Medicatiebewaking op contra-indicatie is momenteel mogelijk voor circa negentig geneesmiddelen. Na het vastleggen van het kenmerk als contra-indicatie toont het HIS bij voorschrijven van een geneesmiddel een concreet doseringsadvies op basis van het farmacogenetisch profiel. Dit kan een advies zijn om een dosering aan te passen, of om een alternatief geneesmiddel voor te schrijven. Het is belangrijk om alle medicatie die de patiënt gebruikt op het moment dat de uitslag van het onderzoek bekend is, te controleren op juiste dosering en geneesmiddelkeus, omdat medicatiebewaking in de regel alleen plaatsvindt bij starten of wijzigen van een geneesmiddel. De huisarts kan ook met de apotheker van de patiënt afspreken om deze specifieke medicatiebewaking eenmalig na invoeren van het farmacogenetisch kenmerk voor deze patiënt uit te voeren. Als de huisarts farmacogenetische informatie van andere zorgverleners krijgt, is het ook van belang om deze vast te leggen als contra-indicatie, zodat de huisarts kan (blijven) nagaan of dit gevolgen heeft voor de medicatie die de patiënt op dit moment gebruikt of gaat gebruiken.
De huisarts deelt, na toestemming van de patiënt, het rapport met de apotheker. De apotheker kan de contra-indicatie in zijn apotheekinformatiesysteem (AIS) invoeren, zodat ook in de apotheek medicatiebewaking op dit specifieke onderdeel plaatsvindt. Bij verwijzing naar een andere behandelaar wordt deze informatie bij voorkeur opgenomen in de verwijsbrief, of wordt de patiënt geïnstrueerd om de behandelaar zelf te informeren. Sommige laboratoria sturen het farmacogenetisch profiel (DNA-paspoort voor medicatie) naar de patiënt op een pasje dat hij bij zich kan dragen.

Voorlichting patiënt
Bij het aanvragen van farmacogenetisch onderzoek krijgt de patiënt informatie over het doel, maar ook over de beperkingen van farmacogenetisch onderzoek. Informatie op www.thuisarts.nl kan hierbij helpen. Het is raadzaam om de patiënt in te lichten over mogelijke consequenties van dergelijk onderzoek. Aangezien DNA-variaties erfelijk zijn, moeten ook de consequenties voor familieleden en toekomstige familieleden besproken worden. Er is nog onvoldoende kennis over een mogelijke associatie tussen bepaalde DNA-variaties en het optreden van ziektes. De patiënt moet zich bewust zijn van het belang om zijn farmacogenetisch profiel met andere zorgverleners te delen, omdat dit ook van invloed kan zijn voor andere (toekomstig) voorgeschreven medicatie.

CONCLUSIE

Farmacogenetisch onderzoek draagt in een beperkt aantal gevallen bij aan een betere farmacotherapie. Het onderzoek kan in specifieke gevallen overwogen worden. Bijvoorbeeld bij een patiënt met onverwacht veel bijwerkingen of een lage effectiviteit van een geneesmiddel waarvoor een farmacogenetisch doseringsadvies beschikbaar is. De patiënt heeft in uitzonderingssituaties baat bij farmacogenetisch onderzoek voorafgaand aan de start van een behandeling.

Bij het ontvangen van een farmacogenetisch rapport is het van belang om de farmacogenetische informatie als contra-indicatie in het HIS in te voeren en deze informatie te delen met andere zorgverleners (na toestemming van de patiënt). Op deze manier kan medicatiebewaking plaatsvinden op de huidige en in de toekomst mogelijk nog te starten medicatie van de patiënt.

NOTEN EN LITERATUUR

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

Hooymans CDM, Verduijn MM, Burgers JS. NHG-Standpunt Farmacogenetisch onderzoek in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2018;61(12):56-62. DOI:10.1007/s12445-018-0354-2.
NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: C.D.M. Hooymans, ziekenhuisapotheker en wetenschappelijk medewerker, c.hooymans@nhg.org, M.M. Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker, prof. dr. J.S. Burgers, senior consultant en bijzonder hoogleraar Huisartsgeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, School for Public Health and Primary Care, Maastricht University.
Isa Houwink (LUMC, Leiden) en Ron van Schaik (Erasmus MC, Rotterdam) droegen bij aan de totstandkoming van dit standpunt.
Zie voor de volledige versie inclusief noten en literatuur: www.nhg.org/standpunten.

Voorlopig geen aanpassing in antibiotisch beleid met fluorochinolonen

Tamara Platteel, Carolien Hooymans, Margriet Bouma

Bij gebruik van fluorochinolonen bestaat een verhoogd risico op aorta-aneurysma of aorta-dissectie. Dit komt vooral voor bij oudere mensen. Dat meldt het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Deze melding betreft de geneesmiddelen ciprofloxacine, ofloxacine, levofloxacine, moxifloxacine en norfloxacine.

Het CBG adviseert om bij patiënten met een verhoogd risico op deze zeldzame bijwerkingen, zoals een positieve familie-anamnese of een aneurysma in de voorgeschiedenis, eerst andere behandelopties te overwegen. Wanneer die er niet zijn, maakt de arts in overleg met de patiënt een afweging van de voordelen en risico's. Instrueer patiënten met een verhoogd risico bij starten van een fluorchinolon om spoedeisende hulp in te schakelen als zij acuut ernstige pijn van borst, buik of rug krijgen.
Het NHG sluit zich aan bij het advies van het CBG. Het advies over het antibiotisch beleid bij urineweginfecties met tekenen van weefselinvasie wordt (nog) niet aangepast. Er is geen absolute contra-indicatie voor gebruik van fluorochinolonen, omdat het absolute risico op een dissectie klein is. Aorta-aneurysmata en -dissectie komen zelden voor, met een incidentie van ongeveer 3-30 op de 100.000 personen per jaar. Bij gebruik van fluorochinolonen wordt in epidemiologische onderzoeken een ongeveer tweevoudige toename van het risico gezien.

LITERATUUR

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Bij gebruik fluorochinolonen verhoogd risico op verwijding of scheur binnenwand aorta. https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2018/10/23/bij-gebruik-fluorochinolonen-verhoogd-risico-op-verwijding-of-scheur-binnenwand-aorta).

Platteel T, Hooymans C, Bouma M. Voorlopig geen aanpassing in antibiotisch beleid met fluorochinolonen. Huisarts Wet 2018;61(12):60. DOI:10.1007/s-12445-018-0370-2.
NHG, Utrecht, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap: T. Platteel, wetenschappelijk medewerker, t.platteel@nhg.org, C. Hooymans, wetenschappelijk medewerker, M. Bouma, teamleider.

Behandeling oppervlakkige tromboflebitis in het been

Edmond Walma

Oppervlakkige tromboflebitis in het been komt vaak voor, meestal als complicatie van varices. Het natuurlijk beloop is gunstig. Van geen enkele lokale behandeling is het effect overtuigend aangetoond. Er is alleen risico op uitbreiding naar het diepe systeem of op longembolie bij grotere of progressieve tromboflebitis en bij tromboflebitis die dicht bij een verbinding met het diepe systeem zit. Het is de vraag wanneer, en zo ja welke antistollingsbehandeling dan is aangewezen. De auteurs van deze Cochrane-review concluderen dat het effect alleen voldoende is aangetoond van fondaparinux (een variant laagmoleculairgewichtheparine). Deze conclusie is echter te beperkt aangezien onderzoek naar de effectiviteit van anticoagulantia bij DVT aantoont dat klassieke anticoagulantia als coumarines en laagmoleculairgewichtheparines uitbreiding van de trombus en longembolieën ook effectief tegengaan. De recent populair geworden DOAC's blijken wat dat betreft even effectief als coumarines.

Zoals gebruikelijk bij Cochrane-reviews hebben de auteurs alle onderzoeken (n = 33) die ooit zijn gepubliceerd over dit onderwerp kritisch bekeken en aan de Cochrane-kwaliteitscriteria getoetst. In totaal selecteerden zij 7296 deelnemers uit 2 grote en 31 kleine RCT's. De onderzoekers vergeleken de effectiviteit en veiligheid van vele soorten behandelingen. De uitkomsten waren vermindering van het risico op trombo-embolische complicaties, afname van progressie en recidiefkans van de lokale tromboflebitis en afname van lokale klachten. Zij beoordeelden ook diverse geneesmiddelen, en chirurgische en lokale behandelingen.
De effectiviteit en veiligheid van fondaparinux 2,5 mg subcutaan 1 dd werden onderzocht in een grote, placebogecontroleerde trial (CALISTO, n = 3002). De primaire uitkomstmaat was trombo-embolische complicatie. De secundaire uitkomstmaten waren onder andere uitbreiding en recidief van lokale tromboflebitis. Voor de primaire uitkomst was het relatief risico (RR) 0,15 (95%-BI 0,04 tot 0,5). Voor uitbreiding van lokale tromboflebitis was het RR 0,08 (95%-BI 0,03 tot 0,22) en voor recidief RR 0,21 (95%-BI 0,08 tot 0,54). In beide onderzoeksgroepen kwam één grote bloeding voor en minder dan 10 kleinere bloedingen. In een recente trial (SURPRISE, n = 472) werd onderzocht of behandeling met een oraal toedienbaar, direct werkend oraal anticoagulans (DOAC), rivaroxaban, even effectief en veilig was als behandeling met fondaparinux. In dit onderzoek kon door het kleine aantal uitkomsten de onderzoeksvraag niet worden beantwoord. Aangezien de 33 onderzochte RCT's sterk verschillen in kwaliteit, grootte, onderzochte middelen en uitkomsten is deze meta-analyse eigenlijk een bespreking van een grote trial, een middelgrote trial en vele kleine. Het meta-analytisch samenvoegen van alle data tot een overzicht dat meer informatie oplevert dan het beoordelen van de afzonderlijke onderzoeken was in deze Cochrane-review vrijwel onmogelijk.
De CALISTO-trial levert in vergelijking met placebo significante effecten over fondaparinux. De SURPRISE-trial naar de werking van rivaroxaban levert geen significant resultaat. De 31 kleinere trials leverden geen van alle overtuigend bewijs voor de effectiviteit van de bestudeerde interventies.

HUIDIGE AANBEVELINGEN ONGEWIJZIGD

Deze Cochrane-review selecteerde alleen onderzoek naar behandeling van oppervlakkige tromboflebitis van het been. Omdat het vooral gaat over de kans op uitbreiding naar en binnen het diepe veneuze systeem en het ontstaan van longembolieën ligt het echter voor de hand om voor de beoordeling van effectiviteit van anticoagulantia bij oppervlakkige tromboflebitis ook onderzoek naar effectiviteit bij DVT te betrekken. Bij patiënten met DVT zijn heparines en coumarines ter preventie van recidief-DVT en longembolie bij DVT al eerder bestudeerd en effectief gebleken.[1,2] Hoewel de onderzoekers niet specifiek keken naar de preventieve werking bij patiënten met oppervlakkige tromboflebitis is het zeer aannemelijk dat deze middelen ook een preventief effect hebben bij hoogrisicopatiënten, zoals degenen met progressieve of grote oppervlakkige tromboflebitis in het been dicht bij verbindingen met het diepe systeem. Acetylsalicylzuur bleek minder effectief.[3,4]
Mede gezien het NHG-Standpunt Anticoagulantia uit 2016 (coumarines en DOAC's zijn gelijkwaardig) kunnen de aanbevelingen in de huidige NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie en NHG-Standaard Varices omtrent preventie en behandeling bij oppervlakkige tromboflebitis dus dezelfde blijven.[6-8] ■

LITERATUUR

1. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD004982.

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

Walma EP. Behandeling oppervlakkige tromboflebitis in het been. Huisarts Wet 2018;61(12):61. DOI:10.1007/s12445-018-0339-1.
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. E. P. Walma, oud-huisarts te Schoonhoven, e.walma@icloud.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Atriumfibrilleren en chronische nierinsufficiëntie

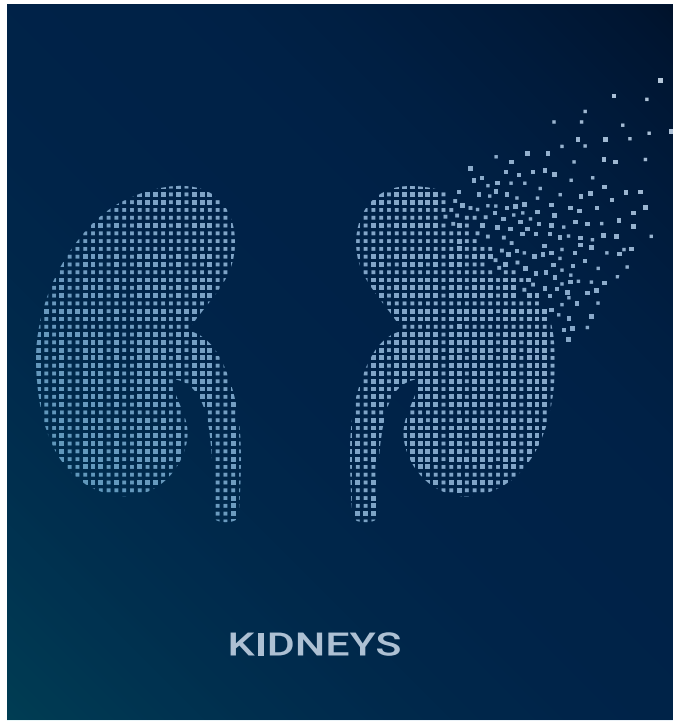
Mark Valk

In 2016 verscheen het NHG-Standpunt Anticoagulantie en daarin werden DOAC's en cumarinederivaten als gelijkwaardig beoordeeld. Volgens het Standpunt doen DOAC's niet onder voor warfarine wat betreft het voorkómen van beroertes en systemische embolieën, ook niet bij stijgende leeftijd. Wel leek terughoudendheid gerechtvaardigd bij ouderen met een sterk afgenomen nierfunctie (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) vanwege de kans op gastro-intestinale bloedingen. In 2017 verscheen een Cochrane-review over dit specifieke onderwerp. Daaruit bleek dat er ook bij deze groep ouderen geen reden is om van DOAC's af te zien.

Chronische nierschade (CNS) is een onafhankelijke risicofactor voor het krijgen van atriumfibrilleren (AF) en AF komt meer voor onder patiënten met CNS. Artsen schrijven warfarine vaak voor ter preventie van een cerebrovasculair accident (CVA). De risico's op bloedingen maken monitoren noodzakelijk. De recent ontwikkelde DOAC's zijn een alternatief voor warfarine, maar de werkzaamheid en veiligheid voor patiënten met zowel AF als CNS was nog onvoldoende onderbouwd. Deze Cochrane-review bevat vijf RCT's met 12.545 patiënten die AF en CNS hadden (eGFR 15 tot 60 mL/min/1,73 m², stadium 3 en 4). De deelnemers kregen DOAC's of warfarine. De onderzoeksduur varieerde van 1,8 tot 2,8 jaar. De meeste deelnemers hadden een nierinsufficiëntiegraad 3 (12.155), een kleine subgroep graad 4 (390). Er was een tendens dat DOAC's de incidentie van CVA en systemische embolie verminderden (RR 0,81; 95%-BI 0,65 tot 1,00) en het verschil in het voorkomen van grote bloedingen was niet significant vergeleken met warfarine (RR 0,79; BI 0,59 tot 1,04).
De auteurs concluderen dat DOAC's en warfarine gelijkwaardig zijn in het voorkómen van CVA en embolieën, zonder toename van het risico op grote bloedingen bij patiënten met AF en CNS. Een grote beperking van het onderzoek is dat de resultaten voornamelijk zijn gebaseerd op patiënten met CNS graad 3. Het aantal patiënten met CNS graad 4 was beperkt en patiënten met graad 5 deden überhaupt niet aan de onderzoeken mee.

GEEN BELEMMERING

De geactualiseerde NHG-Standaard Atriumfibrilleren noemt cumarinederivaten en DOAC's als gelijkwaardige behandeling. Daarbij maakte de werkgroep wel een voorbehoud dat terughoudendheid moest worden betracht bij oudere patiënten met CNS vanwege een toegenomen kans op grote bloedingen, met name gastro-intestinale bloedingen. Deze Cochrane-review gaat specifiek op dit onderwerp in en concludeert dat DOAC's de incidentie van grote bloedingen, met name gastro-intestinale bloedingen, mogelijk verminderen in vergelijking met warfarine. De behandeling van bloedingen onder warfarine en DOAC's is gelijk: het geven van stollingsfactoren. Daarom is er geen reden om van DOAC's af te zien. De conclusie luidt dan ook dat er geen terughoudendheid nodig is bij het voorschrijven van DOAC's aan patiënten met AF en CNS graad 3 of 4. ■



DOAC's zijn ook veilig voor ouderen met een afgenomen nierfunctie.

Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. Kimachi M, Furukawa TA, Kimachi K, Goto Y, Fukuma S, Fukuhara S. Direct oral anticoagulants versus warfarin for preventing stroke and systemic embolic events among atrial fibrillation patients with chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev 2017;11:CD011373.

Valk MJM. Atriumfibrilleren en chronische nierinsufficiëntie. Huisarts Wet 2018;61(12):62. DOI:10.1007/s12445-018-0338-2.
UMC Utrecht, Julius Centrum, Utrecht: dr. M.J.M. Valk, huisarts, m.j.m.valk-7@umcutrecht.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

D-mannose bij recidiverende urineweginfecties

Annabel Jonkheijm, Ronald van der Knaap

Al jaren worden antibiotica gebruikt als profylaxe bij recidiverende urineweginfecties (UWI). Met de toenemende resistentie voor antibiotica lijkt het wenselijk goede alternatieven te vinden.

Bewijs voor het effect van cranberry's is beperkt en inconsistent en bovendien lijkt de therapietrouw laag door de smaak van cranberry's.[1] D-mannose, een natuurlijke suiker die binding van de *Escherichia coli*-bacterie voorkomt, lijkt een veilig alternatief als profylaxe bij recidiverende urineweginfecties maar het bewijs is beperkt.

ZOEKSTRATEGIE EN RESULTATEN

De auteurs zochten op 27 juli 2018 in PubMed met de zoektermen: "Urinary Tract Infections"[Mesh] OR "urinary tract infections"[tiab] AND "Mannose" met de filters English, Clinical Trial en Systematic Reviews. Dit leverde acht artikelen op, waaronder een RCT die relevant was voor de onderzoeksvraag en een systematische review van postmenopauzale vrouwen met een subgroepanalyse van deze RCT.[2,3]
Kranjčec et al. vergeleken in een RCT bij 308 pre- en postmenopauzale vrouwen uit de eerste en tweede lijn met recidiverende UWI profylaxe met D-mannose, profylaxe met nitrofurantoïne en geen profylaxe.[2] Zij beschouwden tweemaal een cystitis in 6 maanden of driemaal in 12 maanden als recidiverend. Groep 1 kreeg eenmaal daags 2 gram D-mannosepoeder die werd opgelost in 200 ml water; groep 2 kreeg 50 mg nitrofurantoïne eenmaal daags; groep 3 kreeg geen profylaxe. De patiënten werden gerandomiseerd, na behandeling met ciproxin gedurende 1 week om de bestaande infectie te behandelen. De follow-upduur was 6 maanden. Indien patiënten twee of meer klachten hadden die bij een UWI pasten, werd de midstream urine getest op bacteriurie. Daarbij werd een grens van 10^3 kolonievormende eenheden (KVE) uit de urinekweek aangehouden als bewijs voor een UWI. Het onderzoek was niet geblindeerd.
De resultaten laten zien dat D-mannose even effectief is als nitrofurantoïne ten opzichte van de groep zonder profylaxe: relatief risico op een UWI 0,24 (95%-BI 0,15 tot 0,39; $p < 0{,}0001$); respectievelijk 0,34 (95%-BI 0,22 tot 0,51; $p < 0{,}0001$). De D-mannosegroep heeft een absolute risicoreductie van 45% ten opzichte van geen profylaxe (NNT = 2). Er was geen significant verschil tussen D-mannose en nitrofurantoïne. Bij de D-mannosegroep rapporteerden 8 van 103 patiënten bijwerkingen (diarreeklachten) tegen 29 van de 103 in de nitrofurantoïnegroep met diverse bijwerkingen. Dit verschil was significant. De bijwerkingen waren in geen van de groepen reden om deelname te staken.
In de meta-analyse van Ahmed et al.[3] werd een subgroepanalyse uitgevoerd onder 94 postmenopauzale vrouwen uit bovengenoemde trial naar profylaxe met of zonder antibiotica. De onderzoekers constateerden een trend in het voordeel van D-mannose ten opzichte van nitrofurantoïne, maar deze was niet significant: RR 1,24 (95%-BI 0,57 tot 2,69).

D-mannose, een natuurlijke suiker. Foto: iStock

BESPREKING EN CONCLUSIES

Op basis van deze RCT lijkt D-mannose een mogelijk alternatief voor nitrofurantoïne als profylaxe bij recidiverende UWI's. De beperkingen van de RCT zijn het risico op bias doordat er niet is geblindeerd. Hierdoor zou er mogelijk sneller worden gerapporteerd door de vrouwen zonder profylaxe. Dit gegeven kan in combinatie met de lagere afkapwaarde voor kweek (10^3 respectievelijk 10^5 KVE in Nederland) een overschatting van het effect geven. Over therapietrouw wordt niets vermeld. De details over de manier van randomiseren ontbreken.
Aangezien de resultaten zijn gebaseerd op één RCT met een korte follow-up en zonder blindering is het bewijs beperkt. Er is geen dosis-effectrelatie bekend. Cranberry's worden dikwijls geadviseerd, maar ook daarbij is het bewijs voor de effectiviteit beperkt en inconsistent. Veilige alternatieven voor antibioticagebruik zijn nodig in een tijd waarin resistentie een groter probleem wordt en de populatie ouder. D-mannose is een natuurlijke suiker en lijkt een potentieel alternatief met weinig bijwerkingen. ■

LITERATUUR

1. Jepson R, Williams G, Craig J. Cranberries for preventing urinary tract infections. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD001321.

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

Jonkheijm A, Van der Knaap R. D-mannose mogelijk alternatief bij recidiverende urineweginfecties. Huisarts Wet 2018;61(12):63. DOI:10.1007/s12445-018-0340-8.
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: A. Jonkheijm, huisarts-in-opleiding; R.H.P. van der Knaap, MSc, huisarts-epidemioloog, docent wetenschap, r.vanderknaap@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Lopend onderzoek

Onderzoek naar nieuw dieet bij DM II

Marjolein Schoonakker, Elske van den Burg

De dieetgroep krijgt producten om de eigen maaltijden vijf dagen per maand volledig te vervangen. Foto: iStock

Leefstijlinterventie is de eerste stap in de behandeling van diabetes, maar de huidige adviezen blijken vaak niet toereikend om progressie van de aandoening te voorkomen. Daarom is in Leiden een onderzoek gestart naar een nieuwe interventie, het 'fasting mimicking diet'.

Door vergrijzing en toename van obesitas stijgt de prevalentie van diabetes mellitus type II (DM II) in 2015 naar verwachting naar 1,32 miljoen.[1] Gewichtsverlies is effectief in de behandeling daarvan en afhankelijk van de mate van DM II is zelfs remissie mogelijk.[2] Vasten is effectief gebleken voor ondere andere gewichtsverlies, verbetering van glucosewaarden en andere cardiovasculaire parameters, maar is in de praktijk vaak niet vol te houden en kan nadelige effecten hebben.[3,4] Als alternatief hiervoor is het 'fasting mimicking diet' ontworpen. Dit dieet bootst het werkingsmechanisme van vasten na door een gebrek aan 'snelle suikers' en een laag eiwitgehalte. De patiënt gebruikt dit dieet op slechts vijf achtereenvolgende dagen per maand, waarbij hij voldoende essentiële voedingsstoffen en 725 tot 1090 kcal per dag binnenkrijgt.[5] Dieronderzoek laat bij dit dieet zelfs zonder gewichtsverlies verbetering van de glucosewaarden zien.[5] Bij een onderzoek naar het dieet bij gezonde personen werden onder meer een daling van glucosewaarden en gewichtsverlies bereikt.[6]
Leidse onderzoekers gaan daarom na wat het effect van het 'fasting mimicking diet' is in de huisartsenpraktijk bij patiënten met DM II die met alleen leefstijladviezen of metformine worden behandeld. De dieet- en controlegroep krijgen beide de gebruikelijke diabeteszorg via de eigen huisartsenpraktijk. Verder krijgen personen in de dieetgroep gedurende twaalf maanden een doos met producten om de eigen maaltijden vijf dagen per maand volledig te vervangen. Het doel van dit gerandomiseerde onderzoek is evalueren of het dieet HbA1c-waarden verlaagt en metforminegebruik vermindert ten opzichte van reguliere zorg. Daarnaast kijken de onderzoekers naar verschillende cardiovasculaire en metabole parameters en de kosteneffectiviteit. De eerste inclusies vonden plaats in het najaar van 2018 en de resultaten worden verwacht in 2021. ■

LITERATUUR

1. Baan CA, Van Baal PH, Jacobs-van der Bruggen MA, Verkley H, Poos MJ, Hoogenveen RT, et al. [Diabetes mellitus in Nederland: schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025]. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A580.
2. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet 2018;391:541-51.
3. Longo VD, Mattson MP. Fasting: molecular mechanisms and clinical applications. Cell metabolism 2014;19:181-92.

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

Schoonakker M, Van den Burg E. Onderzoek naar nieuw dieet bij DM II. Huisarts Wet 2018;61(12):64. DOI:10.1007/s12445-018-0341-7.
LUMC, Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: M. Schoonakker, aioto; E. van den Burg, aioto, fit@lumc.nl.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Wijkgerichte zorg

Wijkgericht werken staat sterk in de belangstelling concluderen Van den Muijsenbergh c.s. terecht in H&W 10. Maar huisartsen krijgen nog altijd meer taken toegeschoven. In 'Oordeel huisartsen over Toekomstvisie 2022' (H&W 10) wordt nog eens duidelijk hoe (ook jonge) huisartsen worstelen met taken die zij op zich af zien komen bij onder andere wijkgericht werken. Er is een verband met het artikel 'Kromliggen doet pijn' van Van den Heijkant c.s. (H&W 8). Ik ga hier kort op in, waarbij duidelijk wordt wat wijkgericht werken de huisarts oplevert in de dagelijkse praktijk.
Uit een evaluatie van de wijkgerichte aanpak 'Krachtige basiszorg' blijkt dat er effecten zichtbaar op de drie doelen van *triple aim*.[1-3] Ik ga hier echter in op het vierde *aim*: de gezondheid van de professional. Dit was namelijk destijds dé motivatie voor een andere manier van werken.
Terug naar de casus uit 'Kromliggen doet pijn'. Een man van 47 met heupklachten en concentratieproblemen meldt zich in korte tijd drie keer op het spreekuur. Hij blijkt ernstige sociale en maatschappelijke problemen te hebben. Deze casus staat niet op zichzelf. Sociaal-maatschappelijke problemen hebben effect op hoe men zich fysiek voelt. Vaak wordt hiervoor hulp gezocht bij de huisarts, je voelt het tenslotte in je lijf. Hier wordt het belang helder van korte lijnen en werkafspraken met het sociale wijkteam: de huisarts sluit medische oorzaken uit en kijkt samen met de patiënt wat er nog meer een rol speelt. Daarna is de patiënt in de spreekkamer van de huisarts niet meer op de beste plek, maar verwijzen alleen is vaak niet genoeg. In 'Krachtige basiszorg' is dit onderwerp uitgewerkt. Elke lokale context vraagt een andere aanpak. Maar goede samenwerkingsafspraken tussen het medische en sociale domein én het gebruikmaken van een taal en een gezamenlijk instrument zoals het 4Domeinen-model staan centraal.
Wat heeft het opgeleverd? Minder frustratie, meer overzicht, meer werkplezier, meer tijd voor (medische) huisartsgeneeskundige kerntaken. Maar ook: integrale zorg op maat leveren, samen met collega's uit de wijk.

Nikki Makkes

1. http://www.overvechtgezond.nl/files/Resultaten%20Krachtige%20Basiszorg.pdf
2. https://www.nivel.nl/nl/nieuws/krachtige-basiszorg-overvecht
3. https://mijn.bsl.nl/krachtige-basiszorg/15708248?fulltextView=true

De beste zorg

Organisatie en infrastructuur moeten de beste zorg volgen. Niet andersom. Als de zorgvraag leidt tot een monodisciplinair (huisartsen)antwoord als beste zorg, wordt deze beste zorg in de huisartsenpraktijk georganiseerd, inclusief de hierbij horende middelen om dit te organiseren. Is de beste zorg een multidisciplinair antwoord, te organiseren in de wijk, dan past hierbij een vergoeding van O&I Wijkmanagement. Vice versa ten aanzien van regiozorg als beste zorg. Dat verzekeraars dit 'versnippering' noemen is onterecht. De huisartsenzorg kent namelijk een grote diversiteit: per tien minuten een nieuwe zorgvraag, leidend tot het best passende individuele zorgaanbod.
Naar de motieven van zorgverzekeraars om zo nadrukkelijk te kiezen voor regiomanagement blijft het gissen. Mijn theorie is dat uitvoering van het hoofdlijnenakkoord, waarbij in de tweede lijn in het laatste contractjaar (2022) 0% groei wordt getolereerd, het hoofdmotief is. Elk van de circa 80 ziekenhuizen heeft een eigen adherentiegebied, waar de problematiek van de noodzakelijke afbouw van een klein deel van de tweedelijnszorg gepaard moet gaan met een gelijktijdige opbouw van de eerstelijns- en anderhalvelijnszorg. De zorgverzekeraar zal dat het liefst in de regio willen 'regelen'.

Anton Maes

Vragen wijkgericht werken

- Kun je wel spreken van een win-winsituatie als de zorgpremie voor de patiënt ondertussen gewoon weer flink omhoog gaat?
- En staat het resultaat ('kookclub of loopgroepje') wel in verhouding tot de kosten, dat wil zeggen de miljoenen die nu naar allerlei vormen van management en zorggroepen gaan?
- Zouden patiënten, als ze dát weten, er dan ook nog voor willen betalen? Ik niet!

Huub van Haasteren

REACTIE AUTEURS

Mooi om te zien Nikki hoe een wijkgerichte aanpak niet alleen voor patiënten maar ook voor huisartsen positief kan uitpakken. Collega Maes, wij zijn onder de indruk over uw kennis van de verschillende financierings(on-)mogelijkheden en delen geheel uw mening dat financiering gewaarborgd moet zijn én passend moet zijn. Collega Van Haasteren, ook wij denken dat de opbrengsten meer moeten - en kunnen - zijn dan een kook- of loopclubje, en hopen dat juist door effectieve wijkgerichte zorg de zorg verbetert en de kosten omlaag gaan. Dit is onder andere in krachtige basiszorg aangetoond. En dan kan de premie ook omlaag...

Maria van den Muijsenbergh, Pim Assendelft en Henk Schers

Onderliggende dermatose bij cornu cutaneum

In de rubriek Uw diagnose (Huisarts Wet 2018;61(4):76) stond de volgende casus. Een 91-jarige man heeft op het achterhoofd een harde, snelgroeiende hoornachtige zwelling. Deze wil ondanks meerdere applicaties met vloeibare stikstof niet verdwijnen. Wat is uw diagnose?

1. Plaveiselcelcarcinoom (GOED)
2. Cornu cutaneum (FOUT)
3. Verruca vulgaris (FOUT)
4. Tricholemmoma (FOUT)

Volgens mij zijn er twee antwoorden goed. Het is een cornu cutaneum op basis van een plaveiselcelcarcinoom. Cornu cutaneum wordt echter fout gerekend. ■

Florijn Jacobi

REACTIES

Zo op het eerste gezicht lijkt het inderdaad op een cornu cutaneum, maar er zitten een paar addertjes onder het gras. Het is een relatief grote afwijking die al langere tijd aanwezig was. Daarnaast is er geen reactie op herhaalde behandelingen met vloeibare stikstof. De laesie is ruim verwijderd en de PA wees uit dat het bleek te gaan om een plaveiselcelcarcinoom.
Het doel van deze casus was tweeledig. Een cornu cutaneum kan afstammen van een maligne of premaligne laesie. Doe in dat geval vaker een biopt of diagnostische excisie. Hiermee verminder je doktersdelay.
Concreet: informeer de patiënt dat deze aandoeningen bij meer dan 20% van de gevallen (pre)maligne kunnen zijn. De kans op (pre)maligniteit is groter naarmate de patiënt ouder is, de afwijking groter en deze langer bestaat. Mannen hebben meer kans dan vrouwen en plekken die veel aan de zon zijn blootgesteld zijn vaker maligne.
Als de patiënt het cornu cutaneum wil laten verwijderen, doe dan altijd een diagnostische excisie of verwijder tenminste het cornu cutaneum met een biopt met PA uit de bodem.

Bèr Pleumeekers

De aanbeveling in de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen is dat je bij cornu cutaneum beoordeelt waar het cornu van uitgaat. Dus de diagnose cornu cutaneum volstaat niet. De huisarts hoeft echter niet standaard histopathologisch onderzoek te doen. Als de aandoening waar het cornu van uitgaat volgens de huisarts zeker benigne is, hoeft er verder niets te gebeuren qua diagnostiek/behandeling. Bij twijfel neemt huisarts een biopt van de onderliggende laesie.

Zamire Damen

TPO » VAKBLAD VOOR PRAKTIJKONDERSTEUNING
DE PRAKTIJK

TPO De Praktijk is een gezamenlijke uitgave van het **Nederlands Huisartsen Genootschap** (NHG), de **Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden Nederland** (V&VN), afdeling PVK/POH en uitgeverij **Bohn Stafleu Van Loghum**. Het tijdschrift verschijnt 6 keer per jaar en richt zich op **Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg** (poh) die zich willen ontwikkelen in hun vak.
De focus ligt zowel op vakinhoudelijke kennis als op de positie in de huisartsenpraktijk en daarbuiten. Het tijdschrift biedt verdieping in de vorm van educatie-artikelen, onderzoeken en casuïstiek over de praktijk van de poh. De redactie bestaat uit een kernredactie en daarnaast een bredere redactie, bestaande uit ervaren poh's/pvk's. Wij zijn op zoek naar:

1 redactielid (M/V): praktijkondersteuner

Profiel praktijkondersteuner:

- Enige jaren werkervaring in de huisartsenpraktijk en/of opleiding tot poh
- Duidelijke visie op praktijkondersteuning in de eerste lijn
- In staat om netwerk aan te boren
- Ideeën aan kunnen dragen (innovatief zijn)
- In staat om artikelen te beoordelen en auteurs te begeleiden
- Belangstelling voor evidence based medicine
- Assistentenachtergrond is een pre

Tijdsbesteding
De gemiddelde tijdsbesteding is 3 uur per week. Redactieleden ontvangen een vergoeding. Zij vergaderen 3 keer per jaar, dragen ideeën aan voor artikelen in het tijdschrift en beoordelen artikelen en andere kopij.

Als je belangstelling hebt, neem dan **voor 15 januari** contact op met Sietsche van Gunst: ***S.vanGunst@nhg.org***. Ook met vragen kun je bij haar terecht.

Huisarts in werksfeer volledig aansprakelijk op zijn gedrag

Bij het artikel 'Wat verwacht de maatschappij van een huisarts buiten dienst' van Pim Montfort e.a. (Huisarts Wet 2018;61(7):30-2) verscheen op www.henw.org deze reactie.

Wat mij betreft is het evident dat een huisarts in werksfeer volledig aansprakelijk is op zijn gedrag. Wat zich in privésfeer voordoet gaat wat mij betreft niemand wat aan, voor zover dat niet interfereert met het gedrag op de werkvloer of het patiëntencontact. Hoewel ik besef dat het neoconservatisme en de vertrutting ook opgang doet in onze beroepsgroep, betwijfel ik als huisarts in een grote stad ten zeerste of het merendeel van mijn patiënten en collegae dat anders ziet. De stellingen die in de kern geponeerd worden lijken mij toch vooral de mening van de betreffende auteurs. Aangezien er voor deze stellingen geen enkele wetenschappelijke of maatschappelijke onderbouwing geleverd wordt en diezelfde stellingen in dit artikel verder niet getoetst worden, vraag ik me af of het aan Huisarts en Wetenschap is om als forum te dienen voor dit soort opvattingen. Ik zit in ieder geval totaal niet te wachten op dit soort vrijblijvend gemoraliseer. Temeer niet daar de hoofdauteurs van dit artikel voor zover ik kan overzien in hun prille carrière nog niet in de buurt zijn geweest van een huisartsenpraktijk, wat met welgeteld een uitzondering overigens precies zo geldt voor de medeauteurs. Het idee van de arts als supermens die ook in privé niet aan zijn beroepsrol kan ontsnappen, doet mij in tijden van burn-out en uitval vrezen voor de toekomstbestendigheid van de huisartsgeneeskunde. Bovendien is het normeren van het privégedrag van artsen onlosmakelijk verbonden met het normeren van het privégedrag van patiënten.
Tot slot is de impliciete aanname in het artikel dat uitspraken van het tuchtcollege een afspiegeling zijn van de mening van onze patiënten en dus van de maatschappij op zijn minst discutabel. Dat te onderzoeken zou mogelijk werkelijk publicatiewaardig materiaal opleveren. ■

Bernard Baggerman

REACTIE AUTEURS
Het artikel was niet bedoeld als een beschrijving van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek, maar eerder een uiteenzetting van een ontwikkeling die waarneembaar is in de hedendaagse maatschappij. Een beschrijving van een waargenomen ontwikkeling gaat echter vaak vooraf aan de wetenschappelijke bestudering daarvan, zoals in de geneeskunde patronen in geïsoleerde patiëntenproblematiek aanzetten tot nadenken over de onderliggende, gemeenschappelijk oorzaken.
Getuige de ingezonden reactie heeft dit artikel klaarblijkelijk tenminste aangezet tot nadenken over dit onderwerp, wat ook een doelstelling was van dit stuk.

Pim van Montfort, Emmely van der Steen, Marcel Hukkelhoven, Arie de Jong, Roger Rennenberg, Walther van Mook

Uw diagnose

Een meisje van 8 jaar oud heeft sinds enkele dagen heftig jeukende uitslag op rug, borst en buik. Zij woont sinds enkele jaren in Nederland komt oorspronkelijk uit centraal Afrika. Ze is er niet ziek van en klaagt alleen over jeuk.
Wat is uw diagnose?
1. Lepra
2. Pityriasis rosea
3. Secundaire syfilis
4. Eczeem

Kijk voor het goede antwoord op pagina 70 en op www.henw.org.

Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose van H&W. Maak er een goede en scherpe foto van (of meerdere), liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.

Referenten H&W in het zonnetje

Ivo Smeele, hoofdredacteur

De redactie is zeer erkentelijk voor de onmisbare hulp van de referenten. Foto: iStock

Huisarts en Wetenschap is een peer reviewed tijdschrift en streeft naar het publiceren van kwalitatief hoogstaande artikelen. Dat kan niet zonder de hulp van een grote schare referenten. De redactie is zeer erkentelijk dat zij gebruik kan maken van de kennis en kunde van deze vakmensen. Zij zetten zich keer op keer in om de aangeboden artikelen nauwkeurig te lezen en te beoordelen. Het afgelopen jaar (1 december 2017 tot en met 30 november 2018) waren dit onderstaande referenten. Tijd om hen in het zonnetje te zetten. Namens de H&W-redactie heel hartelijk dank!

Wim Ang, Mariëlle van Avendonk, Frank Baarveld, Frits Bareman, Roy Beijaert, Bart van den Bemt, Annette Berendsen, Hans Berg, Jan van Bergen, Patrick Bindels, Nettie Blankenstein, Marco Blanker, Jeanet Blom, Madelon den Boeft, Joan Boeke, Marloes van Bokhoven, Jettie Bont, Michiel Bos, Annemiek Bosch-van Nuenen, Margriet Bouma, Frans Boute, Steef Bredeweg, Anneke Broers, Anita Bruinsma, Tibor Brunt, Huib Burger, Rolieke Cents, Niels Chavannes, Dan Cohen, Jurgen Damen, Zamire Damen, Rogier Damoiseaux, Janny Dekker, Boukje van Dijk- van Casteren, Fred Dijkers, Yuri van der Does, Hans van den Dool, Willem Draijer, Yvonne Drewes, Petra Elders, Bernard Frijling, Nelly van Gaarden, Harry Geboers, Lex Goudswaard, Pieter Harms, Ralf Harskamp, Lieke Hassink-Franke, Florien van Heest, Léon Henskens, Joëlle Hoebert, Monica Hollander, Klaas Hoogenberg, Isa Houwink, Anneloes Kerssen, Gerrit Kimsma, Sander Koning, Daniël Kotz, Masja Loogman, Ingrid Looijmans, Peter Lucassen, Irene Mathijssen, Job Metsemakers, Marian Mourits, Matthijs Numans, Andrew Oostindjer, Marian Oud, Hans Peerden, Bèr Pleumeekers, Feikje Riedstra, Remco Rietveld, Ineke Ruting, Eric van Rijswijk, Els Roelofs, Armand Rondas, Wouter de Ruijter, François Schellevis, Evelien de Schepper, Tjard Schermer, Henny Schrojenstein Lantman-de Valk, Tim van Smaalen, Marleen Smits-van Kessel, Ibo Souwer, Wilma Spinnewijn, Richard Starmans, Erik Stolper, Anita Suijkerbuijk, Doreth Teunissen, Annemarie Uijen, Mario Veen, Sanne van der Weegen, Jan Weel, Tjerk Wiersma, Yvonne Winants, Hans van der Wouden, Hèlen Woutersen-Koch, Paul Zwietering ■

SEKSUALITEIT BESPREEKBAAR MAKEN

Mechtild Höing, et al. Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. Handboek voor professionals in zorg en welzijn. Bussum: uitgeverij Coutinho, 2017. 351 pagina's. ISBN 9789046905838. Prijs € 34,50.

De auteurs van dit goed leesbare boek hebben een duidelijke mening: de professionele hulpverlener moet seksualiteit proactief bespreekbaar maken. Dit handboek is een zeer uitgebreide verzameling van kennis, adviezen en verwijzingen naar andere informatiebronnen. Het boek is helder opgebouwd, met de mogelijkheid om de diepte in te gaan via de bijbehorende website.

Het boek is oorspronkelijk bedoeld als lesboek voor het beroepsonderwijs mbo en hbo, voor studenten die worden opgeleid voor beroepen in het maatschappelijk domein. Het kan echter ook nuttig zijn voor studenten geneeskunde en aios. Dit handboek bestaat uit drie delen: seksualiteit in het maatschappelijk domein, werken met jeugdigen en werken met volwassenen. De hoofdstukken hebben een vaste indeling, te beginnen met het wetenschappelijk kader met definities en de soms wat saaie opsomming van epidemiologische gegevens. Dan volgt de rol van de professional: wat zou je als professional over seksualiteit kunnen bespreken en hoe doe je dat. Als laatste volgen de institutionele en juridische kaders. Elk hoofdstuk begint met pakkende casuïstiek, ook voor de huisarts. Als je verder leest, blijft de tekst echter toch wat algemeen, ondanks de praktische tips voor professionals. De bijgaande website biedt leeropdrachten en verwijzingen naar vele andere websites met aanvullende informatie.
Dit handboek is voor studenten en zeker ook voor aio's goed bruikbaar. Voor reeds praktiserende huisartsen zijn vooral de doorverwijzingen op de website handig. Voor iedereen die zich wil scholen in het bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit is dit een nuttig boek. De website met de vele links is daarbij een zeer waardevol onderdeel. ■

Liesbeth AB

WAARDERING: ●●●○○

HANDIG NASLAGWERK KINDERGENEESKUNDE

Derksen-Lubsen G, et al. Compendium kindergeneeskunde. 5e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018. ISBN 9789036817912. Prijs € 99,-

De vijfde druk van *Compendium kindergeneeskunde* biedt een praktisch hanteerbaar overzicht in 59 hoofdstukken. Het is een lijvig boek, geschreven door kinderartsen, dat huisartsen desondanks graag binnen handbereik willen hebben. Door de uitgebreide inhoudsopgave en het register vind je snel de weg.

Het *Compendium* is bedoeld als naslagwerk: om snel informatie bij de hand te hebben in acute situaties, voor verdieping tijdens een consult, om op hoofdlijnen een patiënt te informeren of om buiten het spreekuur antwoord te vinden op vragen. De spoedeisende zorg in het eerste deel begint bij de basis en is zo helder, kort en praktisch beschreven dat je het boek bij een acuut ziek kind ter plekke kunt hanteren. De stap naar de tweedelijnsdiagnostiek en -behandeling is prettig als indirecte verwijsindicatie.
De algemene onderwerpen bevatten breed uitgewerkte overzichten, vanaf de basis- tot en met de tweedelijnszorg. Hierbij staan ook praktische tabellen, figuren en stroomdiagrammen (bijvoorbeeld ernst van dehydratie, stroomschema trauma capitis, vraagstelling omtrent bijbehorende beeldvorming). Verder vermelden de auteurs per infectieziekte kort de etiologie, symptomen, diagnostiek, complicaties en behandeling. Zij bespreken de ziektebeelden systematisch, variërend van huisartsgeneeskundige onderwerpen als obstipatie en diarree tot specifiekere onderwerpen als leverziekten en diabetes mellitus. Er zijn ook minpunten. In het hoofdstuk Dermatologie ontbreken illustraties en het deel Sociale pediatrie is relatief klein. Het deel Geneesmiddelen en bloedproducten is vooral nuttig voor de tweede lijn, al zijn de farmacotherapie en wellicht de tabel acute medicatie relevant. De bijlagen bieden een overzicht (papier en digitaal) van alledaagse onderwerpen.
De kracht van het boek zit in de overzichtelijke en bondige tekst, heldere opsommingen, tabellen, stroomdiagrammen en illustraties. Met de voortschrijdende substitutie van de tweede naar de eerste lijn is het een welkome aanvulling op de huisartsgeneeskundige naslagwerken. ■

Laura de Vries

WAARDERING: ●●●●○

Webtip continentiehulpmiddelen

Doreth Teunissen, Annet Sollie

De hulpmiddelenwijzer biedt uitkomst voor patiënten met continentieproblemen.

De site van de hulpmiddelenwijzer, ontwikkeld door Vilans (kenniscentrum voor langdurige zorg), helpt de patiënt zijn weg te vinden in het doolhof van de continentiezorg. Op de site staat informatie over de verschillende vormen van incontinentie, de beschikbare hulpmiddelen, en hoe de patiënt voor vergoeding van continentiemateriaal in aanmerking kan komen. Alle middelen worden op indicatie vergoed, behalve huidverzorgende middelen en bedbeschermers.
De hulpmiddelenwijzer biedt praktische en bruikbare informatie over continentiemiddelen. Huisartsen kunnen patiënten met continentieproblemen op deze site wijzen, want deze biedt handige tips over bijvoorbeeld het gebruik van absorberend materiaal en omgang met discretie.
Wij bevelen deze hulpmiddelenwijzer aan voor huisartsen en voor patiënten die met continentiemiddelen te maken hebben. Zo kunnen patiënten meer zicht krijgen op het continentieprobleem, op de verschillende behandelingsmogelijkheden en op de procedure die zij moeten doorlopen om voor deze middelen in aanmerking te komen. ■

Screenshot www.hulpmiddelenwijzer.nl/informatie/continentie.

Naam:	www.hulpmiddelenwijzer.nl/informatie/continentie
Maker	Vilans in opdracht van het ministerie van VWS
Doel:	Onafhankelijke, betrouwbare informatie over continentiemiddelen ontsluiten
Prijs	Gratis
Oordeel:	●●●●

Antwoord Uw diagnose
Het goede antwoord op de casus van pagina 67 is pityriasis rosea.

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

Redactie
Ivo Smeele (hoofdredacteur), Marian van den Brink, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

Redactiebureau
Henny Helsloot (secretariaat), Judith Mulder, Susan Umans (web- en eindredactie), Ellen Olberse (webredactie), 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/voor-auteurs

Advertentieverkoop
Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383603.

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) € 262,00, online-only abonnement € 157,20, 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.

© 2018 NHG
ISSN 0018-7070

Praktijktraktatie

'Waarnemer gezocht in geaccrediteerde praktijk', zie je regelmatig in advertenties staan. Toen we in mijn praktijk voor het eerst geaccrediteerd waren, stonden we in de krant. Veel praktijkwebsites vermelden dat de praktijk geaccrediteerd is. Wie is er jarig, vroeg ik vorige week tijdens het teamoverleg in de praktijk toen mijn collega's vroegen of iedereen taart had gehad. Niemand, was het antwoord, maar we zijn weer goed door de accreditatie gekomen. Daarom taart. De trots die je veelvuldig tegenkomt en die ook uit de evaluaties van NPA blijkt, staat in schril contrast met de geluiden over zinloze afvinklijstjes en knorrige auditoren die met hun vinger langs de plint zouden gaan. De verhalen van huisartsen die melden dat ze een spoedkoffer van een collega lenen als de auditor komt, of het verlopen steriele verbandmateriaal in een doos in de auto bewaren tot de auditor weer weg is, geven in mijn beleving vooral aan dat ze vinden zelf te kunnen bepalen wat goed is voor de patiënt en daarvoor geen verantwoording verschuldigd zijn – onder het mom van professionele autonomie. Het zal toch niet zo moeten zijn dat je als patiënt een chirurgische ingreep ondergaat of de dokter bij je krijgt als je een nierkoliek hebt, je eerst moet vragen of de dokter zijn spullen wel op orde heeft?
Ik ben voor een goede praktijkaccreditering die niet groter of kleiner is dan de praktijk nodig heeft en geen overdreven administratieve last geeft. En ik ben voor een systeem van en voor huisartsen, dat ervoor zorgt dat de patiënt erop vertrouwt dat we ons huis op orde hebben en voorkomt dat overheid, inspectie en zorgverzekeraars ons lijstjes gaan sturen die ze zelf bedenken. Ik ben trots dat ik in een geaccrediteerde praktijk werk. Kom maar op met die taart. Die ren ik er wel weer vanaf.

Rob Dijkstra

Nieuwe impuls samen beslissen

Samen beslissen in de zorg krijgt een nieuwe impuls met de campagne 'Help de dokter met een goed gesprek'. Via diverse media wijzen we patiënten op de website begineengoedgesprek.nl die vernieuwd is. Daar staan handige gesprekstips voor zowel dokter als patiënt. Voor huisartsen biedt de website tools om samen beslissen in de eigen praktijk te stimuleren en gemakkelijker te maken. Ook op Thuisarts.nl is informatie te vinden over het gesprek met de huisarts en samen beslissen.
'Help de dokter met een goed gesprek' is een initiatief van InEen, NHG, LHV, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN, en is mogelijk door financiële ondersteuning van Zorginstituut Nederland.

Afwegingskader kindermishandeling 2019 verplicht

De vernieuwde KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld is afgelopen maand gepresenteerd. Het nieuwe afwegingskader bij de meldcode geeft artsen meer houvast bij de beslissing om al of niet te melden. Artsen zijn vanaf 1 januari 2019 verplicht om met het afwegingskader te werken.
Het nieuwe afwegingskader vervangt Stap 5 van het stappenplan uit de KNMG-meldcode 2015 met vijf afwegingsvragen, die de arts helpen om te bepalen of een situatie gemeld moet worden bij Veilig Thuis. In overleg met Veilig Thuis wordt bepaald wie welke hulp inzet. Hiernaast wordt ingezoomd op de vraag wat een acute en structureel onveilige situatie is. Het NHG is als partner van het cluster artsencoalitie betrokken bij de ontwikkeling van het afwegingskader en de aanpassing van de meldcode. U vindt het nieuwe afwegingskader op de website knmg.nl door te zoeken op 'afwegingskader kindermishandeling'.

seksHAG
NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT
25-jarig middag-symposium seksHAG
sekshag.nl
SAVE THE DATE
21 MAART 2019

Gebruiker en ontwerper over NHGDoc

‘Dat had ik zelf nooit bedacht’

NHGDoc is een van de best bewaarde geheimen van het NHG. Het systeem geeft via het HIS op de patiënt toegespitste adviezen. Gaf het programma in de begintijd nog onhandig veel meldingen, inmiddels zijn de kinderziekten eruit. We spreken een huisarts die fan is van het systeem, en de voormalig huisarts en ICT-ontwerper die de Bijwerkingzoeker toevoegde.

Maarten Boer Foto: ExpertDoc

David Reijmerink Foto: Huisartsen Warmenhuizen

David Reijmerink, huisarts in een HOED in Warmenhuizen bij Alkmaar, is groot fan van NHGDoc: ‘Een computer kan beter dan een mens enorme hoeveelheden data analyseren. Als huisarts beschik je over een brede kennis, maar analyseren van een patiëntendossier kun je beter aan een computer overlaten.’ Je hebt natuurlijk beperkte spreekuurtijd, maar je hoeft NHGDoc alleen aan te klikken bij een serieus probleem en dan zorgt het voor kwaliteitswinst, vindt Reijmerink: ‘Bij een melding over een verlaagd eGFR leidt het systeem je naar de beslissing of je de patiënt nu aanvullend of pas over een paar maanden moet controleren.’

BEPERKTE TIJD

NHGDoc bespaart tijd, vindt Reijmerink. ‘Soms hoor je collega’s een beetje mopperen, omdat het systeem vooral extra werk lijkt op te leveren. Maar alle medicatie en mogelijkheden langsgaan bij een patiënt met hyperkaliëmie kost je toch algauw twintig minuten, terwijl NHGDoc je na één druk op de knop een lijstje geeft. Dus als collega’s melden dat dit programma ze te veel tijd kost, snap ik dat niet.’

> Zonder Bijwerkingzoeker was ik er niet achter gekomen

Ook van de nieuwe NHGDoc-Bijwerkingzoeker is Reijmerink zeer gecharmeerd: ‘Ik had een patiënt met darmkanker die veel maagpijn had en chemotherapie gebruikte. Ik dacht, chemo plus heel veel andere medicatie en veel buikpijn, wat kan dat nou zijn? Wat bleek, de buikpijn kwam door de simpele lactulose die veel kankerpatiënten krijgen voor soepele ontlasting bij morfine. Maar bij deze patiënt ging de ontlasting prima, hij bleek de lactulose helemaal niet nodig te hebben. Zelf had ik nooit bedacht dat het juist die medicatie zou zijn. Maar dat is je bias over medicatie, je denkt gelijk aan de moeilijkere medicatie.’

INSTELBAAR PER MEDEWERKER

Maarten Boer was 35 jaar huisarts. Daarna digitaliseerde hij bij NHGDoc samen met andere artsen en het NHG twaalf NHG-Standaarden waaronder Diabetes en Cardiovasculair risicomanagement. Boer erkent dat het systeem in het begin kinderziekten had: ‘Bij minder urgente zaken gaf NHGDoc eerst ook alerts, zoals “Roken niet ingevuld in HIS” bij iemand met COPD. Dan kreeg je wel tien meldingen om het dossier aan te vullen; zelf vond ik dat ook storend. Je krijgt nu alleen alerts bij dringende zaken, gezondheidsschade. En je kunt nu zelf instellen wat voor meldingen je wilt. Een praktijkondersteuner wil juist het dossier compleet hebben, die kan NHGDoc op haar manier afstemmen: lengte, gewicht, rookgedrag. Dat is nu instelbaar per medewerker. Huisartsen zetten sommige standaarden of klachten uit: “Dat weet ik nou wel”, en zetten per drie maanden een andere standaard aan om weer alerter te worden.’

BIJWERKINGZOEKER

Boer, overduidelijk trots op het systeem: ‘De nieuwe Bijwerkingzoeker in NHGDoc kijkt bij alle gebruikte medicatie of de ingevoerde bijwerking van toepassing is. Vroeger moest je handmatig per medicijn de hoofdstukken “Bijwerkingen” doorspitten, hopend dat je die ene bijwerking van je patiënt kunt vinden. NHGDoc kijkt alle medicatie van je patiënt na.’

Meer informatie: NHG.org > Richtlijnen & praktijk > ICT in uw praktijk

NHGDOC

NHGDoc is een medisch beslisondersteunend systeem dat geïntegreerd is in zeven van de acht HIS’en, gebaseerd op de NHG-Standaarden en gemaakt in samenwerking met het NHG. NHGDoc vertaalt de richtlijnen naar digitale adviezen afgestemd op de individuele patiënt. Het systeem vergelijkt de informatie in het patiëntendossier met de aanbevelingen in de NHG-Standaarden: voor het dossier, het beleid en de medicatie. Bij een discrepantie tussen de richtlijn en informatie in het dossier geeft het systeem, bij een advies met hoge prioriteit, een melding met de gele NHGDoc-knop.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Manifest spoedzorg West-Friesland

Daniëlle van Oostendorp

Daniëlle van Oostendorp, praktijkhoudend huisarts in het dorpje Ursem in West Friesland: 'Al jaren merkte ik op onze HAP dat de drukte toenam, omdat we patiënten zagen die niet tijdens ANW gezien hoeven te worden. Het Nederlandse triagesysteem is heel defensief: een patient met pijnscore 8 moet gezien worden, maakt niet uit of het over een teen of een buik gaat. Een paar weken voor ons manifest hebben collega-praktijkhouders de noodklok geluid: door de steeds drukker wordende dagpraktijk en de zware ANW-diensten dreigden ze om te vallen. Op een avond heb ik toen alles wat ik al die jaren tegenkwam uitgeschreven, op onze HAweb-groep gezet en uiteindelijk als manifest op het Ledenforum. Wat een reacties kwamen er na plaatsing op HAweb! De huisartsenpost moet weer meer spoed uitstralen: "U belt met de huisartsenSPOEDpost" in plaats van "met de huisartsenpost". Een ongeruste patiënt mag altijd bellen, maar zal moeten accepteren dat de klacht vaak niet, of niet direct door een huisarts gezien hoeft te worden.'

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

Een helder manifest! Goed uitgangspunt om de werkwijze op de HAP langs te leggen en aan te passen. Als de triagisten elke U3 of U4 met de regiearts kunnen bespreken, kunnen veel wondjes, zere vingers en ander klein leed teruggeleid worden naar de eigen huisarts.

Huisarts in Assendelft

Dit is helemaal hoe velen in Almelo er ook over denken. Lukt alleen niet om dit te realiseren. Middels een publiekscampagne zeggen we wel waar we voor zijn, totdat men belt dan is het weer: kom maar even, ik heb wel een plekje.

Huisarts in Almelo

Zolang de scheiding van huisartsen als praktijkhouder en waarnemer in stand blijft, zijn beide groepen niet in staat iets op te lossen. Zolang HAP-werk niet telt voor herregistratie, hebben alle huisartsen last van structurele onderwaardering die elke 5 jaar tot forse stress leidt. En wanneer de HAP alleen voor spoed werkt, vergroot dat voor zowel patiënten als medewerkers de nachtstress.

Huisarts in Alkmaar

Ook in de regio Zuidoost-Brabant knelt de schoen aan vele zijden. Ik denk dat het probleem dieper ligt: zijn we als huisartsen nog wel zo goed regionaal georganiseerd dat we invloed kunnen uitoefenen op de ketenpartners en stakeholders in de (spoed)zorg?

Huisarts in Eindhoven

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

WANNEER METEEN NAAR DE DOKTER? THUISARTS.NL WORDT AANGEPAST

Het NHG is bezig om Thuisarts.nl aan te passen om de patiënten concretere adviezen te kunnen geven en de patiëntenstroom te helpen kanaliseren.

- Het kopje 'Wanneer naar de dokter?' verplaatsen we bij veelvoorkomende klachten naar boven.
- Bovendien komt er een kopje 'Wanneer meteen naar de dokter?' zodat de patiënt weet of zijn probleem wel of niet acuut is. Dit moet de toestroom van niet-urgente patiënten naar de ANW-zorg helpen beperken.

Zie ook column bestuursvoorzitter Rob Dijkstra, juli 2018.

Huisarts & Wetenschap

- Themanummer spoedzorg (H&W juni 2018) met daarin onder andere:
  - Zorggebruik en urgentie op de HAP tussen 2013 en 2016
  - Triage op de post: tijd voor actieve bemoeienis van de huisarts

INTERVIEW

met Jacintha van Balen, huisarts achter Nationale Onderzoeksagenda

In deze rubriek portretteren we huisartsen die iets bijzonders doen. Jacintha van Balen is praktiserend huisarts en wetenschappelijk medewerker van het NHG. Zij coördineerde de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde, die dit jaar een subsidie van twee miljoen kreeg.

Jacintha van Balen is hidha in Nieuwegein in een praktijk met een gemêleerde populatie. Ze maakt als wetenschappelijk medewerker NHG-Standaarden en samenwerkingsrichtlijnen en is voortrekker van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde.

‘Kennislacunes kunnen eindelijk onderzocht worden’

Werk je nog steeds als huisarts?
Jacintha van Balen: ‘Hoe langer ik bij het NHG werk, hoe fijner ik het vind dat ik ook praktiserend huisarts ben. De praktijk kan ik goed gebruiken voor alles wat ik bij het NHG doe. Alle discussies bij het NHG herken ik in de praktijk, zoals toen we in 2009 de LTA Chronische nierschade hadden gemaakt. Ik zag in de praktijk de diagnostische knelpunten. Samen met de werkgroep hebben we toen een stroomdiagram gemaakt. Onze praktijkondersteuner was zo blij met dit schema. Dat geeft me veel voldoening.’

Waarom begon je met de onderzoeksagenda?
‘Toen ik werkte bij de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), nu de Gezondheidsraad, had ik gemerkt dat een onderzoeksagenda een enorme stimulans kon zijn voor onderzoek. In de tweede lijn heb je een hausse van dat soort agenda’s, maar de huisartsgeneeskunde had die nog niet. Als het NHG een standaard maakt, signaleren we het als we iets niet weten en er onvoldoende onderzoek is om een goede aanbeveling te doen over knelpunten in de praktijk. Zo’n vraag komt in de lacunebak. Een mooie kennislacune vind ik bijvoorbeeld: wat is de kosteneffectiviteit van een calprotectinebepaling bij volwassenen en kinderen met chronische buikpijn? In de tweede lijn past men die test veelvuldig toe; kan die in de eerste lijn verwijzingen verminderen of gerichter maken? We signaleren zo’n lacune zodat er meer onderzoek komt en we betere aanbevelingen kunnen doen. Ik heb me er daarom sterk voor gemaakt dat we de kennislacunes gingen gebruiken om een onderzoeksagenda te maken.
We wilden niet te hard gaan, eerst alle partijen mee krijgen. Daarmee hoopten we draagvlak te creëren zodat iemand ook echt onderzoek gaat doen naar die kennislacunes. Onderzoeksafdelingen en UMC’s en andere partijen zoals de Patiëntenfederatie en onderzoeksfondsen zijn allemaal gezamenlijk opgetrokken. Heel inspirerend was dat we samen met de adviesgroep met veel denk- en praatwerk een methodiek hebben uitgedacht waarmee we een evenwichtige, praktische onderzoeksagenda konden samenstellen. De onderzoekagenda ontwikkelen is wel heel veel werk geweest. We hadden al meer dan vierhonderd onderzoeksvragen uit de lacunebak van de standaarden. Door de inbreng van stakeholders en de methodiek werden dat er bijna achthonderd. Hoe die onderverdelen, prioriteiten stellen? Een enorme klus. NHG-collega’s Jolanda Wittenberg, Debby Keuken en Anita Wittebol hebben veel werk verzet. Doorslaggevend voor het proces waren ook voorzitter van de adviesgroep André Knottnerus, en Jako Burgers.

> ‘Gezamenlijk optrekken zorgde voor draagvlak’

Ben je tevreden met het resultaat?
Toen we begonnen met de onderzoeksagenda, was het niet duidelijk of er budget zou komen om het onderzoek werkelijk uit te voeren. Niet lang na het uitkomen van de onderzoeksagenda werd in het onderhandelingsakkoord huisartsenzorg 2019-2022 twee miljoen euro toegekend voor de uitvoer van onze onderzoeksvragen. Onze methodiek heeft ervoor gezorgd dat de onderzoeksagenda breder is dan onze standaarden: niet alleen medisch inhoudelijke onderwerpen zoals diabetes of hart- en vaatziekten, maar ook bredere thema’s zoals e-health en innovatie, geestelijke gezondheidszorg en gedeelde besluitvorming. Daar ben ik enorm blij mee. Ik wil dat ons werk in de praktijk beter wordt, beter onderbouwd op grond van onderzoek.’

Zie NHG.org/onderzoeksagenda.

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets (tekst) en Margot Scheerder (foto’s en beeldredactie).
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.**