

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>Voorwoord programmacommissie</b>	<b>2</b>
<b>Pogramma NHG Wetenschapsdag 14 juni 2013</b>	<b>3</b>
<b>Samenvattingen NHG-Wetenschapsdag 2013 op nummer</b>	<b>4</b>
<b>Alfabetische index samenvattingen</b>	<b>66</b>

## NHG-WETENSCHAPSDAG 2013

Voor u ligt het abstractenboek van de NHG Wetenschapsdag 2013. Dit jaar vindt de NHG-Wetenschapsdag plaats in het Leids Universitair Medisch Centrum, op steenworp afstand van station Leiden Centraal. U bent van harte uitgenodigd om aan dit jaarlijkse evenement deel te nemen. Na afloop bent u dan weer volledig op de hoogte van de grote diversiteit – en doorgaans hoge kwaliteit – van het Nederlands huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek.

Zoals bekend presteert Nederland internationaal gezien goed als het gaat om het uitvoeren en publiceren van huisartsgeneeskundig onderzoek. Maar wij zullen de komende jaren alle zeilen moeten bijzetten om deze internationale koploperspositie te behouden, want Nederland bevindt zich economisch gezien in zwaar weer. Dat betekent voor onderzoekers: minder beschikbare onderzoeksgelden en lagere kansen op honorering van ingediende onderzoeksvorstellen. En dat in de context van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waarin ambities geuit worden als: ‘De beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid voor de continuïteit en ontwikkeling van het vakgebied, doordat elke huisartsenpraktijk structureel meewerkt aan onderwijs, onderzoek of innovatie’, en: ‘De beroepsgroep zet in op het behoud van de internationale koplopersrol op het gebied van kwaliteit van zorg, zorgontwikkeling, onderzoek en onderwijs.’ Méér en (nog) beter onderzoek voor minder geld, dat is dus de immense uitdaging waar we voor staan als onderzoekers.

Het thema van deze Wetenschapsdag is in dit kader heel relevant: ‘Resultaten bekend, en dan...?’ We kunnen het ons immers de komende jaren niet langer permitteren dat huisartsgeneeskundige onderzoeksresultaten op de plank blijven liggen nadat zij in prachtige peer-reviewed internationale tijdschriften gepubliceerd zijn. ‘Implementatie’ is het sleutelwoord hier, en dat aspect van onderzoek doen staat op 14 juni in het LUMC centraal.

In de plenaire opening zal allereerst Rob Dijkstra, bestuursvoorzitter van het NHG, zijn visie geven op het dagthema, in het bijzonder op de wisselwerking tussen onderzoekers en het NHG. Daarna zal Sue Dopson, sociologe en hoogleraar aan de Universiteit van Oxford, ingaan op de transformatie van kennis naar de praktijk. Zij heeft uitgebreide ervaring binnen de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk op het terrein van implementatie van richtlijnen en de factoren die de kans op succes hiervan bevorderen en belemmeren.

Na deze lezingen kunt u uw keuzes maken uit een bont palet van voordrachten, een workshop en *one slide* posterpresentaties, waarbij u actief kunt deelnemen aan de discussies. Aan het eind van de dag zal, na het uitreiken van de Telesphorus- en Jan van Esprijs, een afsluitende borrel het weekend inluiden.

Graag tot vrijdag 14 juni in Leiden!

*De programmacommissie.*

**N.B. De abstracts zijn niet geredigeerd door het NHG**

## **PROGRAMMA NHG-Wetenschapsdag 14 juni 2013**

De NHG-Wetenschapsdag is bedoeld voor iedereen die is geïnteresseerd in de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde: huisartsen, artsen in opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde, specialisten ouderengeneeskunde, onderzoekers uit de publieke gezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde, richtlijnontwikkelaars, implementatiedeskundigen, beleidsmakers et cetera.

### **Programma:**

09.00 uur	Ontvangst, Foyer (gebouw 3)
09:30 - 09:50 uur	Welkomstwoord , Collegezaal 6 (gebouw 3)
09:50 - 10:10 uur	Het NHG en de huisartsgeneeskunde <i>Rob Dijkstra, huisarts, bestuursvoorzitter NHG</i>
10:10 - 10:40 uur	Getting knowledge into action <i>Sue Dopson, Professor of Organisational Behaviour (University of Oxford)</i>
10:40 - 11:10 uur	Koffiepauze, Foyer (gebouw 3)
11:10 - 12:30 uur	Parallelsessie 1
12.30 - 13:30 uur	Lunchpauze, Foyer (gebouw 3)
13.30 - 14.50 uur	Parallelsessie 2
14:50 - 15:10 uur	Theepauze, Foyer (gebouw 3) en bij Collegezalen 2, 4 en 5 (gebouw 1)
15:10 - 16:30 uur	Parallelsessie 3
16:30 - 16:40 uur	Looppauze
16:40 - 17:00 uur	Prijsuitreikingen en afsluiting, Collegezaal 6 (gebouw 3)
17:00 - 18.00 uur	Borrel, Foyer (gebouw 3)

## SAMENVATTINGEN

### 1 Poster

#### ***Kanker heb je niet alleen: Invloed van de diagnose op zorggebruik bij de partner***

M.J. Heins, F.G. Schellevis, P.M. Rijken, G.A. Donker, L. van der Hoek, J.C. Korevaar  
Nivel, UTRECHT

#### **Inleiding:**

Partners van kankerpatiënten ervaren vaak psychische stress en lichamelijke problemen. Dit heeft mogelijk ook invloed op het eerstelijns zorggebruik.

#### **Onderzoeksvraag:**

Is het eerstelijns zorggebruik bij partners van kankerpatiënten anders in de 2 jaar na de diagnose?

#### **Methoden:**

In deze studie zijn partners geïnccludeerd van 1,288 borstkanker-, 705 prostaatanker-, 649 colonkanker- en 429 longkankerpatiënten, gediagnosticeerd in 2001-2009. Via het landelijk informatie netwerk huisartsenzorg (LINH) zijn bij deze partners het aantal huisartscontacten en bijbehorende contactdiagnoses bepaald in de periode van 6 maanden voor tot 24 maanden na de diagnose en deze zijn vergeleken met baseline (18-6 maanden voor diagnose).

#### **Resultaat:**

Zes maanden voor en na de diagnose was het aantal huisartscontacten bij partners gelijk aan baseline. Zes tot 24 maanden na diagnose was het aantal contacten verhoogd bij partners van borstkanker-, prostaatanker- en colonkankerpatiënten.

In de volgende tabel worden de types gezondheidsproblemen weergegeven waarvoor partners significant meer huisartscontacten hadden, samen met de percentuele toename t.o.v. baseline:

#### **Beschouwing:**

Ook partners van kankerpatiënten hebben 6-24 maanden na de diagnose een verhoogde zorgvraag. Gezien het stijgend aantal kankerpatiënten moeten huisartsen zich voorbereiden op een toenemende zorgvraag, anders gaat dit mogelijk ten koste van zorg voor deze of andere patiënten.

#### ***Types gezondheidsproblemen***

Soort kanker	0-6 maanden na diagnose	6-24 maanden na diagnose
Borst	-	Psychosociaal: 103%, p=0.01 Acute symptomen: 30%, p=0.001 Chronische ziekten: 44%, p=0.008
Prostaat	Acute symptomen: 40%, p=0.001	Acute symptomen: 45%, p=0.001 Chronische ziekten: 45%, p=0.001 Infecties: 46%, p=0.01
Colorectaal	Psychosociaal: 83%, p=0.03	Acute symptomen: 26%, p=0.048
Long	Psychosociaal: 285%, p=0.001	Psychosociaal: 150%, p=0.03

### 2 Voordracht

#### ***Empathie in de communicatie tussen huisarts en patiënt.***

F.A.W.N. Derksen<sup>1</sup>, J.M. Bensing<sup>2</sup>, A.L.M. Lagro-Janssen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMCN Radboud, DOETINCHEM

<sup>2</sup>NIVEL, UTRECHT

#### **Inleiding:**

Huisartsen vinden empathie zeer belangrijk in hun werk met patiënten; ze waarderen het met een 8

gemiddeld. Opmerkelijk is dat ze empathie zien als een instrument om te bezuinigen. In de Nederlandse huisartspraktijk is weinig onderzoek naar empathie gedaan; het wordt gezien als niet 'evidence based'.

### **Onderzoeksvraag:**

We onderzoeken de meningen van de huisartsen over empathie, hoe ze het toepassen en beleven en welke voorwaarden en/of barrières belangrijk voor hen zijn bij de implementatie ervan.

### **Methode:**

Er zijn 31 Nederlandse huisartsen geïnterviewd. De selectie van de deelnemers werd gedaan door middel van een steekproef uit de NIVEL-huisartsen database. Hierbij is gezocht naar een zo groot mogelijke variatie in leeftijd, praktijksoort en locatie en naar een gelijke man/vrouw verhouding.

### **Resultaten:**

Eenzijds vinden huisartsen empathie de smeerolie en het fundament van elk patiënt-dokter contact, ze doen het door spontaan en zichzelf te zijn, goed te luisteren en te letten op 'cues' in het gesprek en d.m.v. fysiek contact. Anderzijds merken ze dat het energie kost, dat ze er fit voor moeten zijn en dat ze vooral beperkt worden door tijdsdruk. Ze omschrijven empathie als de bereidheid om zich in te leven, te verplaatsen, in wat iets voor mensen betekent en dit aan mensen te laten merken/voelen. Basis is voor hen de waardering van de ander als mens en de geïnteresseerdheid in die ander. Volgens hen is het effectief. De kwaliteit van de communicatie verbetert, daardoor is er meer 'adherence' (therapietrouw), betere informatie-vergaring, betere diagnostiek en meer betrokkenheid tussen patiënt en dokter. Belangrijke randvoorwaarden zijn: goede praktijkorganisatie en sfeer in de praktijk en een 'klik' hebben met de patiënt.

### **Beschouwing:**

Tijdens de interviews waren de huisartsen zeer open over hun mening, uitvoering en beleving t.a.v. empathie; ze omschreven hun empathisch handelen vaak procesmatig. Vrijwel alle geïnterviewde huisartsen ervoeren een gesprek over empathie als positief en elementair.

### **Implementatiestrategie:**

Dit essentiële kenmerk van het huisarts-patiënt contact dreigt door de huidige ontwikkelingen in de huisartspraktijk onvoldoende aandacht te krijgen. Het onderzoek is een inventarisatie in het 'veld' van de meningen en ervaringen over empathie. De resultaten zorgen voor aandacht voor onderzoek van empathie in de Nederlandse huisartspraktijk. Tevens kunnen ze een bijdrage leveren aan de bewustwording van het belang van empathie in de communicatie tussen huisarts en patiënt.

## **3 Voordracht**

### ***Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd?***

*J.C. van der Wouden<sup>1</sup>, M.F. Kortekaas<sup>2</sup>, D. Dreesens<sup>3</sup>, D.G. Keuken<sup>4</sup>, J.H. Dekker<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>*VUmc, AMSTERDAM*

<sup>2</sup>*Julius Centrum, UMCU, UTRECHT*

<sup>3</sup>*ZonMw, DEN HAAG*

<sup>4</sup>*NHG, UTRECHT*

<sup>5</sup>*UMCG afd. Huisartsgeneeskunde, GRONINGEN*

### **Achtergrond:**

Het ZonMw-programma Alledaagse Ziekten bood Nederlandse onderzoekers een unieke subsidiemogelijkheid voor onderzoek naar veel voorkomende klachten en ziekten in de huisartsenpraktijk. We gingen na wat de opbrengst was van de zes subsidierondes (2002-2009, budget 3,4 miljoen euro), in termen van artikelen, proefschriften, bijdragen aan richtlijnen, en nascholing.

**Methode:**

We bestudeerden van alle toegekende projecten de dossiers van ZonMw. Daarnaast hebben we naar aanvullende informatie gezocht in PubMed, relevante richtlijnen van NHG en CBO, Huisarts en Wetenschap en *online repositories*. De projectleiders werd gevraagd om de geïnventariseerde gegevens te controleren en waar nodig aan te vullen.

**Resultaten:**

Voor de zes onderzoeksrondes werden 146 vooraanmeldingen ingediend. Hiervan werden 34 projecten gehonoreerd. Acht projecten zijn nog niet afgerond. Eén project werd gestaakt. Het aantal internationale publicaties bedroeg op het moment van inventarisatie 89 artikelen, gemiddeld 3,6 per voltooid project. Het aantal Nederlandstalige publicaties bedroeg 29. De projecten resulteerden in 12 voltooide proefschriften, 7 van de gepromoveerde onderzoekers zijn huisarts. Aan 11 andere proefschriften wordt nog gewerkt. Van 9 projecten zijn al resultaten opgenomen in NHG-Standaarden of multidisciplinaire richtlijnen en 13 projecten leidden tot nascholingsprogramma's.

**Conclusie:**

Het programma Alledaagse Ziekten heeft ondanks een betrekkelijk gering budget een belangrijke bijdrage geleverd aan onderzoek naar veelvoorkomende aandoeningen. Het aantal publicaties in toonaangevende internationale tijdschriften en de snelle opname van onderzoeksresultaten in richtlijnen weerspiegelen zowel het wetenschappelijk belang als de praktische relevantie. Gezien het feit dat alledaagse ziekten veel voorkomen, ze door hun volume veel kosten genereren en er bovendien nog veel lacunes in onze kennis bestaan is blijvende aandacht voor alledaagse ziekten noodzakelijk.

**4 Poster*****Wat verwachten migrainepatiënten van aanvalsmedicatie? - Resultaten van een Delphi studie***

*A.F.H. Smelt<sup>1</sup>, M.A. Louter<sup>1</sup>, D.A. Kies<sup>1</sup>, J.W. Blom<sup>1</sup>, G.M.G. Van der Heijden<sup>2</sup>, V.M.J. De Gucht<sup>3</sup>, G.M. Terwindt<sup>1</sup>, M.D. Ferrari<sup>1</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>UMCU, UTRECHT

<sup>3</sup>Universiteit Leiden, LEIDEN

<sup>4</sup>UMC St Radboud, NIJMEGEN

**Achtergrond:**

Er zijn geen patiëntgeoriënteerde uitkomstmaten voor de evaluatie van aanvalsmedicatie voor migraine. Het is onduidelijk of de huidige uitkomstmaten die worden gebruikt in het migraineonderzoek wel meten wat patiënten belangrijk vinden.

**Methoden:**

Het doel van het onderzoek is te komen tot een lijst van uitkomstmaten die door migrainepatiënten het belangrijkste gevonden worden. We voerden een online Delphi-procedure uit in drie rondes. Hiervoor selecteerden we random 150 mannen en 150 vrouwen uit een grote database met volwassen migrainepatiënten uit zowel de eerste- als de tweedelij. We vroegen de deelnemers eerst naar hun huidige hoofdpijnstatus. Daarnaast stelden we twee open vragen:

Wat vindt u het vervelendst aan het hebben van een migraineaanval? Als er nieuwe medicijnen ontwikkeld zouden worden om tijdens een migraineaanval in te nemen, wat zou u willen dat dan het resultaat van deze medicijnen is? In de tweede en derde ronde werden de resultaten van de voorgaande ronde aan de deelnemers voorgelegd en werd verder doorgevraagd.

**Resultaten:**

De respons in de eerste ronde was 56% (N=169) en in de tweede ronde 90% (N=152). Het verdwijnen van de hoofdpijn werd het belangrijkste gevonden. Andere zaken die werden genoemd, waren het niet

terugkomen van de hoofdpijn na een aantal uren en het functioneren. Mannen en vrouwen beoordeelden het belang van de verschillende aspecten anders.

**Conclusie:**

Dit is het eerste onderzoek waarin aan migrainepatiënten is gevraagd wat zij belangrijk vinden in de evaluatie van aanvalsbehandeling. We zullen een shortlist van items maken die in toekomstig onderzoek moeten worden meegenomen.

**5 Voordracht**

***Artrose is geen risicofactor voor hart-en vaatziekten.***

*T.A. Hoeven, M.J.G. Leening, P.J. Bindels, M. Castano-Betancourt, J.B. Van Meurs, O.H. Franco, A. Hofman, M. Kavousi, M.A. Ikram, J.C.M. Witteman, S.M.A. Bierma-Zeinstra  
ErasmusMC, ROTTERDAM*

**Inleiding:**

Verschillende cross-sectionele en mortaliteitsstudies vonden een relatie tussen artrose en hart-en vaatziekten (HVZ), maar het ontbreekt aan robuuste prospectieve populatie studies. Omdat artrose en invaliditeit sterk verbonden zijn, is het tevens onduidelijk wat de rol van invaliditeit is in de relatie tussen artrose en HVZ.

**Onderzoeksvraag:**

Is artrose een additionele risicofactor voor het krijgen van HVZ?

**Methode:**

4648 deelnemers ( $\geq 55$ jaar) van The Rotterdam Study (een prospectieve cohort studie in een ongeselecteerde populatie) zonder pre-existente HVZ werden op baseline geselecteerd. Zij werden geclassificeerd op basis van röntgenfoto's en symptomen in personen zonder en met klinische of radiologische artrose. We berekenden hazard ratio's gecorrigeerd voor traditionele cardiovasculaire risicofactoren voor het krijgen van HVZ (een combinatie van coronaire hartziekten en cerebrovasculaire accidenten).

**Resultaten:**

Gedurende een mediane follow-up duur van 14,4 jaar vonden er 1230 cardiovasculaire events plaats, waarvan 101 in de klinische artrose groep. De aanwezigheid van radiologische artrose was niet gerelateerd met toekomstige HVZ (HR 0.99, 95%CI 0.86 to 1.15), de aanwezigheid van klinische artrose ook niet (HR 1.09, 95%CI 0.88 to 1.34). Echter, invalide personen hadden een hoger risico op het krijgen van een cardiovasculair event vergeleken met niet-invaliden (HR 1.26, 95%CI 1.12 to 1.42); onafhankelijk van de aanwezigheid van artrose.

**Beschouwing:**

In deze populatie-studie was de aanwezigheid van artrose niet gerelateerd met een verhoogd risico op HVZ. Invaliditeit was daarentegen wel een risicofactor voor het krijgen van HVZ. De sterke relatie tussen artrose en invaliditeit zou eerdere bevindingen van een relatie tussen artrose en HVZ kunnen verklaren.

**7 Voordracht**

***Ervaringen van zorgverleners uit de Lokale Werkgroepen bij de implementatie van een regionaal zorgmodel in verzorgingshuizen; het MOVIT project.***

*L.M. Van der Sande, A.J. Poot, C.S. de Waard, A.W. Wind, J. Gussekloo, M.A.A. Caljouw  
LUMC, DEN HAAG*

**Inleiding:**

De organisatie van medische zorg is onvoldoende toegerust om de toenemende complexiteit van de medische zorg voor ouderen in verzorgingshuizen op te kunnen vangen. MOVIT wil de kwaliteit van deze medische zorg verbeteren door de implementatie van een regionaal zorgmodel, waarbij een Lokale Werkgroep (LWG) per verzorgingshuis wordt gevormd. De LWG heeft als taak verbeterpunten te inventariseren, verbeterplannen te maken en uit te voeren. De LWG bestaat uit huisartsen, teamleider/verzorgende van verzorgingshuis, specialist ouderengeneeskunde en apotheker.

**Onderzoeksvraag:**

Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren LWG-leden bij het uitvoeren van hun taken?

**Methode:**

De bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van een LWG zijn in kaart gebracht door semigestructureerde telefonische interviews met de LWG-leden. De thema's die uit de open vragen naar voren kwamen, worden gerelateerd aan de fase van implementatie: Fase I (start), fase II (planvorming,) en fase III (plan in uitvoer).

**Resultaat:**

We interviewden 96 deelnemers (72%) in 20 LWG-en (fase I: n=3; fase II: n=7; fase III: n=10). 75% van de LWG-leden is tevreden over de LWG en heeft de intentie door te gaan. 85% van de deelnemers vindt de ontstane samenwerking binnen de LWG goed. In fase I en II ligt de nadruk op verbeteringen van samenwerking en communicatie (68%), in fase III op het uitvoeren van verbeterplannen. Belangrijkste knelpunten voor de implementatie blijken financiën (18%) en tijdgebrek (27%).

**Beschouwing:**

De uitrol van het nieuwe zorgmodel ter verbetering van medische zorg in verzorgingshuizen is volgens deelnemers aan LWG-en succesvol. De belangrijkste knelpunten omvatten financiën en tijdgebrek.

**8 Poster*****Relatie tussen de mate van tevredenheid van ouderen over de huisartsenpraktijk en de aanwezigheid van complexe problematiek. De ISCOPE studie.***

*A.J. Poot, W.P.J. den Elzen, Y.M. Drewes, J.W. Blom, J. Gussekloo  
LUMC, LEIDEN*

**Inleiding:**

Patiënttevredenheid wordt gebruikt om medische zorg te evalueren. Uit eerder onderzoek blijkt dat de relatie tussen de mate van tevredenheid, morbiditeit en leeftijd niet eenduidig is; de tevredenheid neemt toe met leeftijd, maar lijkt af te nemen bij toename van morbiditeit en complexe problematiek.

**Onderzoeksvraag:**

Hoe is de relatie tussen tevredenheid over de huisartsenpraktijk en complexe problematiek bij ouderen?

**Methode:**

Binnen de ISCOPE studie (Integrated Systematic Care for older persons) ontvingen 11479 personen van 75 jaar en ouder uit 59 huisartspraktijken per post een screeningslijst over aanwezigheid van gezondheidsproblemen binnen 4 domeinen (somatisch, functioneel, psychisch en sociaal). De mate van complexiteit is gedefinieerd als het aantal domeinen waarin de deelnemer gezondheidsproblemen ervaart (0-4 probleem domeinen). Een selectie van de respondenten (n=2664) werd gevraagd naar tevredenheid met zorgverleners, waaronder de huisartsenpraktijk (5punt Likert schaal), en uitgebreide demografische en klinische karakteristieken werden verzameld.

**Resultaten:**

De respondenten hadden een mediane leeftijd van 82 jaar (IQR79-87jaar), 68% vrouw. 37% was zeer



tevreden, 0.7% zeer ontevreden. Het percentage zeer ontevreden deelnemers varieerde van 0.4% bij deelnemers met 0 probleem domeinen tot 8% bij deelnemers met 4 probleem domeinen ( $p < 0.001$ ). Per probleem domein nam de kans op ontevredenheid toe (OR 1.7 (95% BI 1.4-2.1)). Dit was onafhankelijk van leeftijd, geslacht, woonsituatie en aantal ziekten.

### **Beschouwing:**

Onder ouderen is de mate van tevredenheid over huisartsenzorg negatief geassocieerd met de mate van complexe problematiek. Deze relatie is onafhankelijk van leeftijd. Dit is belangrijke kennis bij het gebruik van tevredenheidsmetingen, bijvoorbeeld om de huisartsenzorg voor ouderen te evalueren en te verbeteren.

## **10 Voordracht**

### ***Persisterende klachten na een enkeldistorsie: afwijkingen op röntgenfoto en MRI***

*J.M. van Ochten, M. van Middelkoop, S. Bierma-Zeinstra*

*Erasmus Universiteit, ROTTERDAM*

### **Inleiding:**

Enkeldistorsies zijn de meest voorkomende traumata van het bewegingsapparaat met jaarlijks ongeveer 600.000 nieuwe gevallen in Nederland. Uit de literatuur blijkt dat 20-40% met een lateraal inversie trauma 3 maanden na het letsel nog klachten heeft. Het is dusver echter nog onbekend met welke structurele kenmerken deze restklachten samenhangen.

Doelstelling: de mogelijke associatie tussen structurele afwijkingen op röntgenfoto en MRI en persisterende klachten na een enkeldistorsie vaststellen.

### **Methode:**

*Studie-design:* case-control studie

*Deelnemers:* Patiënten die 6 tot 12 maanden geleden de huisarts bezochten met een enkeldistorsie werden uitgenodigd voor deelname aan de studie. Patiënten werden met behulp van een 7-punts Likert schaal voor herstel ingedeeld in patiënten met en zonder restklachten.

*Metingen:* Bij alle patiënten werd een vragenlijst afgenomen, een lichamelijk onderzoek uitgevoerd en een röntgenfoto (anterior-posterior en lateraal) en MRI (1.5 Tesla) van de enkel gemaakt. Alle röntgenfoto's en MRIs werden door een ervaren radioloog beoordeeld met behulp van een gestandaardiseerde checklist.

*Analyse:* Patiëntkarakteristieken en verschillen in structurele afwijkingen tussen patiënten met restklachten en patiënten zonder restklachten werden geanalyseerd met behulp van een Chi-square en t-test.

### **Resultaten:**

In totaal werden er 206 patiënten geïncludeerd: 98 patiënten met restklachten en 108 patiënten zonder restklachten. De gemiddelde leeftijd was 37 jaar en 42 was man. Patiënten met restklachten hadden een significant hogere BMI, langere duur van klachten, een hogere pijn score in rust en tijdens activiteit en de enkel functie score (AFS) was significant lager.

In de totale studie populatie werden hoge prevalenties gevonden van osteofyten (42%), bot oedeem (33%), sclerose (35%) en een beginnende artrose (Kellgren-Lawrence score  $\geq 43\%$ ). Er werden echter geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen op de röntgenfoto scores. Er werden slechts twee significante verschillen gevonden tussen beide studie groepen op de MRI scores: sclerose in het subtalare gewricht ( $p=0.02$ ) en een Kellgren-Lawrence score van 1 of meer ( $p=0.33$ ) was vaker aanwezig bij patiënten zonder restklachten.

### **Conclusies, discussie en aanbevelingen:**

De prevalentie van structurele afwijkingen, gezien op röntgenfoto en MRI, is hoog bij patiënten die 6-12 maanden geleden de huisarts bezochten met een enkeldistorsie. Patiënten met restklachten ervaren echter

meer pijn en een verminderde functie.

Dit resulteert echter niet in meer structurele afwijkingen, gezien op röntgenfoto en MRI.

## 11 Voordracht

### ***Training in de implementatie van stoppen-met-rokenadvisering in de huisartspraktijk: Een cluster gerandomiseerde gecontroleerde trial***

*M.E.A. Verbiest<sup>1</sup>, M.R. Crone<sup>1</sup>, M. Scharloo<sup>1</sup>, N.H. Chavannes<sup>1</sup>, V. van der Meer<sup>1</sup>, A.A. Kaptein<sup>1</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>Radboud UMC, NIJMEGEN

#### **Inleiding:**

Stoppen-met-rokenadvisering en -begeleiding in de huisartspraktijk is een effectieve methode om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Een structurele implementatie gaat echter vaak gepaard met persoonlijke en organisatorische barrières.

#### **Onderzoeksvraag:**

Wat is het effect van een praktijkgerichte training voor huisartsen in stoppen-met-rokenadvisering op het aantal rokers dat door de huisarts wordt geïdentificeerd en geadviseerd?

#### **Methode:**

Tussen januari en augustus 2012 werden 49 huisartsen en 3401 patiënten verdeeld over twee condities in een clustergerandomiseerde trial. Huisartsen en patiënten vulden vragenlijsten in over de stoppen-met-rokenadvisering tijdens het huisartsconsult. Rokers vulden na 9 maanden een vragenlijst in over het rookgedrag.

#### **Resultaten:**

Patiënten van getrainde huisartsen gaven vaker aan gevraagd te zijn naar de rookstatus dan patiënten van ongetrainde huisartsen (OR=1.94, 95% CI=1.45-2.60) en getrainde huisartsen gaven gemiddeld meer stopadviezen (B=0.56, 95% CI= 0.13-0.98,  $p=0.01$ ). Zij hadden tevens meer zelfvertrouwen in de eigen vaardigheden op dit gebied en een sterkere intentie om dit structureel te implementeren. We vonden geen effect van de training op de implementatie van intensievere vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding en het rookgedrag van patiënten.

#### **Beschouwing:**

Een praktijkgerichte implementatietraining voor huisartsen leidt tot het vaker identificeren en adviseren van rokers. De implementatie van intensievere vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding gaat gepaard met meer stoppers en hoort steeds meer bij het takenpakket van de praktijkondersteuner van de huisarts. Daarom moet deze professional meer betrokken worden bij toekomstige trainingsprogramma's om zodoende beter aan te sluiten bij de praktijksituatie aangaande stoppen-met-rokenbegeleiding in de huisartspraktijk.

## 12 Voordracht

### ***Verhoogt apathie het risico op hartvaatziekten? Nieuwe resultaten uit de preDIVA studie.***

*E.P. Moll van Charante, L.S.M. Eurelings, S.A. Ligthart, J. Van Dalen, W.A. Van Gool, E. Richard AMC, AMSTERDAM*

#### **Achtergrond en vraagstelling:**

Cardiovasculaire ziekte en risicofactoren zijn geassocieerd met apathie en mogelijk ook met depressie. Echter, zijn symptomen van apathie of depressie omgekeerd ook geassocieerd met een verhoogd risico op het optreden van hartvaatziekten?

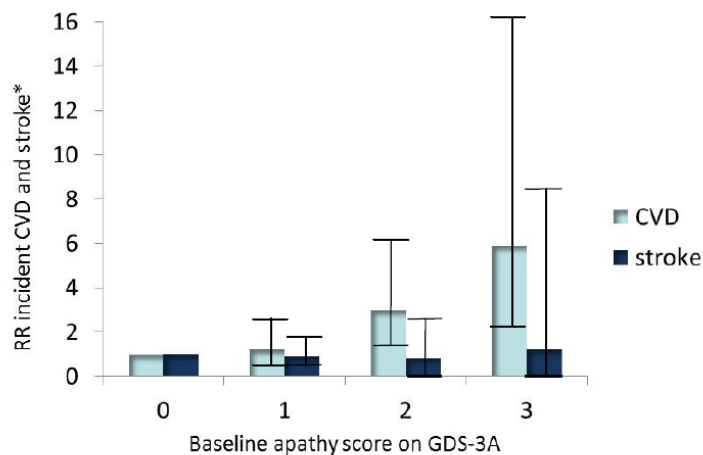
### Methoden:

De 'Prevention of Dementia by Intensive Vascular Care (preDIVA)' studie; deelnemers (70-78 jaar) zonder een voorgeschiedenis van hartvaatziekte (HVZ) of beroerte op baseline. Incidente, fatale en niet-fatale hartvaatziekten en beroerte na twee jaar follow-up. Symptomen van apathie werden gemeten met drie items van de (15-item) Geriatric Depression Scale (GDS-3A) en symptomen van depressie met de resterende 12 items (GDS-12D). De associatie werd onderzocht door middel van logistische regressie. Resultaten. Van de 3533 deelnemers aan de preDIVA studie hadden er 1810 geen cardiovasculaire voorgeschiedenis. Symptomen van apathie en depressie waren aanwezig onder respectievelijk 281 (15.5%) en 266 (14.7%) deelnemers. Nieuwe HVZ traden op bij 62 (3.5%) en beroerte bij 55 (3.1%) ouderen. Na correctie voor demografische variabelen en cardiovasculaire risicofactoren was sprake van een significante associatie tussen symptomen van apathie en HVZ (odds ratio 2.60, 95% betrouwbaarheidsinterval 1.46- 4.65). Tussen depressieve symptomen en nieuwe HVZ werd geen significante associatie gevonden. Het optreden van beroerte was niet geassocieerd met symptomen van apathie of depressie.

### Conclusie:

Symptomen van apathie, maar niet van depressie, zijn onafhankelijk geassocieerd met nieuwe HVZ in thuiswonende ouderen. Dit pleit mogelijk voor een beter onderscheid tussen apathie en depressie en werpt een nieuw licht op de discussie over depressie en vasculaire ziekte.

*Fig 1. Relative risk of incident cardiovascular disease and stroke by apathy score in participants without a history of cardiovascular disease/stroke*



### 13 Poster

#### **Langdurig gebruik van antidepressiva in de Nederlandse huisartsenpraktijk: Kenmerken en consequenties**

E. Brand-Piek<sup>1</sup>, B.J. Kollen<sup>1</sup>, K. Van der Meer<sup>1</sup>, W.M. Eefting-Mensink<sup>1</sup>, B.W.J.H. Penninx<sup>2</sup>, W.A. Nolen<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UMCG, ZWOLLE

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, EMGO Institute for Health and Care Research, VU Univer, AMSTERDAM

### Inleiding:

Er is vrijwel geen bewijs voor onderhoudsbehandeling met antidepressiva bij depressie in de eerste lijn. Desondanks bevelen richtlijnen onderhoudsbehandeling, dat wil zeggen behandeling om recidieven te voorkomen, aan voor patiënten met een hoog risico op recidief en gebruiken veel patiënten een onderhoudsbehandeling met antidepressiva. Deze studie onderzoekt de kenmerken van patiënten die een onderhoudsbehandeling met antidepressiva krijgen in de huisartsenpraktijk, en vergelijkt deze

kenmerken met de aanbevelingen voor onderhoudsbehandeling uit de NHG-standaard.

**Methoden:**

Wij gebruikten data (baseline, 2- en 4-jaar follow-up) van eerstelijns respondenten met een depressie in remissie ( $\geq 6$  maanden) uit de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (n=776). Onderhoudsbehandeling werd gedefinieerd als het gebruik van een antidepressivum  $\geq 12$  maanden. Multilevel logistische regressie werd gebruikt om de samenhang tussen sociodemografische, klinische en zorgkenmerken en onderhoudsbehandeling met antidepressiva te beschrijven.

**Resultaten:**

Oudere patiënten, patiënten met een lagere opleiding, diegenen die tevens benzodiazepinen gebruikten of psychologische/psychiatrische zorg kregen en patiënten met een comorbide dysthyme stoornis of angststoornis, kregen vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva.

**Conclusie:**

Kenmerken van patiënten die een onderhoudsbehandeling met antidepressiva krijgen, komen niet geheel overeen met de aanbevelingen in de NHG-standaard, daar patiënten met een chronische of recidiverende depressie niet vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva krijgen. Patiënten met een onderhoudsbehandeling lijken echter wel diegenen te zijn met een meer ernstige stoornis en/of meer comorbiditeit.

**14** Voordracht

***NT-proBNP beste voorspeller voor recidief cardiovasculaire morbiditeit bij oudste ouderen: de Leiden 85-plus Studie***

*P.G. van Peet*

*LUMC, LEIDEN*

**Inleiding:**

Identificatie van mensen met verhoogd risico op recidief cardiovasculaire morbiditeit is op hoge leeftijd moeilijk, omdat de traditionele risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, diabetes mellitus en roken) hun predictieve waarde verliezen.

**Onderzoeksvraag:**

Wat is de waarde van nieuwe risicomarkers, zoals de ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis, de nierfunctie (MDRD), C-reactief proteïne (CRP), homocysteïne en NT-proBNP, bij het voorspellen van hernieuwde cardiovasculaire morbiditeit en sterfte?

**Methoden:**

Een prospectief-observationele cohortstudie bij 282 85-jarigen met een cardiovasculaire voorgeschiedenis uit de algemene bevolking, met 5 jaar follow-up voor cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit (myocardinfarct (MI) en CVA) (gecombineerd eindpunt).

**Resultaten:**

Tijdens follow-up overleden 157 (56%) deelnemers, waarvan 109 (39%) aan een cardiovasculaire oorzaak. Een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis (MI, CVA of arteriële vaatoperatie), alsmede verhoogde CRP-, homocysteïne- en NT-proBNP-waarden waren geassocieerd met een verhoogd risico op het gecombineerde eindpunt (HR respectievelijk 1.5 (95% CI 1.03-2.3), 1.3 (1.03-1.5), 1.4 (1.2-2.6) en 1.7 (1.4-2.1)). Een model met alle traditionele risicofactoren had een C-statistic van 0.59 (95% CI 0.52-0.66). Alleen toevoeging van NT-proBNP verhoogde deze C-statistic (0.67 (0.61-0.74),  $p=0.023$ ). Bij toevoeging van NT-proBNP aan het model met de traditionele risicofactoren werd 39% van de deelnemers ( $p=0.001$ ) correct gereclassificeerd; bij toevoegen van de ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis en homocysteïne was dit respectievelijk 27.2% ( $p=0.03$ ) en 24.7% ( $p=0.04$ ).

**Beschouwing:**

NT-proBNP is bij zeer oude mensen met een cardiovasculaire voorgeschiedenis de sterkste nieuwe risicomarker voor recidief cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit en daarom geschikt om patiënten te identificeren die in aanmerking komen voor optimalisering van preventieve behandeling en follow-up.

**15 Voordracht*****Ouders van een kind met koorts verwachten geen recept***

*E.G.P.M. De Bont<sup>1</sup>, N.A. Francis<sup>2</sup>, J.W.L. Cals<sup>3</sup>, G.J. Dinant<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Maastricht University, STEIN*

<sup>2</sup>*Cardiff University, Department of Primary Care and Public Health, CARDIFF, United Kingdom*

<sup>3</sup>*Maastricht University, CAPHRI, Department of General Practice, MAASTRICHT*

**Inleiding:**

Koorts bij kinderen is veelvoorkomend en meestal veroorzaakt door onschuldige, zelflimiterende infecties. Het aantal (re-)consultaties in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost hiervoor is echter hoog. Factoren die daaraan bijdragen zijn gebrekkige kennis en angst van ouders. Deze factoren zijn echter alleen onderzocht bij ouders op het moment dat zij consulteerden met een ziek kind.

**Onderzoeksvraag:**

Welke kennis en opvattingen hebben ouders in de algemene bevolking, en hoe handelen ze bij kinderen met koorts?

**Methode:**

Een 20-items tellend cross-sectioneel vragenlijst onderzoek onder een willekeurige steekproef van een landelijk internet panel van 16.000 individuen (Flycatcher BV). Uitgegaan van een response percentage van 60%, zijn 1000 ouders (> 16 jaar) van één of meerdere jonge kinderen aangeschreven.

**Resultaat:**

Van 625 respondenten (respons 63%, gemiddeld 34.9 jaar) bezocht 63,4% en 43,7% eerder de huisarts of huisartsenpost met een kind vanwege koorts; wist 88,3% de definitie van koorts (> 38°C); 55,2% dat antibiotica tegen bacteriën en niet virussen werkzaam zijn en 72,0% dat niet ieder kind met koorts met antibiotica of paracetamol behandeld hoeft te worden. Van de ouders gaf 53.6% aan dat lichamelijk onderzoek de belangrijkste verwachting van een consult is. Een recept voor antibiotica of antipyretica werd als minst belangrijk beschouwd.

**Beschouwing:**

Kennis, opvattingen en handelingen over koorts bij kinderen onder ouders variëren sterk. Wanneer ouders consulteren met een kind met koorts verwachten ze vooral een degelijk lichamelijk onderzoek en informatie, maar juist geen recept voor medicatie (antipyretica of antibiotica).

**16 Poster*****Design MIRA-onderzoek: MIRena-spiraal versus endometrium Ablatie in de behandeling van menorrhagie***

*M.J. van den Brink<sup>1</sup>, Y. Lisman-van Leeuwen<sup>1</sup>, M.C. Herman<sup>2</sup>, M.Y. Bongers<sup>2</sup>, B.W. Mol<sup>3</sup>, J.H. Dekker<sup>1</sup>, M.Y. Berger<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*UMCG, GRONINGEN*

<sup>2</sup>*MMC, VELDHOVEN*

<sup>3</sup>*AMC, AMSTERDAM*

**Inleiding:**

Menorrhagie vormt voor veel vrouwen een maandelijks belasting met duidelijke invloed op hun kwaliteit van leven. Zowel het levonorgestrel houdend intra uteriene device (LNG-IUD, Mirena®-spiraal) als endometriumablatie zijn twee effectieve methoden voor de behandeling van menorrhagie. Het is onduidelijk welke behandelstrategie de beste keuze is indien orale medicamenteuze therapie faalt of gecontra-indiceerd is.

**Onderzoeksvraag:**

Wat is de (kosten)effectiviteit van een strategie startend met het LNG-IUD vergeleken met een strategie startend met endometriumablatie in de behandeling van menorrhagie?

**Methode:**

Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met een non-inferiority design, parallel hieraan een kosteneffectiviteitsanalyse. Inclusie verloopt via eerste en tweede lijn en betreft patiënten met menorrhagie,  $\geq 34$  jaar zonder kinderwens en zonder grote uterusafwijkingen. Patiënten die niet gerandomiseerd willen worden, worden tevens vervolgd middels vragenlijsten. De follow-up duur is 24 maanden.

**Resultaat:**

Primaire uitkomstmaat is de hoeveelheid bloedverlies na 24 maanden, gemeten met de Pictorial Blood Assessment Chart (PBAC)-score. Secundaire uitkomstmaten zijn patiënttevredenheid, re-interventies, kwaliteit van leven, seksueel functioneren en kosten.

**Beschouwing:**

Als uit ons onderzoek duidelijk wordt welke strategie de voorkeur heeft in de behandeling van vrouwen met menorrhagie, zal dit als behandeladvies verwerkt kunnen worden in de NHG-standaard 'Vaginaal bloedverlies'. Indien LNG-IUD plaatsing in de eerste lijn kosten-effectiever blijkt dan verwijzing voor endometriumablatie, kan dit een kostenbesparing opleveren in de gezondheidszorg. Voor een goede implementatie van deze behandelstrategie, zou ons voorstel zijn om hier transmurale afspraken over te maken.

**17 Poster*****Sneltesten: nu en in de toekomst. Wat willen huisartsen?***

*J.W.L. Cals<sup>1</sup>, H.C.P.M. Van Weert<sup>2</sup>, M.Y. Berger<sup>3</sup>, Point Of Care Working Group<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>MAASTRICHT

<sup>2</sup>Universiteit van Amsterdam, AMSTERDAM

<sup>3</sup>Universiteit Groningen, GRONINGEN

<sup>4</sup>Universiteit Maastricht, MAASTRICHT

**Inleiding:**

Sneltesten zijn biomedische testen die door de huisarts in de huisartspraktijk worden verricht op patiëntenmateriaal zoals bloed, urine en faeces. Het gebruik van deze veelal nieuwe testen in de huisartspraktijk neemt toe. Sneltesten vergroten het diagnostisch arsenaal van de huisarts. Maar waar heeft het veld behoefte aan, zowel wat betreft specifieke testen als hun eigenschappen? Kortom: willen huisartsen sneltesten, welke en waarom?

**Onderzoeksvraag:**

Welke sneltesten gebruiken Nederlandse huisartsen momenteel (en hoe frequent) en welke sneltesten willen zij in de toekomst gebruiken in de eigen praktijk en op de huisartspost?

**Methode:**

Een cross-sectioneel onderzoek onder > 1000 huisartsen uit de adherentiegebieden van de Universiteiten

van Maastricht, Groningen en Amsterdam (UvA), via een internet-gebaseerde vragenlijst (Flycatcher Academic Support). We gebruikten vragen met dichotome (ja/nee) en likert-scale antwoordcategorieën. De vragen over huidig en toekomstig gebruik van sneltesten worden door internationale partners van de IPOCTWG ook gesteld aan huisartsen in Engeland, België, Zweden, Australië en de Verenigde Staten

### **Resultaten:**

De survey vindt plaats in februari 2013. Tijdens de NHG Wetenschapsdag kunnen de resultaten worden getoond.

### **Beschouwing:**

De bevindingen uit dit onderzoek zullen inzicht geven in het huidig gebruik van sneltesten door huisartsen, en welke sneltesten zij graag zouden willen gebruiken in de toekomst, zowel in de eigen praktijk als op de huisartspost. Tevens proberen we inzicht te krijgen welke karakteristieken van sneltesten huisartsen belangrijk vinden. Daarmee hopen we bij te dragen aan de ontwikkeling van (de wetenschappelijke evaluatie en eventuele implementatie van) nieuwe sneltesten in de eerstelijns.

### **19 Poster**

#### ***Regionale transmurale afspraken: ontwikkelen van een uniforme werkwijze.***

*L.J. Meijer, F.G. Prof. Schellevis*

*Nivel, UTRECHT*

### **Inleiding:**

In verschillende regio's in Nederland ontwikkelen Medisch Coördinerende Centra (MCC's) regionale transmurale afspraken (RTA's): afspraken van huisartsen en specialisten over hun samenwerking. MCC's hanteren diverse werkwijzen om een RTA te ontwikkelen.

### **Onderzoeksvragen:**

Kan er een landelijke werkwijze afgesproken worden om een RTA te ontwikkelen? Waar zijn mogelijkheden tot regionale variatie en waar is uniformiteit noodzakelijk?

### **Methoden:**

Alle 22 MCC's ontvingen een enquête en een verzoek hun RTA procedureomschrijving ter beschikking te stellen. Met deze informatie werd een concept-stappenplan ontwikkeld. Via een Delphi procedure werd het concept-stappenplan verder ontwikkeld en besproken tijdens de algemene ledenvergadering van de Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC) december 2011 en maart 2012. De definitieve versie werd aan de leden voor commentaar voorgelegd.

### **Resultaat:**

De enquête is door negen MCC's ingevuld. Er werden vijf verschillende procedureomschrijvingen van acht MCC's ontvangen. Het stappenplan beschrijft de ontwikkeling van een RTA: aanleiding van de RTA, voortraject, beslissing tot ontwikkeling, werkgroepvergadering, concepten, definitieve afspraak, implementatie, evaluatie, samenwerking tussen MCC's, samenwerking met landelijke richtlijnontwikkelaars. Landelijke uniformiteit blijkt mogelijk. Regionale variatie is aanwezig bij het besluit tot ontwikkeling, autorisatie en de implementatie van de RTA. Deze variatie hangt samen met verschillen in regionale organisatie van vertegenwoordiging van huisartsen en specialisten en de in de loop der jaren ontwikkelde scholingsgewoonten in een regio.

### **Beschouwing:**

De MCC's hebben een uniforme procedure voor het ontwikkelen van een RTA vastgelegd. Landelijke richtlijnontwikkelaars en MCC's moeten zorg dragen om de RTA's en landelijke richtlijnen op elkaar aan te laten sluiten.

*Dit onderzoek is gefinancierd door de Regieraad Kwaliteit van Zorg*

## 20 Poster

### ***Hoe komen regionale transmurale afspraken tussen huisartsen en specialisten tot stand?***

*L.J. Meijer, F.G. Prof. Schellevis*

*Nivel, UTRECHT*

#### **Inleiding:**

In verschillende regio's in Nederland worden regionale transmurale afspraken (RTA's) tussen huisartsen en specialisten ontwikkeld over hun wijze van samenwerken. Medisch Coördinerende Centra (MCC's) spelen een belangrijke rol in de RTA ontwikkeling.

#### **Onderzoeksvragen:**

Hoe komen regionale transmurale afspraken tot stand?

#### **Methoden:**

Kwalitatieve semi-gestructureerde interviews (39) werden gehouden met medisch coördinatoren (9), huisartsen (16) en medisch specialisten (14) in 2009. Allen namen deel aan een regionale werkgroep ter ontwikkeling van een RTA over: fietsergometrie, CVA, maagonderzoek, hematurie, postmenopausaal bloedverlies. De opgenomen interviews werden uitgeschreven, gecodeerd in MAXQDA en kwalitatief geanalyseerd.

#### **Resultaat:**

Het initiatief tot het ontwikkelen van een RTA komt van de medisch specialist of van de huisarts en medisch specialist gezamenlijk. Als de medisch specialist initiatiefnemer is, zijn er minder disciplines betrokken en worden huisartsen (soms) alleen betrokken bij de autorisatie. Is het een gemeenschappelijk initiatief dan zijn meer disciplines bij de ontwikkeling betrokken en nemen zowel huisartsen als specialisten deel aan de werkgroep. Bestaande landelijke richtlijnen worden vaker betrokken bij de RTA-ontwikkeling indien meerdere disciplines hierbij betrokken zijn. De verschillende ontwikkelmethoden leiden tot twee typen RTA's: verwijs-RTA's en samenwerkings-RTA's

#### **Beschouwing:**

Twee wijzen van RTA ontwikkeling kunnen onderscheiden worden. Het initiatief tot de RTA, de werkgroepbijeenkomsten, de betrokkenen en de wijze van autorisatie verschillen. Het proces bepaalt de uiteindelijke vorm van de RTA: een verwijs RTA of een samenwerkings-RTA. Bij de verwijs-RTA's worden minder vaak landelijke richtlijnen betrokken. Voor het maken van RTA's is het wenselijk dat het initiatief tot en het maken van een RTA gedragen wordt door zowel huisartsen als specialisten. *Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw*

## 23 Poster

### ***Herziening van de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement: gevolgen voor de patiënt.***

*C.H. Luymes<sup>1</sup>, Y.M. Drewes<sup>2</sup>, J.W. Blom<sup>2</sup>, H.J. Van Duijn<sup>3</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>DEN HAAG

<sup>2</sup>LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LEIDEN

<sup>3</sup>Huisartspraktijk dr. H.J. van Duijn, KATWIJK

#### **Inleiding:**

Regelmatig reviseert het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). Het is echter onbekend wat de gevolgen van deze aanpassing zijn voor patiënten die reeds preventief medicatie gebruiken.

#### **Onderzoeksvraag:**

Wat is het effect van de aanpassing van de CVRM richtlijn op het 10-jaars hart- en vaatziekten- (HVZ-) risico van patiënten die preventief HVZ-medicatie gebruiken?



**Methode:**

Uit patiëntenbestanden van 31 huisartsen uit Katwijk en de RNUH-LEO database selecteerden wij patiënten die preventief HVZ-medicatie gebruiken en van wie bloeddruk- en cholesterolwaarden voor start medicatie waren geregistreerd. In combinatie met huidige leeftijd, geslacht en rookstatus, berekenden wij op grond van de CVRM standaard 2006 en 2012 het cardiovasculaire risico.

**Resultaten:**

Van de 2549 patiënten konden wij bij 277 (10,9%) patiënten de risicoscores berekenen. Bij de niet-geanalyseerde patiënten stond de bloeddruk en/of de cholesterolratio voor start medicatie niet in het huisartsdossier genoteerd. 159 (57,4%) patiënten hadden volgens beide richtlijnen een laag 10-jaars risico op het krijgen van HVZ. 36 (13,0%) patiënten schoven van een laag risico naar een midden risico en 24 (8,7%) patiënten van een midden naar een hoog risico. Er vonden geen verschuivingen naar een lager risico plaats.

**Beschouwing:**

Door herziening van de CVRM richtlijn is 21.7% van de patiënten met HVZ medicatie geherclassificeerd naar een hogere risicogroep. Daarnaast gebruikt 57.4% van de behandelde patiënten mogelijk onnodig preventieve medicatie, omdat zij volgens beide richtlijnen een laag risico hebben. Onderzoek naar het staken van preventieve medicatie in deze groep patiënten is daarom van belang.

**24 Voordracht*****Ervaringen van huisartsen bij het implementeren van proactieve samenhangende zorg voor ouderen in de huisartspraktijk. De ISCOPE-studie.***

*J.W. Blom, W.P.J. den Elzen, A.H. van Houwelingen, Y.M. Drewes, J. Gussekloo  
LUMC, LEIDEN*

**Inleiding:**

De belangstelling onder huisartsen om te werken aan proactieve samenhangende zorg voor ouderen is groot. In de ISCOPE-studie is dit vormgegeven door screenen van de gezondheid met aansluitend maken van zorgactieplan voor ouderen met complexe problematiek.

**Onderzoeksvraag:**

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen bij het implementeren van proactieve samenhangende zorg voor ouderen?

**Methode:**

Dertig huisartspraktijken implementeerden een nieuw zorgmodel waarbij 75-plussers werden gescreend d.m.v. een vragenlijst per post. Zesenzestig procent van de huisartsen lukte het zorgactieplannen te maken voor 78% van de deelnemers. Twee focusgroepen, één met huisartsen waarbij het wel lukte zorgplannen te maken en één waarbij het niet lukte, discussieerden over opbrengst en randvoorwaarden. Een vragenlijst aan alle 30 huisartsen inventariseerde de kwaliteit van zorg en redenen waarom het eventueel niet lukte een zorgactieplan te maken.

**Resultaten:*****Focusgroepen***

Als bevorderende factoren werden genoemd: meer grip op de situatie, oog voor functioneren en wensen van oudere. Belemmerende factoren: tijdsinvestering, financiering/ondersteuning, vormgeven multidisciplinair overleg.

***Vragenlijst***

Na 12 maanden gaven huisartsen op een schaal van 1-10 een 8 (interquartile range [IQR] 7-9) voor de mate waarop de zorg goed op orde was en een 7 voor verbetering in de zorg (IQR 6-8). Belemmerende factoren; patiëntfactoren (lichamelijke conditie, dementie, weerstand tegen zorgactieplan) en tijdsgebrek

van de huisarts.

### **Beschouwing:**

Het uitvoeren van zorgactieplannen voor ouderen geïdentificeerd met complexe problematiek bij screening is goed haalbaar en levert meer inzicht in de situatie van de oudere op. Een aantal randvoorwaarden zijn belangrijk om dit mogelijk te maken, zoals financiering en ondersteuning.

### **25 Poster**

#### ***Het perspectief van de huisarts op het diagnostisch proces van patiënten met een pijnlijke schouder?***

*R.P.G. Ottenheijm, A. Kemper, N. Hesselmans, A. Moser, R.A. De Bie, G.J. Dinant, J.W.L. Cals  
Universiteit Maastricht, MAASTRICHT*

### **Inleiding:**

Het diagnostisch proces bij patiënten met schouderpijn in de huisartspraktijk is complex. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het lastig is om op basis van reguliere anamnese en lichamelijk onderzoek een duidelijke patho-anatomische diagnose te stellen. De NHG-Standaard Schouderklachten adviseert daarom geen patho-anatomische diagnose te stellen, maar om een onderverdeling te maken op basis van klachten en bevindingen tijdens het lichamelijk onderzoek.

Echter, bij 80% van de patiënten is er sprake van een subacromiale aandoening zoals een tendinopathie of peesruptuur. Deze aandoeningen kunnen echografisch worden vastgesteld, Aangezien de consequenties van een echografie op het beleid nog niet duidelijk zijn, voorziet de NHG-Standaard maar een zeer beperkte plaats voor echografie. Toch vragen huisartsen jaarlijks steeds meer echografieën bij patiënten met schouderpijn aan. Het is onze hypothese dat deze stijging een weerspiegeling is van de diagnostische complexiteit.

### **Onderzoeksvragen:**

Welke classificaties gebruiken huisartsen bij patiënten met schouderpijn in de huisartspraktijk? Welke problemen ervaren zij in het diagnostisch proces? Wat zijn hun motieven voor het aanvragen voor aanvullende diagnostiek.

### **Methode:**

Data verkregen uit semi-gestructureerde interviews met 18 huisartsen werden geanalyseerd door coderen en categoriseren volgens de “constant comparative method”.

### **Resultaten en beschouwing:**

Dit onderzoek werd uitgevoerd in de winter en het voorjaar van 2013. Tijdens de NHG-Wetenschapsdag worden de resultaten gepresenteerd. We bespreken tevens de consequenties hiervan voor de praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

### **26 Poster**

#### ***Klinimetrische eigenschappen van de Nederlandse Keele Assessment of Participation vragenlijst bij ouderen met gewrichtspijn en comorbiditeit***

*L.A.H. Hermsen<sup>1</sup>, C.B. Terwee<sup>1</sup>, S.S. Leone<sup>1</sup>, B. Van der Zwaard<sup>1</sup>, M. Smalbrugge<sup>1</sup>, J. Dekker<sup>1</sup>,  
H.E. Van der Horst<sup>1</sup>, R. Wilkie<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>VUmc, AMSTERDAM

<sup>2</sup>Primary Care & Health Sciences, KEELE, United Kingdom

### **Introductie:**

We willen meer inzage krijgen in de mate van participatie bij ouderen met gewrichtspijn en comorbiditeit.

**Onderzoeksvraag:**

Is de Engelse Keele Assessment of Participation (KAP) een betrouwbare en valide vragenlijst voor het meten van (sociale) participatie in onze Nederlandse populatie?

**Methode:**

De originele KAP is vertaald naar het Nederlands en er zijn een aantal aanpassingen doorgevoerd. De data is afkomstig uit een longitudinaal cohort van ouderen met gewrichtspijn en comorbiditeit: baseline meting (n=407), vervolgmeting +6 maanden (n=364) en test-hertest meting (n=121). De onderzochte klinimetrische eigenschappen zijn: structurele validiteit (factor analyse), interne consistentie (cronbach's alfa), construct validiteit (hypotheses), betrouwbaarheid (ICC) en responsiviteit (hypotheses en AUC). Voor de cross-culturele vergelijking is een Engels cohort gebruikt (n=1785) en zijn scores op item niveau vergeleken tussen de Nederlandse en Engelse populatie.

**Resultaat:**

Factor analyse gaf twee domeinen: KAPd1 'participatie in basis activiteiten' en KAPd2 'participatie in complexe activiteiten' (3 items), met Cronbach's alpha's van 0.74 en 0.57 en ICC's van 0.63 (95% BI: 0.49-0.73) en 0.57 (95% BI: 0.44-0.68). Voor de construct validiteit werd 43% van de hypotheses bevestigd, voor responsiviteit 0%. De AUC voor discriminatie tussen stabiel vs. verslechterd was 0.62 voor KAPd1 en 0.54 voor KAPd2. Alle item scores bleken te verschillen tussen beide landen.

**Beschouwing:**

KAPd1 kan gebruikt worden als domein met bijbehorende somscore om participatie in basis activiteiten te meten. Dit geldt in mindere mate voor KAPd2. De construct validiteit en responsiviteit van beide domeinen behoeven verder onderzoek. Nederlandse en Engelse resultaten moeten apart geïnterpreteerd worden.

27 Poster

***De ontwikkeling en validatie van een systematische "zoekstring" voor onderzoek verricht binnen de huisartsgeneeskunde. Hoe de speld in de hooiberg te vinden?***

*D.H.J. Pols<sup>1</sup>, W.M. Bramer<sup>1</sup>, A.M. Bohnen<sup>1</sup>, F. van de Laar<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Erasmus MC, ROTTERDAM

<sup>2</sup>UMC St Radboud, NIJMEGEN

**Inleiding / onderzoeksvraag:**

Er is behoefte aan een betrouwbaar filter om in verschillende elektronische databases te zoeken naar literatuur op het domein van huisartsgeneeskunde. Er zijn enkele filters in omloop, maar deze zijn niet op een betrouwbare manier gevalideerd. Het doel van deze studie was om tot een representatieve, betrouwbare en gevalideerde "searchstring" voor huisartsgeneeskunde te komen.

**Methoden:**

Wij hebben een korte vragenlijst verstuurd binnen lokale netwerken en het mondiale Cochrane Primary Care Field om te exploreren welke definities van eerstelijns- of huisartsgeneeskunde gehanteerd worden. Een random selectie van duizend wetenschappelijke artikelen is op basis van deze verkregen definities door twee reviewers onafhankelijk beoordeeld, waarbij gekeken werd of ze aan de gestelde criteria voldeden. Middels gespecialiseerde software is vervolgens een "zoekstring" geformuleerd aan de hand van deze geselecteerde referenties. Deze string hebben wij kunnen valideren aan de hand van drie verschillende 'gouden standaard' sets. Twee verkregen door handmatige selecties en één verkregen door aan collegae te vragen huisartsgeneeskundig relevante artikelen op te sturen. Op deze manier kan sensitiviteit als specificiteit berekend worden.

**Resultaten:**

In totaal hebben 81 collegae een korte vragenlijst ingevuld. Er wordt door 64% een onderscheid gemaakt

in eerstelijns geneeskunde en huisartsgeneeskunde. De systematische zoekstrings, welke door ons zijn ontwikkeld, richten zich op “huisartsgeneeskunde”. De verschillende strings met hun bijbehorende sensitiviteit en specificiteit zullen voor het eerst worden gepresenteerd tijdens de NHG-wetenschapsdag 2013.

### **Beschouwing:**

Het bleek mogelijk om een gevalideerde en systematische “zoekstring” te ontwikkelen voor “huisartsgeneeskunde”, welke door huisartsen in de dagelijkse praktijk en door onderzoekers bij hun systematische reviews, goed gebruikt kan gaan worden.

### **28 Voordracht**

#### ***Effectiviteit en haalbaarheid van de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost.***

*M.G.H. Laurant<sup>1</sup>, N. Wijers<sup>1</sup>, M.R. Van der Burg<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>UMC St Radboud, NIJMEGEN

<sup>2</sup>Stichting KOH, EINDHOVEN

### **Inleiding:**

Sinds de introductie van de huisartsenposten is de zorgvraag ieder jaar met ca. 7% toegenomen. Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de ANW-zorg te kunnen waarborgen, zijn posten op zoek naar oplossingen. In Eindhoven is een onderzoek uitgevoerd naar de effecten van het inzetten van Verpleegkundig Specialist (VS) op een spoedpost.

### **Onderzoeksvragen:**

- 1) Welke effecten heeft de inzet van VS in de spoedzorg?
- 2) Wat is de haalbaarheid van de inzet van VS in de spoedzorg?

### **Methode:**

Een pragmatische gecontroleerde studie: vijf gediplomeerde VS werden gedurende 15 maanden iedere zaterdag of zondag ingezet tussen 10.00-17.00 uur. Op de interventiedag werd 1 huisarts vervangen door 1 VS; het team bestond uit 4 huisartsen en 1 VS. Op de controledag bestond het team uit 5 huisartsen ('usual care').

### **Resultaat:**

Op de interventiedag werden 6040 patiënten (VS: 16,3%, HA: 83,7%) gezien, op de controledag 6052 patiënten. De top drie ICPC-groepen VS is vergelijkbaar met huisartsen. VS schrijft significant minder medicatie voor (VS: 37,1%, HA: 43,9%). Er is geen verschil in röntgenaanvragen en verwijzingen naar SEH. 93% van alle consulten werd zelfstandig afgehandeld door de VS. Patiënten zijn tevreden met de zorg.

### **Beschouwing:**

Het onderzoek laat zien dat in de ANW-zorg substitutie van zorg mogelijk is. Verdere uitrol is dan ook mogelijk, mits aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. De CHP Zuidoost Brabant heeft inmiddels een aantal VS in dienst. Ook andere posten oriënteren zich op de inzet van VS in de ANW-zorg.

### 30 Poster

#### **Weinig antivirale middelen voorgeschreven tijdens de griep пандemie.**

M. Hooiveld<sup>1</sup>, T.G. van de Groep<sup>2</sup>, T.J.M. Verheij<sup>2</sup>, M.A.B. van der Sande<sup>3</sup>, R.A. Verheij<sup>1</sup>, M.A.J.B. Tacken<sup>4</sup>, G.A. van Essen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NIVEL, UTRECHT

<sup>2</sup>Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC UTRECHT

<sup>3</sup>Centrum voor Infectieziektebestrijding, RIVM, BILTHOVEN

<sup>4</sup>IQ healthcare, UMC St Radboud, NIJMEGEN

#### **Inleiding:**

Nadat gebleken was dat de griep пандemie in 2009 mild verliep, werd besloten dat niet alle, maar alleen patiënten met een hoog risico op complicaties (de ‘klassieke’ risicogroepen) behandeld zouden moeten worden met antivirale middelen, plus kinderen jonger dan twee jaar, zwangere vrouwen en mensen met een immuunstoornis.

#### **Onderzoeksvraag:**

In hoeverre werd deze richtlijn gevolgd?

#### **Methode:**

We analyseerden gegevens van patiënten die hun huisarts consulteerden tussen augustus en december 2009 met een diagnose influenza (R80,  $n = 3293$ ) en/of een voorschrift voor oseltamivir ( $n = 351$ ), gebruik makend van gegevens uit elektronisch medische dossiers van huisartsen van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

#### **Resultaat:**

69% van alle oseltamivir voorschriften was volgens de richtlijn. Aan slechts 5% van de patiënten met influenza werd oseltamivir voorgeschreven. Onder de hoog risico groepen steeg dit percentage tot 12%. Naast de vastgestelde hoog risico factoren werd oseltamivir vaker voorgeschreven bij patiënten die sowieso al veel geneesmiddelvoorschriften hadden in 2009.

#### **Beschouwing:**

Wanneer huisartsen oseltamivir voorschreven was dit doorgaans volgens de richtlijn. Maar er werd erg terughoudend voorgeschreven aan patiënten met influenza die behoorden tot de hoog risico groepen. Om de redenen hiervoor te achterhalen is meer informatie nodig over bijv. de ernst van de gepresenteerde symptomen, de ernst van co-morbiditeit of de tijd sinds eerste ziekteverschijnselen. Evaluatie van de implementatie van de richtlijn voor behandeling van influenza is belangrijk, zodat deze eventueel bijgesteld kan worden voor toekomstige epidemieën.

### 31 Poster

#### **Depressie en hartfalen beïnvloeden de uitkomst van de Clinical COPD Questionnaire bij COPD patiënten in de eerste lijn.**

M. Urff<sup>1</sup>, J.W.K. Van den Berg<sup>2</sup>, S.M. Uit<sup>2</sup>, R.A.M.J. Damoiseaux<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UTRECHT

<sup>2</sup>Isalakinieken, afdeling Longgeneeskunde, ZWOLLE

<sup>3</sup>Waarnemend hoofd, huisartsopleiding, UTRECHT

#### **Achtergrond:**

Verbetering van de health-related kwaliteit van leven (HRQL) is een van de hoofddoelen in de behandeling van chronisch obstructieve longziekte (COPD). Verminderde HRQL bij COPD is geassocieerd met toename van morbiditeit en mortaliteit, ziekenhuisopnames en kosten van de gezondheidszorg. De Clinical COPD Questionnaire (CCQ) is een gevalideerde, betrouwbare, korte vragenlijst voor de evaluatie van ziekte specifieke HRQL bij patiënten met COPD in de eerste lijn. Deze

studie onderzoekt factoren die de uitkomst van de CCQ mogelijk beïnvloeden in de dagelijkse eerste lijn.

**Methoden:**

In een populatie eerstelijns COPD patiënten werd een multivariate regressie analyse gebruikt om de associaties tussen CCQ scores en FEV<sub>1</sub>% van voorspeld, leeftijd, geslacht, body mass index, rookstatus, depressie en hartfalen te onderzoeken.

**Resultaten:**

Data van 341 patienten (gemiddelde leeftijd 68.1 ±10.3, COPD GOLD classe I-III) werden geanalyseerd. Samen verklaarden hartfalen en depressie 23% van de variantie van de totale CCQ score (p<0.001). Hartfalen was het sterkst geassocieerd met het functionele domein van de CCQ (27% verklaarde variantie, p<0.001), depressie was het sterkst geassocieerd met het mentale domein van de CCQ (22% verklaarde variantie, p<0.001).

**Conclusie:** Hoewel de CCQ een COPD specifieke HRQL is, worden de uitkomsten hiervan negatief beïnvloed door hartfalen en depressie. Voor het gebruik van de CCQ bij patiënten met COPD is het daarom belangrijk om naast het juist stellen van de diagnose COPD ook comorbiditeit te diagnosticeren, alleen dan kan de CCQ op een goede manier geïnterpreteerd worden.

**32 Poster**

***Welke patiënten met het patellofemorale pijn syndroom hebben meer baat bij oefentherapie?***

*N.E. Lankhorst<sup>1</sup>, M. Van Middelkoop<sup>1</sup>, Y.D.M. Van Trier<sup>1</sup>, R. Van Linschoten<sup>2</sup>, B.W. Koes<sup>1</sup>, J.A.N. Verhaar<sup>1</sup>, S.M.A. Bierma-Zeinstra<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Erasmus MC, ROTTERDAM

<sup>2</sup>Department of Orthopaedics and Sports Medicine Hospital, ASPETAR, Qatar

**Inleiding:**

Patellofemorale pijn syndroom (PFPS) is een vaak gestelde diagnose in de huisartspraktijk. Voor het verminderen van pijn en verbeteren van de functie lijkt oefentherapie effectief. Echter, niet alle patiënten hebben baat bij oefentherapie.

**Onderzoeksvraag:**

Welke patiënten met het patellofemorale pijn syndroom hebben baat bij oefentherapie?

**Methode:**

De huidige studie betreft een secundaire analyse van een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van gesuperviseerde oefentherapie ten opzichte van ‘gebruikelijke zorg’ bij 131 PFPS patiënten.

De interactie tussen zeven patiëntkarakteristieken en de behandeling werd getoetst met een univariate regressieanalyse. De uitkomstenmaten waren herstel en pijn na 3 maanden follow-up.

**Resultaten:**

Geen enkel getoetste interactieterm was significant geassocieerd met de uitkomst na 3 maanden follow-up.

Een positieve trend werd gezien bij patiënten met chronische klachten (>6 maanden); zij hebben een grotere kans op een positieve uitkomst voor zowel herstel als pijn bij oefentherapie in vergelijking met patiënten met kortdurende klachten (OR:3.02 95% BI:0.52-17.62,  $\hat{I}^2$ :-1.74 95% BI:-5.90-0.428, respectievelijk).

Een negatieve trend werd waargenomen bij patiënten die bij eerste klachtenpresentatie een sportarts consulteerden; zij hebben een grotere kans op een negatieve uitkomst op zowel herstel als pijn bij oefentherapie in vergelijking met patiënten afkomstig van de huisarts (OR:0.21 95% BI:0.05-1.22,  $\hat{I}^2$ :1.50

95%BI:-0.94-3.93, respectievelijk).

### **Beschouwing:**

Patiënten die zich presenteren met chronische klachten lijken beter te reageren op oefentherapie. Patiënten die bij eerste klachtenpresentatie een sportarts consulteerden lijken minder goed te reageren op oefentherapie. Toekomstig onderzoek is nodig om deze trends te bevestigen.

### **33 Voordracht**

#### ***Herkennen van een bacteriële lage luchtweginfectie***

*J. Teepe, B.D.L. Broekhuizen, T.h.J.M. Verheij*

*UTRECHT*

#### **Inleiding:**

Een lage luchtweginfectie (LLWI) komt vaak voor in de eerste lijn en wordt in 19-43% veroorzaakt door bacteriën. Aangezien complicaties vaker voorkomen bij bacteriële infecties is het van belang tijdig te starten met antibiotica en deze patiënten actief te vervolgen. Daarom is het belangrijk te identificeren wie van de patiënten met tekenen van een LLWI een bacteriële oorzaak zal hebben. In de eerste lijn vertrouwt men hiervoor op de klinische beoordeling, maar er is onvoldoende bewijs of en hoe een bacteriële LLWI te herkennen is.

#### **Onderzoeksvraag:**

Wat is de diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek, CRP en PCT voor bacteriële lage luchtweginfecties?

#### **Methode:**

Dit was een cross-sectioneel observationeel onderzoek onder volwassen patiënten in 12 Europese landen die met een nieuwe of verergerende hoest bij de huisarts kwamen of bij wie de huisarts een infectie van de lage luchtwegen vermoedde. Bij presentatie werden de klinische gegevens genoteerd. Sputum, neuskeelwat en bloedmonsters werden, idealiter binnen 24 uur, afgenomen en geanalyseerd op bacteriële verwekkers, CRP en PCT. De voorspellende waarde van de klinische gegevens, CRP en PCT voor een bacteriële infectie werd bepaald met behulp van logistische regressieanalyse.

#### **Resultaten:**

Aan het onderzoek namen 294 huisartsen deel, die 3104 patiënten includeerden. De gemiddelde leeftijd van de studiepopulatie was 50 jaar (spreiding 18-92 jaar), met 685 patiënten  $\geq$  65 jaar (22%). Hiervan hadden 140 patiënten (5%) een pneumonie. 321 patiënten hadden (10%) een bacteriële LLWI. De diagnostische waarde van de klinische gegevens, CRP en PCT zullen worden gepresenteerd.

### **34 Voordracht**

#### ***Effectiviteit van conservatieve behandeling bij cervicale radiculopathie***

*E.J. Thoomes<sup>1</sup>, G.G.M. Scholten-Peeters<sup>2</sup>, D. Falla<sup>3</sup>, B.W. Koes<sup>4</sup>, A.P. Verhagen<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>*Fysio- & Manuele Therapie Thoomes, ALPHEN A/D RIJN*

<sup>2</sup>*Avans Hogeschool, BREDA*

<sup>3</sup>*Department of Neurorehabilitation Engineering, Bernstein Focus Neurotechnology, GÖTTINGEN, Germany*

<sup>4</sup>*Erasmus MC, afd Huisartsgeneeskunde, ROTTERDAM*

#### **Doel:**

Het doel van deze systematische review is de effectiviteit van conservatieve behandeling bij patiënten met een cervicale radiculopathie (CR) te beoordelen. CR is een term die gebruikt wordt om nekpijn met uitstraling in de arm aan te duiden. Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van conservatieve

behandeling bij deze veel voorkomende aandoening.

**Methode:**

Wij doorzochten elektronische databanken zoals de Cochrane Controlled Trials Register, MEDLINE, EMBASE and CINAHL naar randomized clinical trials. Conservatieve behandelingen mochten bestaan uit fysiotherapie een kraag, tractie etc. Twee auteurs beoodeelden onafhankelijk de risk of bias volgens de criteria die aanbevolen worden door de Cochrane Back Review Group en zij extraheerden ook de data. Als studies klinisch homogeen waren werd een meta-analyse uitgevoerd. De overkoepelende kwaliteit van het niveau van evidentie werd ge-evalueerd, gebruikmakend van de GRADE methode.

**Resultaten:**

15 artikelen werden geïncludeerd, corresponderend met 11 studies. Twee studies scoorden een lage risk of bias. Er is laag niveau bewijs dat een kraag niet meer effectief is dan fysiotherapie op korte termijn follow up, en zeer laag niveau bewijs dat een kraag niet meer effectief is dan tractie. Er is laag niveau bewijs dat tractie niet meer effectief is dan placebo tractie en zeer laag niveau bewijs dat intermitterende tractie niet meer effectief is dan continue tractie.

**Discussie:**

Gebaseerd op laag tot zeer laag niveau bewijs is geen een interventie superieur of meer effectief dan een andere interventie. Ongeacht aan welke interventie patiënten werden toegewezen, leken zij allemaal te verbeteren wat indicatief kan zijn voor een gunstig natuurlijk beloop. Het gebruik van een halskraag en fysiotherapie lijken op de korte termijn goede resultaten te hebben.

**35 Poster**

***Hoeveelheid bekkenbodemplachten gerelateerd aan seksueel functioneren bij ouderen vrouwen***

*C.M.C.R. Panman, M. Wieggersma, M.Y. Berger, B.J. Kollen, Y. Lisman-van Leeuwen, J.H. Dekker UMCG, afdeling huisartsgeneeskunde, GRONINGEN*

**Inleiding:**

Urogenitale prolaps is een veel voorkomende aandoening van de bekkenbodem. Het kan meerdere symptomen veroorzaken maar ook de kwaliteit van leven en het seksueel functioneren beïnvloeden. Verminderd seksueel functioneren bij oudere vrouwen kan leiden tot een lagere kwaliteit van leven.

**Onderzoeksvraag:**

Is er een relatie tussen de mate van prolaps, bekkenbodem-gerelateerde symptomen en het seksueel functioneren?

**Methode:**

Een cross-sectioneel onderzoek onder vrouwen >55 jaar met bekkenbodem-gerelateerde klachten die onderzocht werden in het kader van een studie naar verzakkingsklachten (POPSS). Deelnemers werden op basis van een POP-Q meting (een gestandaardiseerde methode om de mate van prolaps te kwantificeren) ingedeeld in 3 groepen. Seksueel functioneren en symptomen van bekkenbodemproblemen werden gemeten met conditie-specifieke gevalideerde vragenlijsten, respectievelijk PISQ-12 en PFDI-20.

**Resultaat:**

Er werden 640 vrouwen geïncludeerd (394 seksueel actief, 246 niet seksueel actief). Seksueel inactieve vrouwen waren gemiddeld ouder en hadden meer chronische ziektes dan seksueel actieve vrouwen maar er was tussen deze groepen geen verschil in mate van prolaps en in de hoeveelheid bekkenbodem-gerelateerde klachten.

Bij seksueel actieve vrouwen was er geen verschil in seksueel functioneren tussen de verschillende prolaps-groepen. Er was wel een significante relatie tussen de hoeveelheid klachten en het seksueel



functioneren maar deze relatie werd niet beïnvloed door de mate van prolaps.

**Beschouwing:**

Op basis van deze resultaten lijkt het zinvol voor huisartsen om bij oudere vrouwen met bekkenbodemsymptomen te vragen naar seksuele problemen. Door behandeling van de bekkenbodemaandoeningen kunnen mogelijk ook seksuele problemen verholpen worden en dit kan een positief effect op de kwaliteit van leven hebben.

**36 Poster**

***Risicovol gebruik van vrij verkrijgbare NSAID's***

*A.R. Koffeman, V.E. Valkhoff, S. Çelik, G.W. 't Jong, M.C.J.M. Sturkenboom, P.J.E. Bindels, J. Van der Lei, P.A.J. Luijsterburg, S.M.A. Bierma-Zeinstra  
Erasmus MC, ROTTERDAM*

**Inleiding:**

Het gebruik van non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID's) is geassocieerd met kans op ernstige bijwerkingen. In Nederland zijn NSAID's vrij verkrijgbaar.

**Onderzoeksvraag:**

Wat is het gebruik van vrij verkrijgbare NSAID's in de algemene bevolking en onder patiënten met een hoog risico op een ernstige bijwerking?

**Methode:**

In deze cross-sectionele studie werden twee groepen patiënten geselecteerd binnen vier huisartspraktijken: (i) een willekeurige selectie van volwassen patiënten (algemene populatie) en (ii) een selectie van patiënten die door hun leeftijd, comorbiditeit of comediatie volgens Nederlandse richtlijnen een hoog risico hebben op een ernstige bijwerking bij NSAID gebruik (hoog-risico populatie). Alle geïncludeerde patiënten ontvingen een vragenlijst over hun gebruik van vrij verkrijgbare NSAID's in de vier weken voorafgaand aan deelname.

**Resultaat:**

Van de 456 geïncludeerde patiënten in de algemene populatie namen er 120 deel aan de studie. Hiervan hadden 35 (29%) een vrij verkrijgbaar NSAID gebruikt. In de hoog-risico populatie namen 265 van de 713 geïncludeerde patiënten deel en hadden 33 (13%) een NSAID gebruikt. In de algemene populatie werd het vrij verkrijgbare NSAID door meer dan 20% van de NSAID gebruikers langer dan zeven dagen gebruikt en in de hoog-risicopopulatie door meer dan 30%. Het NSAID werd door 9% en 3% van de gebruikers in respectievelijk de algemene en de hoog-risico populatie gebruikt in een dosering hoger dan de maximaal aanbevolen dagdosering .

**Beschouwing:**

Eén op de acht patiënten met een hoog risico op een ernstige bijwerking gebruikt op eigen initiatief NSAID's, terwijl richtlijnen het gebruik van NSAID's bij deze patiënten ontraden.

**37 Poster**

***Intra-individuele bloeddrukvariabiliteit, gemiddelde bloeddruk en cognitief functioneren bij ouderen***

*L.W. Wijsman  
LUMC, LEIDEN*

**Inleiding:**

Intra-individuele bloeddrukvariabiliteit is gerelateerd aan cerebrovasculaire schade.

**Onderzoeksvraag:**

Is er een associatie tussen intra-individuele bloeddrukvariabiliteit en cognitief functioneren bij ouderen?

**Methode:**

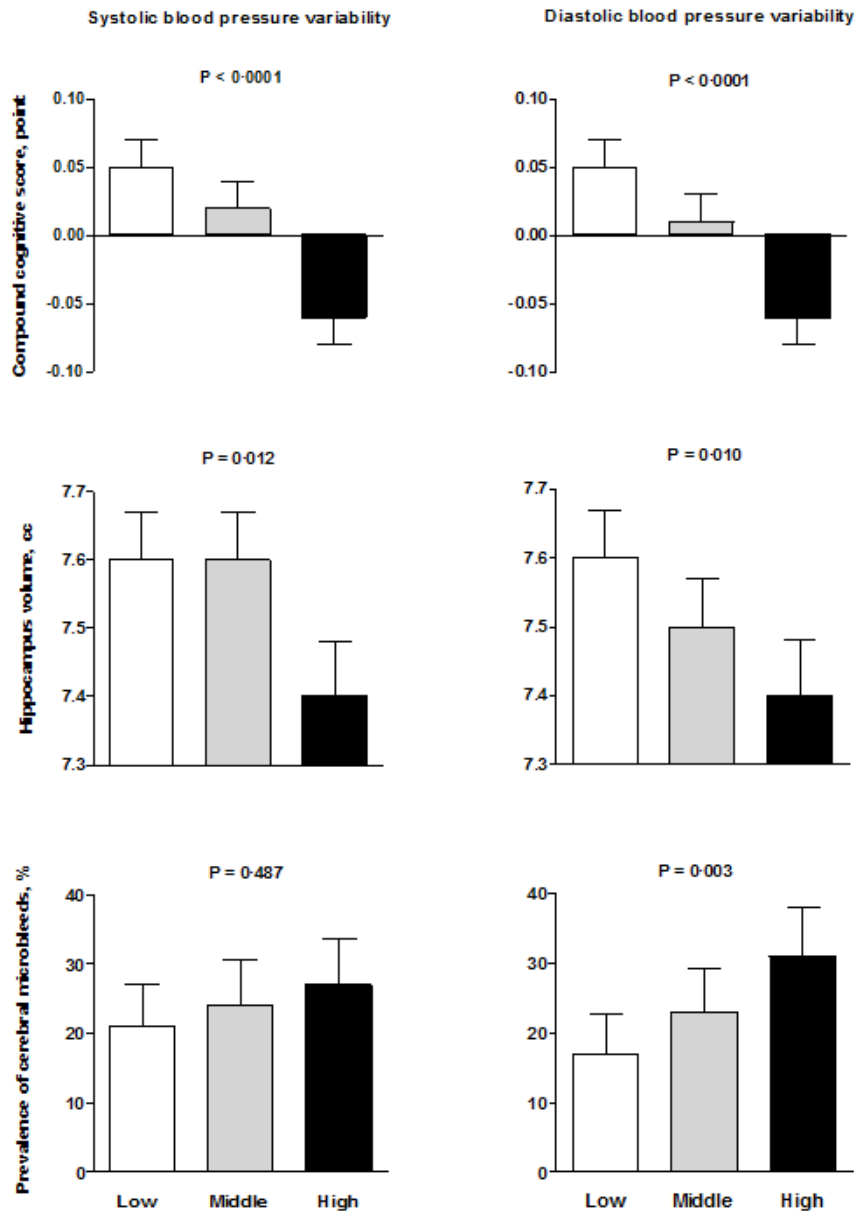
In deze prospectieve cohort studie werden 5461 deelnemers (gemiddelde leeftijd 75 jaar) uit de PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER) geïnccludeerd. Bloeddruk werd elke drie maanden gemeten, gedurende een gemiddelde periode van 3.2 jaar. Bloeddrukvariabiliteit werd gedefinieerd als de standaarddeviatie van deze bloeddrukmetingen. Vier domeinen van cognitief functioneren werden getest, namelijk selectieve aandacht, verwerkingssnelheid en het directe en indirecte geheugen. Een samengestelde cognitieve score werd berekend door het gemiddelde van de vier individuele, gestandaardiseerde z-scores te nemen. In een MRI substudie werd bij 553 deelnemers verschillende hersenvolumes en de aanwezigheid van cerebrale microbloedingen en witte stof hyperintensiteiten gemeten.

**Resultaat:**

Hogere bloeddrukvariabiliteit was geassocieerd met slechter cognitief functioneren. Samengestelde cognitieve scores voor deelnemers met een lage, gemiddelde en hoge systolische bloeddrukvariabiliteit waren respectievelijk 0.05, 0.02 en -0.06 (p voor trend <0.001). Deze resultaten waren vergelijkbaar voor diastolische bloeddrukvariabiliteit. Bovendien was een hogere systolische en diastolische bloeddrukvariabiliteit geassocieerd met een kleiner hippocampusvolume en meer corticale infarcten, en was een hogere diastolische bloeddrukvariabiliteit geassocieerd met meer cerebrale microbloedingen (alle p-waarden <0.05). Alle analyses werden gecorrigeerd voor gemiddelde bloeddruk en cardiovasculaire risicofactoren.

**Beschouwing:**

Hogere bloeddrukvariabiliteit, onafhankelijk van gemiddelde bloeddruk, associeert met slechter cognitief functioneren bij ouderen. Veranderingen in hippocampusvolume en het optreden van corticale infarcten en cerebrale microbloedingen kunnen verklarende pathologische mechanismen zijn.



### 38 Voordracht

#### **Huisartsen in opleiding: hoe gaan zij om met vragen over klinische dilemma's over patiënten?**

M.F. Kortekaas, L. Boelman, G.H.M.G. Van der Heijden, A.W. Hoes, N.J. De Wit, M.E.L. Bartelink  
UMC Utrecht, UTRECHT

#### **Inleiding:**

Huisartsen in opleiding (aios) leren te werken volgens de principes van *evidence based medicine*. Veelal oudere studies laten zien dat dokters regelmatig klinische dilemma's hebben, waarover zij vragen hebben (0.7-1.6 per patiënt). Voor ongeveer 30% wordt daarop een antwoord gezocht, meestal gebruikmakend van een collega/opleider of tekstboek (1,2). Het doel van onze studie was om te inventariseren hoe aios in deze tijd antwoorden zoeken op vragen over klinische dilemma's uit de praktijk.

**Methode:**

Derdejaars aios uit Utrecht werd gevraagd om gedurende acht praktijkdagen een logboek bij te houden van al hun patiëntcontacten. Gegevens werden verzameld over het aantal en het soort vragen over klinische dilemma's, de mate waarin en de manier waarop zij een antwoord zochten, het moment en de duur van het zoeken, en hun mening over de invloed van het gevonden antwoord.

**Resultaten:**

Door 76 aios werden data verzameld over 7313 patiëntcontacten. Er waren 1580 klinische dilemma's waarover vragen bestonden (22%), meestal diagnostisch (36%) of therapeutisch (50%). Voor 1230 vragen (79%) werd gezocht naar een antwoord, meestal tijdens het patiëntcontact (61%). Gebruikte informatiebronnen waren voornamelijk collega's/huisartsopleiders (27%) en NHG-richtlijnen (25%). Gemiddeld werd 5,5 minuut gezocht (mediaan 4 minuten). Het antwoord werd meestal gevonden (84%) en resulteerde naar mening van de aios bij 26% in een verbeterde klinische besluitvorming.

**Conclusie:**

Het aantal klinische dilemma's waarover derdejaars aios vragen hebben, blijkt minder te zijn dan verwacht werd op basis van andere (oudere) resultaten. Wel wordt vaker dan verwacht op zoek gegaan naar het antwoord, wat meestal gevonden wordt.

**Referenties:**

- Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *Am J Med.* 2000;109:218-223.
- Davies K, Harrison J. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Info Libr J.* 2007;24:78-94.

**39 Poster*****Subklinische schildklierfunctiestoornissen en cognitieve achteruitgang op oudere leeftijd***

L.W. Wijsman<sup>1</sup>, A.J.M. De Craen<sup>1</sup>, S. Trompet<sup>1</sup>, J. Gussekloo<sup>1</sup>, D.J. Stott<sup>2</sup>, N. Rodondi<sup>3</sup>, P. Welsh<sup>4</sup>, J.W. Jukema<sup>1</sup>, R.G.J. Westendorp<sup>1</sup>, S.P. Mooijaart<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>Academic Section of Geriatrics, GLASGOW, United Kingdom

<sup>3</sup>Department of General Internal Medicine, BERN, Switzerland

<sup>4</sup>British Heart Foundation, GLASGOW, United Kingdom

**Inleiding:**

Subklinische schildklierfunctiestoornissen zijn mogelijk een risicofactor voor cognitieve achteruitgang bij ouderen, hoewel resultaten uit eerdere onderzoeken tegenstrijdig zijn.

**Onderzoeksvraag:**

Is er een associatie tussen subklinische schildklierfunctiestoornissen en cognitieve achteruitgang bij ouderen?

**Methode:**

In deze prospectieve, longitudinale studie werden 5154 mannen en vrouwen tussen de 70-82 jaar uit de PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER) geïncludeerd. Alle deelnemers hadden een bestaande vasculaire ziekte of meerdere vasculaire risicofactoren. Deelnemers die schildkliermedicatie en/of amiodaron slikten werden geëxcludeerd. Schildklierfunctie werd gemeten aan het begin van de studie: subklinische hyper- en hypothyreoidie werden gedefinieerd als een thyroid stimulating hormone (TSH)-waarde van respectievelijk < 0.45 mU/L of > 4.50 mU/L, met normale waarden van vrij thyroxine (FT4). Cognitief functioneren werd getest aan het begin van de studie en vervolgens op vier verschillende tijdstippen, gedurende een gemiddelde periode van 3.2 jaar. Hierbij

werden vijf verschillende cognitieve testen gebruikt.

### **Resultaat:**

Subklinische hyper- en hypothyreoïdie werd gevonden in respectievelijk 65 en 161 deelnemers. Er werd geen consistente associatie gevonden tussen subklinische hyper- en hypothyreoïdie en cognitief functioneren, wanneer vergeleken met euthyreoïdie. Vergelijkbaar werd er ook geen associatie gevonden tussen subklinische schildklierfunctiestoornissen en cognitieve achteruitgang.

### **Beschouwing:**

In deze studie werd geen bewijs gevonden dat subklinische schildklierfunctiestoornissen bijdragen aan cognitieve achteruitgang op oudere leeftijd. Hoewel onze data medische behandeling van subklinische schildklierfunctiestoornissen om cognitieve achteruitgang te voorkomen niet ondersteunen, kan alleen gerandomiseerd onderzoek hiervoor definitief bewijs leveren.

## **40 Poster**

### ***Internationale variatie in behandelstrategieën door huisartsen bij ouderen met subklinische hypothyreoïdie***

W.P.J. Den Elzen<sup>1</sup>, A.A. Lefebvre-van de Fliert<sup>1</sup>, V. Virgini<sup>2</sup>, S.P. Mooijaart<sup>3</sup>, P.M. Kearney<sup>4</sup>, N. Kerse<sup>5</sup>, C.D. Mallen<sup>6</sup>, V.J.C. McCarthy<sup>4</sup>, C. Muth<sup>7</sup>, N. Rodondi<sup>2</sup>, T. Rosemann<sup>8</sup>, A. Russell<sup>4</sup>, H. Schers<sup>9</sup>, D.J. Stott<sup>10</sup>, M.W.M. De Waal<sup>1</sup>, A. Warner<sup>11</sup>, R.G.J. Westendorp<sup>12</sup>, J. Gussekloo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>Department of General Internal Medicine, Inselspital, University of Bern, BERN, Switzerland

<sup>3</sup>Institute for Evidence-based Medicine in Old age (IEMO), LEIDEN

<sup>4</sup>Department of Epidemiology and Public Health, University College Cork, CORK, Ireland

<sup>5</sup>Department of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, AUCKLAND, New Zealand

<sup>6</sup>Arthritis Research UK Primary Care Centre, Keele University, KEELE, STAFFORDSHIRE, United Kingdom

<sup>7</sup>Institute for General Practice, Johann Wolfgang Goethe University, FRANKFURT, Germany

<sup>8</sup>Institute of General Practice and Health Services Research, University of Zürich, ZÜRICH, Switzerland

<sup>9</sup>Radboud UMC, Nijmegen, NIJMEGEN

<sup>10</sup>Institute of cardiovascular and medical sciences, University of Glasgow, GLASGOW, SCOTLAND, United Kingdom

<sup>11</sup>Research department of Primary Care and Population health, UCL, LONDON, United Kingdom

<sup>12</sup>Leyden Academy on Vitality and Ageing, LEIDEN

### **Inleiding:**

Omdat er weinig bekend is over de impact van behandeling van subklinische hypothyreoïdie, vooral bij ouderen, zijn er grote verschillen in aanbevelingen in huidige internationale richtlijnen.

### **Onderzoeksvraag:**

Variëren behandelstrategieën voor ouderen met subklinische hypothyreoïdie door huisartsen per patiëntkarakteristieken en per land?

### **Methode:**

Huisartsen werden gevraagd naar hun behandelstrategie (behandelen ja/nee, startdosis thyroxine) voor 8 oudere vrouwen met specifieke klachten en subklinische hypothyreoïdie. De vrouwen verschilden in leeftijd (70 vs. 85 jaar), vitaliteit (vitaal vs. kwetsbaar) en TSH-concentratie (6 vs. 15 mU/L). De webbased-vragenlijst werd via email verspreid in huisartsennetwerken.

**Resultaat:**

524 Huisartsen vulden de vragenlijst in (Nederland n=129, Duitsland n=61, Engeland n=22, Ierland n=19, Zwitserland n=262, Nieuw-Zeeland n=31). Huisartsen waren minder geneigd te starten met behandeling bij 85-jarige dan bij 70-jarige vrouwen (gepoolde odds ratio 0.74 [95% BI 0.63-0.87]). Huisartsen gaven aan vaker te behandelen bij een TSH van 15 mU/L dan bij 6 mU/L (9.42 [95% BI 5.77-15.4]). We vonden statistisch significante verschillen in de intentie tot behandeling tussen de verschillende landen ( $p < 0.01$  voor alle casus). Huisartsen in Nederland, Engeland en Nieuw-Zeeland zouden minder vaak behandelen dan huisartsen in Duitsland, Ierland en Zwitserland; de verschillen waren het grootst wanneer TSH 6 mU/L was.

**Beschouwing:**

Behandelstrategieën voor ouderen met subklinische hypothyreoïdie door huisartsen hangen niet alleen af van patiëntkarakteristieken, maar ook van het land. Deze grote variatie onderstreept de noodzaak voor een grote goed opgezette trial naar het effect van behandeling van subklinische hypothyreoïdie bij ouderen en illustreert het belang van ontwikkeling en implementatie van eenduidige internationale richtlijnen.

**41 Poster*****Multidisciplinaire samenwerking en afstemming in de medische zorg aan bewoners van verzorgingshuizen leiden naar meer tevredenheid over de zorg bij huisartsen en verzorgenden. Het MOVIT-project.***

*A.J. Poot, M.A.A. Caljouw, C.S. de Waard, A.W. Wind, J. Gussekloo  
LUMC, LEIDEN*

**Inleiding:**

Doordat de medische zorg in verzorgingshuizen op een 'extramurale' wijze is georganiseerd, ontstaat verlies van samenhang en afstemming van de medische zorg tussen de verschillende zorgverleners. MOVIT implementeert en evalueert een nieuw zorgmodel om de kwaliteit van medische zorg te verbeteren in de verzorgingshuizen in Zuid-Holland Noord.

**Onderzoeksvraag:**

Hoe ervaren huisartsen en verzorgenden de onderlinge samenwerking en de kwaliteit van medische zorg voor en na de implementatie van het MOVIT-zorgmodel?

**Methode:**

Per verzorgingshuis neemt een Lokale Werkgroep (LWG) de medische regie, deze LWG bestaat uit huisartsen, verzorgenden, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde. Iedere LWG bepaalt zijn eigen ambitieniveau en verbeterdoelen. MOVIT wordt regionaal uitgerold. Alle huisartsen en verzorgenden in de regio hebben voor de start van MOVIT en na minimaal 18 maanden een vragenlijst ontvangen om de veranderingen door het implementatieproces te evalueren.

**Resultaat:**

Huisartsen (respons 31%) blijken na de implementatie meer tevreden over de samenwerking met de verzorging (49% vs 67%,  $P=0,025$ ), het overleg over bewoners (31% vs 63%,  $P < 0,001$ ) en er is vaker een vaste contactmogelijkheid in het verzorgingshuis (29% vs 50%,  $P=0,009$ ). Huisartsen zijn ook meer tevreden over de individuele zorg die zijzelf aan bewoners verlenen (60% vs 70%,  $P=0,030$ ). Verzorgenden (respons 42%) ervaren een verbetering in het overleg met de huisarts (31% vs 41%,  $P=0,020$ ). Echter, zij rapporteren geen verbeteringen in de samenwerking met de huisarts en de ervaren kwaliteit van de medische zorg.

**Beschouwing:**

Het MOVIT-zorgmodel leidt tot een toename in tevredenheid van de huisartsen over de medische zorg en samenwerking. Bij de verzorgenden is deze vooruitgang nog minder zichtbaar.

## 42 Poster

**Variabiliteit in de beoordeling van kwetsbaarheid van ouderen tussen huisartsen. De ISCOPE studie**  
Y.M. Drewes, J.W. Blom, W.J.J. Assendelft, T.h. Stijnen, W.P.J. den Elzen, J. Gussekloo  
LUMC, LEIDEN

### **Inleiding:**

Door de vergrijzing neemt het aantal kwetsbare ouderen toe. Deze ouderen hebben vaak complexe zorg nodig. Als huisartsen impliciet eenzelfde concept van kwetsbaarheid gebruiken, zou beoordeling door de huisarts een goed instrument kunnen zijn om ouderen hiervoor te selecteren.

### **Onderzoeksvraag:**

Welke mate van variabiliteit is er tussen huisartsen in de beoordeling van kwetsbaarheid van ouderen?

### **Methode:**

77 huisartsen hebben hun ingeschreven oudere patiënten (75-plus, n=11,392) ingedeeld in niet-kwetsbaar, mogelijk kwetsbaar en kwetsbaar. Van 2828 patiënten zijn uitgebreide patiëntkarakteristieken verzameld: socio-demografische kenmerken, functioneren (Instrumental Activities in Daily Living (IADL), Basic Activities in Daily Living (BADL)), medisch (aantal ziekten, polyfarmacie), psychologisch (Mini-Mental State Examination, 15-item Geriatric Depression Scale) en sociaal (De Jong-Gierveld Eenzaamheidsschaal). Variabiliteit tussen de huisartsen in hun kwetsbaarheidsoordeel is onderzocht met mixed-effect logistische regressie.

### **Resultaat:**

Het mediane percentage kwetsbare patiënten in de 77 praktijken was 32.0% (IQR 19.5-40.1%, range 2.4-81.0%). In de 2828 geanalyseerde deelnemers gebruikten alle huisartsen identiek patiëntkenmerken uit het medische en psychologische domein: aantal ziekten (mediane OR 1.7, 90% range=0,  $p_{\text{variabiliteit}}=1$ ), polyfarmacie (mediane OR 2.3, 90% range=0,  $p_{\text{variabiliteit}}=1$ ) en GDS-15 (mediane OR 1.6, 90% range=0,  $p_{\text{variabiliteit}}=1$ ). In het functionele domein vonden we variabiliteit in de kwetsbaarheidsbeoordeling tussen huisartsen (IADL: mediane OR 2.8, 90% range=1.6,  $p_{\text{variabiliteit}} < 0.001$  en BADL: mediane OR 2.4, 90% range=2.9,  $p_{\text{variabiliteit}} < 0.001$ ).

### **Beschouwing:**

Huisartsen zijn in staat om uniform kwetsbare oudere patiënten te selecteren op basis van patiëntkenmerken uit het medische en psychologische domein, maar zij verschillen in de mate waarin zij functioneren meewegen in hun kwetsbaarheidsoordeel.

## 43 Poster

**Screening op vier gezondheidsdomeinen bij ouderen in de huisartspraktijk. De ISCOPE studie.**  
A.H. van Houwelingen, W.P.J. den Elzen, S. le Cessie, M. Heijmans, J. Blom, J. Gussekloo  
LUMC, LEIDEN

### **Inleiding:**

Het opsporen van ouderen met complexe problematiek in de huisartspraktijk krijgt veel aandacht. Het NHG definieerde complexe problematiek als problemen op verschillende gezondheidsdomeinen die onderling negatief interacteren. Het is de vraag of met deze definitie een groep ouderen wordt geselecteerd die extra zorg nodig heeft.

### **Onderzoeksvraag:**

Welke kenmerken hebben ouderen met verschillende mate van complexe problematiek in de huisartspraktijk?

**Methode:**

Binnen de ISCOPE studie werden 2682 75-plussers op complexe problemen gescreend en aan huis geïnterviewd. Hierbij werden vragenlijsten afgenomen, ondermeer over zelfredzaamheid (Groningen Activities Restriction Scale, GARS), en kwaliteit van leven (EQ-5D). Het huisartszorggebruik werd geëxtraheerd uit het HIS.

**Resultaat:**

Van de deelnemers (32% man, mediaan 82 jaar) had 9% geen problemen, 8% problemen op 1 domein, 27% op 2, 38% op 3 en 18% op 4. Binnen een gezondheidsdomein hadden ouderen met problemen een hogere leeftijd, een lagere kwaliteit van leven en waren minder zelfredzaam vergeleken met ouderen zonder problemen in dat gezondheidsdomein. Per probleem domein extra was de GARS-score 3,7 punten hoger (95% BI 3,3-4,2), het huisartszorggebruik 29 minuten hoger (95% BI 19-40) en de EQ5D 0.09 punt lager (95% BI -0.11;-0.08). Bij vier probleem domeinen was er tevens een extra toename van GARS-score (+3,9 [95% BI 2,6-5,1]), huisartszorggebruik (+48 minuten [95% BI 17-81]) en een extra afname in kwaliteit van leven (EQ5D 0.06 [95% BI 0.09;0.03]).

**Conclusie:**

Bij ouderen hangt de aanwezigheid van problemen op gezondheidsdomeinen samen met mindere zelfredzaamheid, meer huisartsenzorg en een lagere kwaliteit van leven. Dit geldt het meest uitgesproken voor ouderen met problemen op alle gezondheidsdomeinen.

**44 Voordracht*****De inbreng van patiënten bij medicatiebeoordelingen: een systematisch literatuur onderzoek***

*F. Willeboordse<sup>1</sup>, P. Elders<sup>2</sup>, J.G. Hugtenburg<sup>2</sup>, F.G. Schellevis<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>VUmc/NIVEL, UTRECHT

<sup>2</sup>VUmc, AMSTERDAM

**Achtergrond:**

Een medicatiebeoordeling is een gestructureerde, kritische beoordeling van de medicatie met als doel om samen met de patiënt de behandeling en medicatie te optimaliseren en risico's te verminderen.

Patiëntparticipatie is belangrijk om concordantie tussen arts en patiënt te bereiken over de farmacotherapie. In de recente multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie wordt ook geadviseerd om patiënten te betrekken bij de farmacotherapie. Er is echter weinig bekend over de effectiviteit van patiëntparticipatie bij medicatiebeoordelingen.

**Onderzoeksvraag:**

Welke typen patiëntparticipatie bij medicatiebeoordelingen zijn bekend in de literatuur en wat is bekend over de effecten hiervan?

**Methode:**

Een systematische literatuurreview is uitgevoerd in de databases PubMed, EMBASE, CINAHL en Cochrane-Library. Artikelen werden geïncludeerd door twee onafhankelijke reviewers op basis van inclusiecriteria en vervolgens op kwaliteit beoordeeld. Inclusiecriteria waren origineel onderzoek, medicatiebeoordelingen bij volwassenen of ouderen met een vorm van patiëntparticipatie.

**Resultaten:**

Van de 1118 abstracten die zijn geïdentificeerd, werden uiteindelijk 30 artikelen geïncludeerd in de literatuurreview. Het betrof meestal kleinschalige studies. De omschrijving van patiëntparticipatie was in de meeste studies zeer beperkt. Patiëntparticipatie betrof in 23 studies het niveau van informatie-geven door de patiënt, meestal via een consult met de apotheker. Een dialoog met de patiënt en *shared-decision-making* werd in geen enkele studie beschreven.

Vijf studies rapporteerden effecten van patiëntparticipatie bij medicatiebeoordelingen. De effecten



werden behaald in een verbetering in de identificatie van medicijn-gerelateerde problemen.

### **Discussie:**

Het bewijs voor effectiviteit van patiëntparticipatie bij medicatiebeoordelingen is in de literatuur weinig tot niet onderzocht. Toekomstige studies moeten gericht zijn op de betrokkenheid van patiënten bij het medicatiebeoordelingsproces.

### **45 Voordracht**

#### ***Voorspellen van astma bij jonge kinderen met de CAPS 'Clinical Asthma Prediction Score'***

*L.B. van der Mark<sup>1</sup>, K.E. van Wonderen<sup>1</sup>, J. Mohrs<sup>1</sup>, W.M.C. van Aalderen<sup>1</sup>, G. ter Riet<sup>1</sup>, P.J.E. Bindels<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>AMC, AMSTERDAM

<sup>2</sup>Erasmus MC, ROTTERDAM

### **Inleiding / vraagstelling:**

De diagnose astma bij jonge kinderen is in de huisartspraktijk moeilijk te stellen. Een predictiescore voor jonge kinderen op het ontwikkelen van astma die met piepen en/of kortademigheid bij de huisarts komen is daarom relevant. De doelstelling dit onderzoek is het ontwikkelen van een predictiescore met voorspellers die optimaal informatief, handig meetbaar en bruikbaar in de huisartspraktijk zijn voor het voorspellen van astma op zesjarige leeftijd bij 1-5 jarige kinderen.

### **Methoden:**

Zevenhonderd en eenenzeventig hoogrisico kinderen voor het ontwikkelen van astma, 1 tot en met 5 jaar bij inclusie, zijn prospectief gevolgd tot zesjarige leeftijd. Gevalideerde vragenlijsten over astmasymptomen en omgevingsfactoren zijn ingevuld en specifieke IgE-metingen (hond, kat en/of huisstofmijt) zijn verzameld. Op zesjarige leeftijd is (geblindeerd) de aanwezigheid van astma bepaald, door middel van spirometrie en methacholine provocatietest bij kinderen die piepten en/of kortademig waren en/of inhalatiemedicatie gebruikten. Kinderen die geen symptomen hadden of medicatie gebruikten op zesjarige leeftijd ondergingen geen vervolgonderzoek en kregen geen astma diagnose. Vervolgens ontwikkelden we de praktische 'Clinical Asthma Prediction Score' (CAPS) aan de hand van klinische relevantie gecombineerd met gebootstrapte multivariabele regressiemethodes.

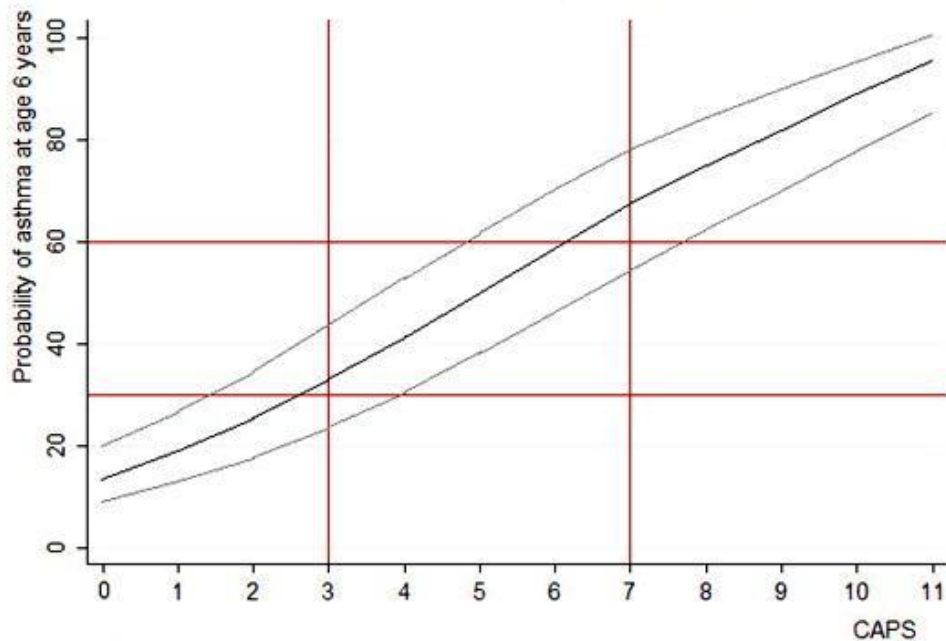
### **Resultaten:**

Van 438/771 kinderen (57%) hebben we complete gegevens. De astmaprevalentie op zesjarige leeftijd was 43%. Vijf voorspellers van astma zijn geselecteerd: leeftijd, familie anamnese van astma en/of allergie, piepen waardoor de slaap wordt onderbroken, piepen zonder griep of verkoudheid en specifiek IgE. De CAPS loopt van 0 tot 11 punten. Een CAPS van 2 punten levert een risico op astma op zesjarige leeftijd op van 25%. Een score van 7 punten of meer levert een risico op van 67% tot zelfs 90%.

### **Conclusie:**

We hebben een praktische predictiescore de CAPS ontwikkeld voor 1-5 jarige kinderen met een hoog risico op het ontwikkelen van astma op zesjarige leeftijd, die zich presenteren bij de huisarts met luchtwegklachten als piepen en/of kortademigheid. De CAPS kan een toegevoegde waarde hebben in het beleid voor (niet-)medische interventies in de huisartspraktijk bij dit soort kinderen. Met de CAPS zouden ook homogenerere trialspopulaties kunnen worden samengesteld en bestaande trials efficiënter geanalyseerd (op subgroep-effecten). Externe validatie van het model is gewenst.

**CAPS score vs kansen op astma op leeftijd 6 jaar**



**CAPS risicofactoren, score en kansen op astma op 6 jaar**

CAPS: Clinical asthma prediction score

Risicofactor	Categorieën	CAPS punten	CAPS	Kans op astma, 6jr (%)	95%CI
Leeftijd	1	0	0	13.5	8.8 - 20.3
	2	1	1	19.0	13.3 - 26.3
	3	2	2	24.4	17.0 - 33.8
	4	3	3	32.3	22.7 - 43.6
	5	4	4	41.1	30.3 - 52.9
IgE	Negatief	0	5	50.4	37.5 - 63.2
	Positief	2	6	59.1	45.5 - 71.4
Astma of Allergie (bij ouders en/of broers/zussen)	Negatief	0	7	67.6	54.1 - 78.7
	Positief	1	8	76.7	64.1 - 85.9
Piepen waardoor 's nachts wakker	Nee	0	9	82.2	69.9 - 90.2
	Ja	2	10	87.1	76.9 - 93.2
Piepen zonder griep/verkoudheid	Nee	0	11	89.7	80.4 - 94.9
	Ja	2			
Score range (CAPS)		0-11			

**46 Voordracht**

***Het opsporen van functioneringsproblemen en bieden van zelfmanagementondersteuning door de praktijkondersteuner in de reguliere diabeteszorg: een procesevaluatie***

A.N. van Dijk, M.A. van Bokhoven, T. van der Weijden, J.T.h.M. van Eijk

Universiteit Maastricht, MAASTRICHT

**Inleiding:**

Een Self Management Support (SMS) programma, afgeleid van een kosteneffectieve minimale psychologische interventie voor chronisch zieken, is geïmplementeerd in de reguliere zorg. SMS houdt in dat praktijkondersteuners tijdens reguliere diabetesconsulten systematisch vragen naar problemen in

het dagelijks functioneren. Patiënten met ernstige klachten van distress, depressie, angst of somatisatie worden verwezen naar de huisarts. Bij matige klachten biedt de praktijkondersteuner zelfmanagementondersteuning aan gebaseerd op problem solving en reattributie.

**Onderzoeksvraag:**

De procesevaluatie van SMS is gericht op de vraag: in hoeverre is SMS uitgevoerd zoals beoogd en wat zijn volgens betrokkenen obstakels hierbij?

**Methode:**

Met behulp van consultregistraties zijn gegevens verzameld over de detectie en het SMS aanbod. Verder zijn praktijkondersteuners (n=19), huisartsen (n=13) en patiënten (n=125) met diepte-interviews en vragenlijsten ondervraagd over hun ervaringen met SMS.

**Resultaat:**

Na een jaar hebben de praktijkondersteuners bij 430 van 2013 patiënten (21%) een probleem in het dagelijks psychosociaal functioneren gedetecteerd. De zelfmanagementondersteuning is uitgevoerd bij 47 patiënten. Volgens de praktijkondersteuners en huisartsen is de systematische aandacht voor het psychosociaal welbevinden winst. Ervaren knelpunten betreffen de benodigde tijd voor SMS, uitloop van consulten, afstemming binnen de huisartsenpraktijk en verwachtingen van patiënten. Patiënten verwachten van een praktijkondersteuner vooral zorg op somatisch en minder op psychosociaal gebied.

**Beschouwing:**

Succesvolle implementatie van SMS begint met scholing in de noodzakelijke competenties. Daarnaast dient SMS een vaste plek in het reguliere consult van de praktijkondersteuner te krijgen. Voor een effectieve implementatie zullen ook patiënten voorgelicht moeten worden over de nieuwe rol van de praktijkondersteuner bij het geven van zelfmanagementondersteuning.

**47 Poster**

***Voorspellers van kniepijn progressie bij mensen met vroeg symptomatische knie artrose - resultaten van CHECK na vijf jaar follow-up***

A.N. Bastick<sup>1</sup>, S.P. Verkleij<sup>1</sup>, J. Damen<sup>1</sup>, J. Wesseling<sup>2</sup>, P.J. Emans<sup>3</sup>, S.M.A. Bierma-Zeinstra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, ROTTERDAM

<sup>2</sup>UMC Utrecht, UTRECHT

<sup>3</sup>UMC Maastricht, MAASTRICHT

**Doelstelling:**

Bepalen welke patiëntenkarakteristieken pijn progressie voorspellen bij patiënten met vroeg symptomatische knie artrose.

**Methode:**

Data verkregen uit de Cohort Heup En Cohort Knie (CHECK) studie. Onze inclusiecriteria waren kniepijn; de diagnose knieartrose volgens de ACR-richtlijnen, en een voltooide follow-up. Onze uitkomstmaat was pijn jaarlijks beoordeeld op de Numeric Rating Scale (NRS). De deelnemers werden hierop ingedeeld in twee afzonderlijke pijn beloop groepen verkregen door Latent Class Growth Analysis. De baseline gegevens tussen de twee groepen werden vergeleken. Binaire logistische regressieanalyses werden uitgevoerd om odds ratio's te berekenen. Tevens werd een predictie model opgesteld.

**Resultaten:** Inclusie 705 deelnemers (= 705 knieën). 416 ingedeeld in de gunstige pijnbeloop groep; 289 in de ongunstige groep. Er waren significante verschillen na correctie voor leeftijd en geslacht in BMI (OR 1,09), opleidingsniveau (OR 0,48), etniciteit (OR 3,10), mate van comorbiditeit (OR 1,72), ernst van symptomen (OR 1,58), vermogen van coping met pijn (OR 1.85), pijn in de ipsilaterale heup

(1,50), ochtendstijfheid van de knie (OR 1,65), pijnlijke gewrichtsspleet (OR 2,80), bewegingsbeperking van de knie, pijnlijke actieve bewegingen van de knie en heup, en bezinking (OR 1,02). Ons predictie model had AUC 0,79 (Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0.331).

### **Conclusie:**

Mensen met vroeg symptomatische knieartrose die zich presenteren met ernstige pijn in het kniegewricht; niet adequaat copen met pijn; een hoog BMI; een lager opleidingsniveau; meer comorbiditeit; ochtendstijfheid; pijn in de ipsilaterale heup; pijnlijke actieve bewegingen van de knie en heup; en een pijnlijke gewrichtsspleet, hebben een verhoogd risico op kniepijn progressie gedurende een follow-up van vijf jaar.

### **49 Voordracht**

#### ***Proactieve samenhangende zorg voor ouderen met complexe problematiek geïdentificeerd door screening in de huisartspraktijk. De ISCOPE studie.***

*J.W. Blom, W.P.J. den Elzen, A.H. van Houwelingen, M. Heijmans, M.W.M. de Waal,*

*W.B. van den Hout, J. Gussekloo*

*LUMC, LEIDEN*

### **Inleiding:**

Het proactief werken in de medische zorg voor ouderen is nog geen gemeengoed in de eerstelijns; kennis over de uitvoerbaarheid en effectiviteit ontbreekt.

### **Onderzoeksvraag:**

Wat is het effect van proactieve samenhangende ouderenzorg, een combinatie van screening op complexe problematiek en een zorgactieplan, op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van ouderen in de huisartspraktijk?

### **Methode:**

Binnen ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older Persons) werden in 59 huisartspraktijken ouderen ( $\geq 75$  jaar) gescreend met de ISCOPE-vragenlijst (21 vragen, domeinen: somatisch, functioneel, psychisch, sociaal). Complexe problematiek werd gedefinieerd als problemen op 3 of 4 domeinen. Interventiepraktijken (n=30) kregen screeningsresultaten teruggekoppeld. Na training maakten huisartsen en praktijkondersteuners voor 10 random gekozen ouderen met complexe problematiek een zorgactieplan. Controlepraktijken (n=29) leverden gebruikelijke zorg. Uitkomstmaten: zelfredzaamheid (Groningen Activity Restriction Scale), kwaliteit van leven (EQ-5D), zorggebruik, kostenevaluatie. Analyse: cluster-analyse, intention to treat, Linear Mixed Modeling.

### **Resultaten:**

In totaal stuurden 7285 van de 11,479 ouderen de screeningsvragenlijst terug (respons 63.5%). Bij 1921 ouderen (26.4%) was sprake van complexe problematiek; voor 225 van de 288 hieruit random geselecteerde ouderen (78%) is een zorgplan gemaakt. Na 1 jaar was tussen beide groepen geen verschil in achteruitgang van zelfredzaamheid (-0.6, 95%CI -1.7;0.5, p=0.31) en kwaliteit van leven (0.03, 95%CI -0.01;0.07, p=0.18). De kosteneffectiviteit zal worden gepresenteerd.

### **Beschouwing:**

Proactieve zorg, vormgegeven door het maken van zorgactieplannen voor ouderen die bij screening complexe problematiek hebben, is goed uitvoerbaar in de huisartspraktijk. Dit zorgmodel heeft echter geen effect op de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven bij ouderen met complexe problematiek.

## 50 Poster

### **Screening naar pijn bij ouderen in de huisartspraktijk. De ISCOPE studie.**

*M.W.M. de Waal, W.P.J. den Elzen, W.P. Achterberg, J. Gussekloo, J.W. Blom  
LUMC, LEIDEN*

#### **Inleiding:**

Screening kan een waardevol hulpmiddel zijn voor huisartsen om proactieve zorg voor ouderen met pijn te realiseren. De 'Pain intensity, Enjoyment in life, General activity questionnaire' (PEG) is ontwikkeld als een ultrakorte screeningsvragenlijst voor de eerstelijns, maar is nog niet getest bij ouderen.

#### **Onderzoeksvraag:**

Testen van de PEG als schriftelijke screeningsvragenlijst bij ouderen.

#### **Methode:**

Binnen ISCOPE zijn vragenlijsten naar 321 geregistreerde patiënten van  $\geq 75$  jaar uit 3 huisartspraktijken gestuurd. Screening omvatte de 3-item PEG en een vraag over behandelbehoefte. Een steekproef van 95 deelnemers is geïnterviewd over pijn (Brief Pain Inventory, BPI), huidige pijnbehandeling, medicatie en behandelbehoefte.

#### **Resultaat:**

Van de 243 deelnemers (respons 76%) rapporteerde 68% pijn op de PEG. De mediane PEG-score was 2,0 (IQR 0-4,7). In totaal hadden 79 ouderen (35%) een PEG-  $\geq 4$  punten, waarbij 56% pijnbehandeling rapporteerde en 15% behandelbehoefte aangaf. Binnen de geïnterviewde deelnemers waren er positieve correlaties tussen de PEG-score uit de screening en BPI-scores op de subschalen ernst ( $r=0,7$ ;  $p<0,01$ ) en beperkingen ( $r=0,8$ ;  $p<0,01$ ). Het antwoord op de vraag naar behandelbehoefte tijdens interview was vaak incongruent met de screening. Van de geïnterviewden met PEG-score  $\geq 4$  punten ( $n=43$ ), rapporteerden 10 (23%) pijn zonder huidige pijnbehandeling, waarvan 3 aangaven mogelijk hulp te gaan vragen aan de huisarts. Van 26 (60%) met huidige pijnbehandeling, gaven 5 aan mogelijk méér/ zwaardere medicatie nodig te hebben.

#### **Beschouwing:**

Gezien de positieve correlaties met de BPI kan de ultrakorte PEG-vragenlijst goed gebruikt worden als schriftelijke screeningsvragenlijst bij ouderen. Echter, de behandelbehoefte in kaart brengen met een eenvoudige screeningsvraag is lastiger.

## 51 Voordracht

### **Cochrane review: De effectiviteit van geïntegreerde zorg voor COPD patiënten**

*A.L. Kruijs<sup>1</sup>, N. Smid<sup>2</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>3</sup>, J. Gussekloo<sup>1</sup>, M.R.S. Boland<sup>4</sup>, M.P.M.H. Rutten-van Molken<sup>4</sup>,  
N.H. Chavannes<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>UMCG, GRONINGEN

<sup>3</sup>Radboud UMC, NIJMEGEN

<sup>4</sup>Erasmus Universiteit, ROTTERDAM

#### **Inleiding:**

Het is onduidelijk wat het effect is van geïntegreerd disease management (IDM) voor COPD patiënten. Eerder gepubliceerde systematische reviews zijn gedateerd of bevatten methodologische tekortkomingen.

#### **Onderzoeksvraag:**

Het doel van deze Cochrane review is om op een systematische, gestructureerde manier de effectiviteit van IDM voor COPD patiënten te evalueren.

**Methode:**

We includeerden RCT's waarin de interventie bestond uit een IDM programma voor COPD patiënten, programmaduur was minimaal drie maanden. Er moesten minstens twee verschillende hulpverleners betrokken zijn die minstens twee verschillende zorgonderdelen verleenden. Primaire uitkomstmaten waren kwaliteit van leven, inspanningstolerantie en exacerbaties.

**Resultaten:**

Van de 4776 abstracts voldeden 26 studies aan de inclusiecriteria. COPD patiënten bleken in een IDM programma een statistisch en klinisch relevante verbetering te bereiken op de Chronic Respiratory Questionnaire: domein dyspneu (Mean Difference, MD 1,02, 95%BI 0,67-1,36); vermoeidheid (MD 0,82; 95%BI 0,46-1,17); emoties (MD 0,61; 95%BI 0,26-0,95), beheersing (MD 0,75; 95%BI 0,38-1,12). Op de St George Respiratory Questionnaire was er een statistisch significante verbetering (totaal MD -3,71, 95%BI -5,83 tot -1,59; activiteiten MD -2,70 (95% BI -4,84 tot -0,55, p = 0,01). Op de impact-score was deze tevens klinisch relevant (MD -4,04; 95%BI -5,96 tot -2,11). Inspanningstolerantie verbeterde klinisch relevant (MD 44 meter; 95%BI 22-66; P<0.0001). Er waren minder ziekenhuisopnames in de IDM groep (27 vs. 20 per 100; p=0.001) en de opnameduur nam af met bijna 4 dagen (MD 3,78; 95%BI 5,9 tot 1,67; p<0.001).

**Beschouwing:**

Na het volgen van een geïntegreerd disease management programma verbeteren COPD patiënten klinisch relevant op kwaliteit van leven en inspanningstolerantie. Ook nam het aantal ziekenhuisopnames en de duur van de opname af.

**52 Voordracht*****Een web-based consultatie systeem voor patiënten met chronische nierschade: een eerste verkenning van mogelijkheden.***

*V.A. van Gelder, N.D. Scherpbier-de Haan, C. van Weel, G.M.M. Vervoort, J.F.M. Wetzels, W.J.C. de Grauw  
UMC St Radboud, NIJMEGEN*

**Doel:**

Een web-based consultatie systeem (Telenefrologie) maakt het voor huisartsen mogelijk om een nefroloog te consulteren over een patiënt met chronische nierschade: relevante data worden uit het elektronisch patiënt dossier geëxporteerd naar een beveiligde digitale omgeving waarbinnen de nefroloog advies geeft. Het primaire doel van de studie was om de potentie van Telenefrologie om het aantal verwijzingen te verminderen vast te stellen.

**Methode:**

Observationele, prospectieve studie over Telenefrologie consulten tussen 28 huisartspraktijken en 5 afdelingen nefrologie in Nederland tussen Mei 2009 en Augustus 2011.

De primaire uitkomstmaat was de potentiële verwijsreductie, gemeten als het verschil in aantal voorgenomen verwijzingen door de huisarts en het aantal verzochte verwijzingen door de nefroloog. Secundaire uitkomsten waren de bruikbaarheid van het systeem, uitgedrukt in tijdsinvestering, gebruik tijdens de werkdag en tijd tot antwoord. Verder evalueerden we de gestelde vragen.

**Resultaten:**

122 Nieuwe consulten werden geïnccludeerd. Bij afwezigheid van Telenefrologie waren 43 patiënten (35.3%) verwezen door de huisarts, terwijl de nefroloog een verwijzing nodig achtte bij slechts 17 patiënten (13.9%) (p<0.0001). De huisarts zou 79 patiënten in de eerste lijn hebben behandeld. Bij 10 van deze patiënten vond de nefroloog een verwijzing nodig. Tijdsinvestering bedroeg minder dan 10 minuten per consult. Consulten werden grotendeels aangevraagd en beantwoordt tijdens werkuren. Antwoord kwam gemiddeld na 1.6 dagen (95%BI: 1.2-1.9). De meeste vragen gingen over de geschatte

nierfunctie (eGFR), proteïnurie, en bloeddruk.

**Conclusie:**

Een web-based consultatie systeem kan mogelijk verwijzingen reduceren en is bruikbaar. Telenefrologie kan bijdragen aan zorgvuldig gebruik van medische voorzieningen doordat patiënten in de eerste lijn worden behandeld met ondersteuning op afstand door de nefroloog.

Naar aanleiding van deze studie werden op twee fronten stappen ondernomen.

Vervolgstudie: opzetten van een RCT om de werkelijke verwijfsreductie aan te tonen.

Implementatie: Beschikbaar maken van Telenefrologie voor belangstellende huisartspraktijken en afdelingen nefrologie. Dit heeft inmiddels tot implementatie in 20 ziekenhuizen geleid.

**53 Poster**

***Cognities van de huisarts omtrent functionele buikpijn bij kinderen.***

*M.A.E. Weinans, G.A. Holtman, Y. Lisman-van Leeuwen, M.Y. Berger  
UMCG, GRONINGEN*

**Inleiding:**

Buikpijn is de klacht bij vijf procent van de kinderen die de huisarts consulteren. Meestal gaat het om functionele buikpijn; buikpijn die zich voordoet in de afwezigheid van een anatomische afwijking, inflammatie, of weefselschade. Functionele buikpijn valt onder de somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Een goede dokter-patiënt relatie is erg belangrijk voor een effectieve behandeling van patiënten met SOLK. Eén van de determinanten van een goede dokter-patiënt relatie is de opvatting die de dokter heeft over de aandoening van zijn patiënt.

**Onderzoeksvraag:**

Welke cognities leven er bij de huisarts omtrent functionele buikpijn bij kinderen?

**Methode:**

Een online vragenlijstonderzoek onder 100 random geselecteerde huisartsen uit Noord-Nederland.

**Resultaat:**

De respons was 49% (49/100). Drieëntwintig huisartsen (47%) denken dat de oorzaak van functionele buikpijn psychosomatisch is, 24 huisartsen (49%) denken dat de oorzaak multifactorieel is.

Drieënveertig huisartsen (88%) zien functionele buikpijn als een serieuze aandoening en 44 huisartsen (90%) vinden dat functionele buikpijn veel impact heeft op het leven van een kind. Twintig huisartsen (41%) voelen zich onzeker tijdens het handelen bij een kind met functionele buikpijn. Dertig huisartsen (63%) vinden het moeilijk om de patiënt te overtuigen dat de klachten functioneel zijn. Veertien huisartsen (28%) vinden dat er onvoldoende effectieve behandelstrategieën beschikbaar zijn in de eerste lijn.

**Beschouwing:**

Huisartsen zien functionele buikpijn bij een kind als een serieuze aandoening die veel impact heeft op het leven van een kind. Verder is er een evidente groep huisartsen die moeilijkheden ervaart in de communicatie met, en de behandeling van, kinderen met functionele buikpijn.

**54 Voordracht**

***Voorkeuren van patiënten voor follow-up na borstkanker in de eerste lijn versus de tweede lijn: een kwalitatief onderzoek.***

*C. Roorda-Lukkien, A.J. Berendsen, C. Scholing, K. Van der Meer, M.Y. Berger, M. De Fouw,  
G.H. De Bock  
UMCG, GRONINGEN*

**Inleiding:**

Vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis worden doorgaans geruime tijd begeleid en periodiek gecontroleerd in de tweede lijn. In toenemende mate wordt deze follow-up overgedragen aan de huisarts. Onduidelijk is wat de opvattingen van patiënten hierover zijn.

**Onderzoeksvraag:**

Wat zijn de voorkeuren van patiënten ten aanzien van follow-up na borstkanker in de eerste lijn versus de tweede lijn?

**Methode:**

In kwalitatief onderzoek werden zeventig patiënten uit huisartspraktijken van het Registratie Netwerk Groningen geïnterviewd. De interviews werden opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Twee onderzoekers analyseerden de interviews onafhankelijk en thematisch.

**Resultaat:**

Specialistische follow-up kreeg bij driekwart van de patiënten (43/56) de voorkeur boven andere follow-up strategieën. Follow-up door de huisarts werd door 57% van de patiënten (38/67) geaccepteerd. Goede communicatie tussen huisarts en specialist en voldoende kennis bij de huisarts werden als belangrijke voorwaarden gezien. Patiënten beschouwden de persoonlijke relatie met hun huisarts en de laagdrempeligheid/bereikbaarheid van de huisartspraktijk als voordelen van eerstelijns follow-up. Belemmeringen om eerstelijns follow-up te accepteren waren beperkte oncologische kennis en vaardigheden, motivatie en tijd bij de huisarts en het vertrouwen van patiënten in de huidige specialistische follow-up.

**Beschouwing:**

Meer dan de helft van de patiënten staat open voor follow-up in de eerste lijn. Het vertrouwen van patiënten in follow-up door de huisarts kan toenemen door het gebruik van een individueel nazorgplan in de eerste en tweede lijn en door oncologische nascholing van huisartsen.

**55 Poster**

***Cultuur-specifieke uitnodigingsstrategieën om deelname aan het preventieconsult te vergroten***  
*I. Groenenberg<sup>1</sup>, M.R. Crone<sup>2</sup>, J. Ben Meftah<sup>2</sup>, S. Van Dijk<sup>2</sup>, B.J.C. Middelkoop<sup>2</sup>, A.M. Stiggelbout<sup>2</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>LEIDEN

<sup>2</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>3</sup>UMC St. Radboud Nijmegen, NIJMEGEN

**Inleiding:**

Het Preventieconsult geeft mensen inzicht in hun risico op hart- en vaatziekten, diabetes en nierfalen. Niet-Westerse immigranten en autochtonen met een lage sociaal economische status (SES) hebben gemiddeld een hoger risico op deze aandoeningen, terwijl deelname aan gezondheidsscreening bij deze 'kwetsbare groepen' juist lager is.

**Onderzoeksvraag:**

Kan deelname van kwetsbare groepen aan het Preventieconsult vergroot worden door een toepassing van stapsgewijze cultureel aangepaste uitnodigingsstrategieën?

**Methoden:**

Trechtermethode van cultureel aangepaste uitnodigingsstrategieën: 1) schriftelijke uitnodiging, 2) telefonische benadering van patiënten die niet op de schriftelijke uitnodiging hebben gereageerd, 3) face-to-face benadering van patiënten die niet op de schriftelijke en telefonische uitnodiging hebben gereageerd. Doelgroep: deelnemers van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst (n=3x425) en



autochtonen met een lage SES (n=425). Data worden verzameld in 7 huisartspraktijken (n=1700).

### **Resultaten:**

In de eerste huisartspraktijk (n=280) is het onderzoek afgerond. De respons was 27.9% op de schriftelijke strategie, 52.5% op de schriftelijke+telefonische strategie gecombineerd en 55.7% op de schriftelijke+telefonische+face-to-face strategie gecombineerd. Van de respondenten gaf 79% aan deel te willen nemen, 11% gaf aan te twijfelen en 10% gaf aan niet deel te willen nemen. Tijdens de wetenschapsdag worden data gepresenteerd van de overige huisartspraktijken die het onderzoek dan ook (grotendeels) hebben afgerond.

### **Beschouwing:**

Een totale respons van 56% is in deze doelgroep veelbelovend. De helft hiervan wordt bereikt door inzet van alleen de schriftelijke strategie, wat een onverwachte hoge bevinding is. Na afloop van het onderzoek bieden we de huisartspraktijk praktische handvatten over welke strategieën deelname van kwetsbare groepen aan het preventieconsult vergroten.

### **56 Poster**

#### ***HPV, wat doe je ermee? De ervaringen van hrHPV draagsters ten aanzien van de informatievoorziening.***

*J. Krol<sup>1</sup>, J.C. Polet<sup>2</sup>, R. Rajai<sup>1</sup>, A. Bukman<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Meander Medisch Centrum, SOEST*

<sup>2</sup>*Hoge School Utrecht, UTRECHT*

### **Introductie en vraagstelling:**

Vrouwen die te horen krijgen dat ze naast een afwijkend uitstrijkje ook een positieve hrHPV (hoog risico Humaan Papilloma Virus) uitslag hebben, weten vaak niet wat dit betekent. In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag hoe vrouwen deze uitslag ervaren met name ten aanzien van de informatievoorziening. Wat is voor deze groep vrouwen de meest wenselijke informatievoorziening? Het doel is het ontwikkelen van een best practice.

### **Materiaal en Methode:**

Naast een systematische literatuurstudie is er een mixed method onderzoek gehouden onder 10 vrouwen. De huisartsen van het verzorgingsgebied van Meander Medisch Centrum ontvingen een vragenlijst en er is een benchmarking verricht.

### **Resultaat:**

Vrouwen ervaren de uitslag met gemengde gevoelens.

Er is behoefte aan HPV inhoudsinformatie.

In de huisartsenpraktijk komt HPV informatie onvoldoende aan bod.

HPV informatie op websites van ziekenhuizen is vaak niet aanwezig of onvolledig.

HPV informatie kan op verschillende manier verstrekt en ontvangen worden.

Professionals moeten de tijd nemen om te luisteren.

HPV informatie moet niet stigmatiserend of seksueel beladen gebracht worden

Vrouwen hebben behoefte aan een bepaalde vorm van geruststelling.

### **Conclusie:**

Vrouwen ervaren de uitslag met gemengde gevoelens.

De huidige HPV informatievoorziening dient verbeterd te worden met betrekking tot de inhoud, de wijze van verstrekking en de attitude waarmee erover gesproken wordt.

**Ontwikkelde Best Practice:** Er wordt een hrHPV flyer ontwikkeld. De flyer wordt afgestemd met andere partijen en geïmplementeerd met behulp van de in house strategie.

## 57 Poster

### ***Afwegingen en behoeften van ouderen met sombere gevoelens.***

*M. von Faber<sup>1</sup>, G.M. van der Weele<sup>2</sup>, G. van der Geest<sup>1</sup>, J.W. Blom<sup>1</sup>, J. Gussekloo<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>NHG, UTRECHT

#### **Inleiding:**

Depressieve symptomen bij ouderen worden mogelijk ondergediagnostiseerd en onderbehandeld, en screening zou tot een betere prognose kunnen leiden. Toch blijkt uit ons eerder onderzoek dat screening niet zonder meer tot positieve resultaten leidt. Ouderen maken weinig gebruik van interventies. Daarom onderzochten wij wat de afwegingen en behoeften zijn van ouderen die zich somber voelen.

#### **Methode:**

Binnen dit onderzoek werden ouderen van 75 jaar en ouder geselecteerd die bij de screening in de ISCOPE studie aangaven (soms) somber te zijn; het betrof zowel ouderen zonder als mét complexe problematiek, gedefinieerd als problemen op 3 of 4 domeinen van gezondheid (functioneel, somatisch, psychisch, sociaal). Zij werden uitgenodigd voor twee diepte-interviews over eigen percepties op de oorzaak, oplossingen en ideeën over bestaande interventiemogelijkheden.

#### **Resultaten:**

In totaal zijn 19 ouderen met en 19 ouderen zonder complexe problematiek geïnterviewd. Vrijwel alle respondenten zijn actief bezig met coping. Een positief antwoord op een screeningsvraag naar somberheid houdt niet altijd in dat er behoefte is aan ondersteuning. Vooral ouderen zonder complexe problematiek geven aan op hun eigen capaciteiten te vertrouwen om problemen op te lossen. Echter, bij ouderen met complexe problematiek bestaat vaker behoefte aan informatie en ondersteuning. Slechts enkele ouderen hebben een duidelijke hulpvraag. Kennis over mogelijke interventies is bij alle respondenten gering.

#### **Beschouwing:**

Ouderen die bij screening aangeven somber te zijn, blijken uitgebreide coping-strategieën te hebben. Het effect daarvan wordt door de meeste respondenten als voldoende beoordeeld. Voor huisartsen bieden deze strategieën een aanknopingspunt voor informatie en ondersteuning.

## 58 Poster

### ***Implementatie van de zorgstandaard obesitas voor kinderen***

*A.A.H. Schalkwijk<sup>1</sup>, P.J.M. Elders<sup>2</sup>, S.D.M. Bot<sup>3</sup>, G. Nijpels<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>AMSTERDAM

<sup>2</sup>Academisch Netwerk Huisartsen VUmc, AMSTERDAM

<sup>3</sup>EMGO+ Instituut voor Gezondheid en Zorg, VUmc, AMSTERDAM

<sup>4</sup>Afdeling Huisartsgeneeskunde, VUmc, AMSTERDAM

#### **Inleiding:**

In de afgelopen decennia is de prevalentie van obesitas bij kinderen toegenomen. De hedendaagse zorg voor obese kinderen bevat een aantal knelpunten, zoals gefragmenteerde zorg, onvoldoende afstemming tussen zorgverleners, late signalering en onvoldoende monitoring. In november 2010 zijn de Zorgstandaard Obesitas en NHG richtlijn obesitas uitgebracht. Hoewel de zorgstandaard uitgangspunten geeft hoe de multidisciplinaire zorg er uit moet zien, is niet bekend hoe deze effectief in de praktijk kan worden geïmplementeerd.

#### **Onderzoeksvraag:**

Hoe verloopt het proces van implementatie van de zorgstandaard volgens het implementatieproces van Grol en Wensing? Leidt deze implementatie tot grotere tevredenheid, verbetering van kwaliteit van

leven en de verlaging van de BMI van obese kinderen.

#### **Methode:**

Het betreft een niet-gerandomiseerd gecontroleerd interventie onderzoek waarbij kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden worden gebruikt. De volgende stappen volgens het model van Grol en Wensing zijn al doorlopen (1) contextanalyse, (2) probleemanalyse, (3) strategie voor verandering. Op dit moment zijn we bezig met de uitvoer van de strategieën en implementatie. Vier huisartspraktijken (17 huisartsen), kinderartsen en jeugdartsen doen mee aan het onderzoek. De strategieën voor verandering worden op organisatieniveau, huisartsenniveau en doelgroepniveau uitgevoerd.

#### **Resultaten:**

Op elk niveau zijn al geleerden lessen, elke dag komen erbij. Zo bleek op organisatieniveau de communicatie tussen zorgverleners en de continuïteit van zorg een groot probleem. Op huisartsniveau kwam naar voren dat huisartsen verschillende attitudes hebben ten aanzien van bespreken van gewicht bij kinderen.

#### **Beschouwing:**

Onze eerste bevindingen geven inzicht welke strategieën succesvol kunnen zijn voor een landelijk implementatie. We zouden graag onze ervaringen delen en discussiëren over het vervolg.

#### **60 Poster**

##### ***Een integrale wijkgerichte preventieaanpak in de eerstelijnszorg; implementatie van het Preventiekompas voor cardiometabole risicoprofilering.***

*K. van den Brekel-Dijkstra<sup>1</sup>, R.A. Kraaijenhagen<sup>2</sup>, A.H. Rengers<sup>1</sup>, N.J. de Wit<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>LRJG, UTRECHT*

*<sup>2</sup>Niped, AMSTERDAM*

#### **Achtergrond:**

Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra (LRJG), GG&GD Utrecht, NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics (NIPED) en Achmea zorgverzekeringen hebben een geïntegreerd, op maat gemaakt preventieprogramma gerealiseerd in de eerstelijnszorg in Leidsche Rijn, 'Persoonlijke preventie in de wijk'. In dit programma wordt, met behulp van het PreventieKompas, een gezondheidsrisicoanalyse voor het opsporen van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en diabetes gecombineerd met op maat gemaakte leefstijladviezen waarin leefstijlinterventies in de wijk zijn opgenomen.

#### **Methoden:**

Uit het patiëntenbestand van LRJG zijn 800 patiënten tussen de 45 en 70 jaar uitgenodigd middels een brief van de huisarts. Patiënten met bekende chronische aandoeningen (bijvoorbeeld DM en hart- en vaatziekten) zijn geëxcludeerd van deelname. Deelname bestond uit het invullen van een digitale vragenlijst waarin vragen over leefstijl en gezondheid zijn opgenomen en, bij verhoogd risico, labonderzoek, RR-metingen en het meten van de buikomvang. Het advies 'op maat' bevat leefstijlinterventies - met het aanbod daarvan in de wijk - en, zo nodig verwijzing naar de huisarts.

**Resultaten:** 800 patiënten zijn uitgenodigd om deel te nemen. In het programma zijn 60 interventies van verschillende professionals opgenomen, waaronder interventies om meer te bewegen (13), gezonder te eten (8), te stoppen met roken (8) en stress- (12) en alcoholreductie (6). Follow-up data van deelnemers worden in juni gepresenteerd.

#### **Conclusie:**

Het implementeren van een gezondheidsrisicoanalyse gecombineerd met leefstijladviezen in de eerstelijnszorg lijkt haalbaar en vraagt samenwerking tussen professionals uit verschillende sectoren, bijvoorbeeld welzijnsorganisaties en private aanbieders.

## 61 Voordracht

### *Preventie van knieartrose bij vrouwen met overgewicht in de eerste lijn*

J. Runhaar<sup>1</sup>, M. van Middelkoop<sup>1</sup>, M. Reijman<sup>1</sup>, S. Willemsen<sup>1</sup>, E. Oei<sup>1</sup>, D. Vroegindewijf<sup>2</sup>,  
G. van Osch<sup>1</sup>, B. Koes<sup>1</sup>, S. Bierma-Zeinstra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, ROTTERDAM

<sup>2</sup>Maasstad Ziekenhuis, ROTTERDAM

#### **Inleiding:**

Wereldwijd is er voor het eerst een onderzoek naar de preventie van knieartrose uitgevoerd.

Onderzoeksvraag

Wat is de preventieve werking van een gewichtsreductieprogramma en van glucosamine sulfaat op het ontstaan van knieartrose bij een hoogrisicogroep van vrouwen van middelbare leeftijd, met overgewicht?

#### **Methode:**

Vijftig huisartsen uit de regio van Rotterdam hebben alle bij hun geregistreerde vrouwen tussen de 50 en 60 jaar aangeschreven om ze te informeren over het onderzoek. Geïnteresseerde vrouwen konden contact opnemen met de onderzoeksinstelling en werden gescreend op de inclusiecriteria.

Inclusiecriteria waren: leeftijd tussen de 50 en 60, BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>, geen knieklachten, geen reumatische aandoeningen en geen recent glucosamine gebruik.

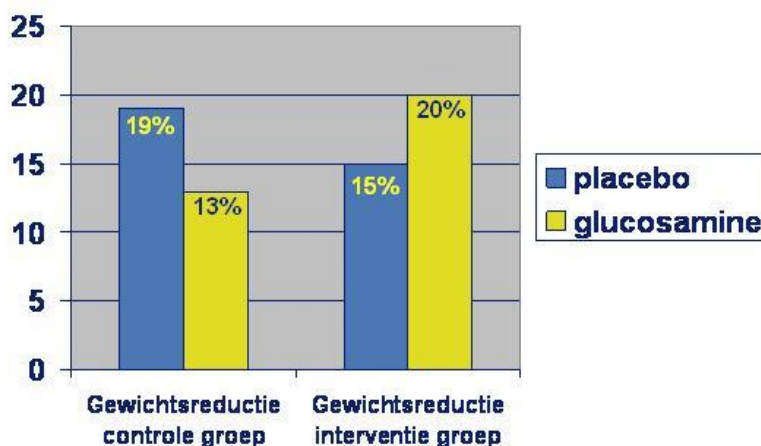
Deelnemers werden gerandomiseerd over de interventie en controle groep van het gewichtsreductieprogramma en in beide groepen over de placebo en de glucosamine (dubbelblind). Na 2,5 jaar zijn de preventieve effecten van beide interventies geëvalueerd op het ontstaan van knieartrose, gedefinieerd als de incidentie van K&L  $\geq 2$  en/of klinische knieartrose (ACR criteria) en/of gewrichtsspleetversmalling  $\geq 1.0$  mm.

#### **Resultaat:**

In het totaal hebben 407 vrouwen deelgenomen aan het onderzoek. Gemiddeld waren zij 56 jaar oud en hadden zij een BMI van 32 kg/m<sup>2</sup>. Slechts 10% van de deelnemers is uitgevallen tijdens de 2,5 jaar follow-up. Na 2,5 jaar was knieartrose geconstateerd in 17% van alle knieën en in 28% van alle vrouwen in het onderzoek.

Zowel het gewichtsreductieprogramma als de glucosamine liet een verminderde incidentie van knieartrose zien. Echter waren deze verschillen niet statistisch significant door een onverwacht interactie-effect tussen de interventies.

*Incidentie knieartrose na 2,5 jaar*



## 62 Voordracht

### *Respect voor autonomie of ingrijpen? Omgaan met morele dilemma's in de huisartsenzorg voor ouderen met cognitieve achteruitgang*

*S. van Bruggen, D.P. Touwen, J. Gussekloo, D.P. Engberts  
LUMC, LEIDEN*

#### **Inleiding:**

Ouderen met cognitieve achteruitgang wonen langer zelfstandig. Huisartsen kunnen een conflict ervaren tussen het recht op eigen keuze van de oudere en ingrijpen om schade te voorkomen - vooral wanneer twijfels ontstaan over de wilsbekwaamheid van de oudere.

#### **Onderzoeksvraag:**

Hoe gaan huisartsen om met dilemma's tussen 'respect voor autonomie' en ingrijpen in de zorgsituatie bij ouderen met cognitieve achteruitgang?

#### **Methode:**

Diepte-interviews met 18 huisartsen uit het Leids Eerstelijns Onderzoek Netwerk over een recente casus. In het interview werden opvattingen verkend over 'respect voor autonomie' versus 'ingrijpen' bij ouderen met verminderende wilsbekwaamheid.

#### **Resultaat:**

Veel huisartsen hadden als uitgangspunt dat de 'patiënt de baas' was, ook bij verminderde wilsbekwaamheid. Uit de casus bleek echter dat huisartsen bij verminderd wilsbekwame ouderen meestal ingrepen indien het door hen noodzakelijk werd geacht. Huisartsen taxeren de wilsbekwaamheid op basis van klinische ervaring of een testinstrument. De kritische grens kon moeilijk bepaald worden. Sommigen noemden dat een 'schemerig gebied'. Vaak betrof men de contactpersoon gaandeweg meer bij besluitvorming, zonder duidelijke overgang. Slechts in enkele gevallen besprak de huisarts de keuze van de vertegenwoordiger actief met patiënt.

#### **Beschouwing:**

Dat veel huisartsen ingrepen wanneer ze dat noodzakelijk achtten bij ouderen met cognitieve achteruitgang past bij een brede opvatting van 'respect voor autonomie': de oudere ondersteunen in behoud van zijn zelfstandigheid. Dat kan een gezamenlijke doelstelling zijn van oudere, zijn sociale systeem en huisarts. Indien de huisarts met oudere en naasten diens wensen, korte- en langetermijndoelen en het thema vertegenwoordiging bespreekt, doet dat recht aan diens autonomie. Bovendien kan door een duidelijke vertegenwoordiging (eventuele) toekomstige onenigheid onder naasten over medisch beleid worden voorkomen.

## 63 Voordracht

### *De impact van klinisch manifeste comorbiditeit op zelf ervaren gezondheid van patiënten met COPD: De CLIMACOLD score.*

*G. Ter Riet  
AMC, AMSTERDAM*

#### **Inleiding:**

Bestaande indices naar het belang van comorbiditeit bij COPD-patiënten zijn ofwel niet specifiek voor COPD of richten zich op sterfte.

#### **Onderzoeksvragen:**

Wat zijn de klinisch manifeste comorbiditeiten met de grootste impact op de patiënt-gerapporteerde gezondheid van eerstelijns COPD-patiënten? Kunnen we een comorbiditeitsscore ontwikkelen die het gecombineerde effect van comorbiditeiten weerspiegelt?

Methode 408 Nederlandse en Zwitserse eerstelijns COPD-patiënten van het ICE COLD ERIC cohort (GOLD stadium 2 tot 4) werden bestudeerd. Primaire uitkomstmaat was de Feeling Thermometer (FT) (scores 0-100), een patiënt-gerapporteerd gezondheidstoestandinstrument. We maten klinisch manifeste comorbiditeit door zelf-rapportage en dossieronderzoek en corrigeerden m.b.v. multiële lineaire regressie voor FEV1. We selecteerden comorbiditeiten m.b.v. backward selectie. ( $p \leq 0,1$ ). We ontwikkelden een score die de impact van comorbiditeitscombinaties op ervaren gezondheid weerspiegelt.

#### **Resultaat:**

Depressie (13,0% van de patiënten; regressiecoëfficiënt -8,50, 95% BI -12,97 tot -4,03), angst (11,8%; -6,11, 95% BI -10,78 tot -1,44), overgewicht (20,3%; -6,01, 95% CI -9,43 tot -2,58), cerebrovasculaire aandoeningen (8,8%; -5,10, 95% BI -9,91 tot -0,30), perifeer arterieel vaatlijden (6,4%; -4,87, 95% BI -10,41 tot 0,68) en symptomatische hart-en vaatziekten (20,3%, -3,08, 95% BI -6,48 tot 0,32) waren het sterkst geassocieerd met FT scores. Deze zes comorbiditeiten vormen de CLIMACOLD score die goede constructvaliditeit toonde.

#### **Beschouwing:**

De CLIMACOLD score geeft het gecombineerde effect van zes belangrijke comorbiditeiten vanuit het patiëntperspectief weer en vormt een aanvulling op bestaande comorbiditeitsscores die sterfte voorspellen. De CLIMACOLD score kan artsen helpen zich te richten op die comorbiditeiten die de ervaren gezondheid van hun COPD patiënten het meest beïnvloeden.

#### **64** Voordracht

##### ***Invloed van patiëntkenmerken op kwaliteitsindicatoren voor diabetes mellitus in de huisartsenpraktijk***

*M.M.J. Nielen, J.C. Korevaar, R.A. Verheij  
NIVEL, UTRECHT*

#### **Inleiding:**

Steeds vaker worden kwaliteitsindicatoren gebruikt om de kwaliteit van de zorg van diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk te bepalen. Er wordt geen rekening gehouden met verschillen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie als kwaliteitsindicatoren tussen praktijken worden vergeleken.

#### **Onderzoeksvraag:**

Wat is de invloed van patiëntkenmerken op kwaliteitsindicatoren voor diabeteszorg in de huisartsenpraktijk?

#### **Methode**

10.832 diabetespatiënten werden geselecteerd uit 62 huisartsenpraktijken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) in 2011. We hebben 14 kwaliteitsindicatoren bestudeerd en gebruikten daarvoor metingen van HbA1c, bloeddruk, LDL-cholesterol, totaal cholesterol, BMI, nierfunctie en rookstatus. Indicatorscores werden geassocieerd met patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht en comorbiditeit) met multilevel logistische regressie analyses.

#### **Resultaat:**

Alle 14 indicatoren waren geassocieerd met minimaal één patiëntkenmerk ( $p < 0,05$ ). Zo was bijvoorbeeld de kans op het krijgen van een bloeddrukmeting groter voor oudere patiënten (OR=1,6 voor 46-64 jaar, OR=2,4 voor 65-74 jaar en OR=2,9 voor  $\geq 75$  jaar (referentie: 18-45 jaar) en voor patiënten met hypertensie (OR=1,6) en hypercholesterolemie (OR=1,3), maar juist lager voor patiënten met retinopathie (OR=0,6). De kans op een bloeddruk onder de 140 mmHg was hoger voor patiënten met cardiovasculaire aandoeningen (OR=1,2) en psychische aandoeningen (OR=1,1) en lager voor patiënten

met hypertensie (OR=0,5) en retinopathie (OR=0,7), maar ook voor oudere patiënten (OR=0,5 voor 46-46 jaar, OR=0,4 voor 65-74 jaar en OR=0,3 voor  $\geq 75$  jaar).

### **Beschouwing:**

Indicatorscores voor diabeteszorg zijn gerelateerd aan patiëntkenmerken, zoals leeftijd en de aanwezigheid van andere chronische aandoeningen. Om kwaliteitsindicatoren goed te kunnen vergelijken tussen huisartspraktijken is case-mix correctie nodig.

### **66 Poster**

#### ***Implementatie van stoppen-met-rokenbegeleiding in de huisartspraktijk: Analyse van videoconsulten in de huisartspraktijk***

*M.E.A. Verbiest<sup>1</sup>, E. Passchier<sup>1</sup>, J. Noordman<sup>2</sup>, N.H. Chavannes<sup>1</sup>, M. Scharloo<sup>1</sup>, A.A. Kaptein<sup>1</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>3</sup>, M.R. Crone<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>LUMC, LEIDEN

<sup>2</sup>Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, UTRECHT

<sup>3</sup>Radboud UMC, NIJMEGEN

### **Inleiding:**

Stoppen-met-rokenbegeleiding in de huisartspraktijk is een effectieve methode om rokers te ondersteunen bij het stoppen. Een structurele implementatie gaat echter vaak gepaard met verschillende barrières, zoals een onduidelijke taakverdeling tussen huisarts en praktijkondersteuner (POH).

### **Onderzoeksvraag:**

Verschildt de mate waarin de NHG-Standaard Stoppen met roken wordt geïmplementeerd tussen huisartsen en POH's, en in hoeverre hangt dit samen met de reactie van de patiënt?

### **Methode:**

Video-opnames van huisartsconsulten (n=67) en POH-consulten (n=144) waar gesproken werd over het roken, werden geobserveerd. De mate waarin de NHG-Standaard werd gevolgd, het gebruik van motiverende gespreksvoering en redenen om wel of niet te stoppen met roken van de patiënt werden gecodeerd.

### **Resultaten:**

In ruim 80% van de consulten initieerden de huisarts en POH's het gesprek over roken. De helft van de rokers kreeg een stopadvies. POH's implementeerden alle aspecten van de standaard vaker dan huisartsen en voor het aantal keer dat een vervolgspraak werd gemaakt met de roker voor stopondersteuning was dit verschil ook significant (OR 13.10; 95% CI 2.18-78.60). Rokers noemden gemiddeld meer barrières om te stoppen tijdens consulten met de POH (2.7 vs. 0.9 barrières;  $p=0.005$ ), wat samenhang met de mate waarin zij de NHG-Standaard naleefden en gebruik maakten van motiverende gespreksvoering.

### **Beschouwing:**

De NHG-Standaard Stoppen met roken wordt minder goed geïmplementeerd door huisartsen dan door POH's. Intensievere vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding horen steeds meer bij het takenpakket van de POH. Nadat een huisarts de roker heeft geïdentificeerd en geadviseerd, zou deze structureel moeten doorverwijzen naar de POH voor motivatieverhogende interventies en intensieve stopondersteuning.

## 67 Voordracht

### ***Primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk; een observationeel onderzoek in routine-zorggegevens uit de Utrechtse VRM pilot.***

*L.S.L. Oei<sup>1</sup>, M.C. Aanen<sup>1</sup>, M. Den Boeft<sup>1</sup>, M. Prinssen<sup>2</sup>, M.E. Numans<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>VUmc, Amsterdam

<sup>2</sup>Coöperatie Stadsmaatschap Utrecht, UTRECHT

#### **Inleiding:**

Vasculair risicomanagement (VRM) wordt steeds belangrijker in de huisartspraktijk. Deze taakuitbreiding in de eerste lijn vraagt om efficiënte en effectieve populatiezorg. In deze studie evalueren we de implementatie van VRM en de mogelijkheden die aan de hand van Huisartsen Informatie Systeem (HIS) gegevens te monitoren.

#### **Onderzoeksvraag:**

Biedt de huidige routine-zorgregistratie in het HIS voldoende ondersteuning om “care gaps” voor VRM in de huisartspraktijk op te sporen?

#### **Methode:**

We voerden een observationeel populatieonderzoek uit in 9 Utrechtse praktijken die deelnemen aan de Achmea VRM pilot. Patiënten die volgens de NHG-standaard CVRM een indicatie hadden voor medicamenteuze behandeling werden geïdentificeerd in het HIS op basis van geregistreerde VRM risicofactoren en gerelateerde ICPC-codes. Alleen patiënten waarbij de huisarts hoofdbehandelaar was werden geselecteerd. We onderzochten hoe compleet het VRM-dossier was.

#### **Resultaten:**

De praktijken omvatten 53.782 patiënten. Wij vonden 2666 patiënten (5%) die op basis van onze criteria in aanmerking kwamen voor VRM, hiervan viel 58,3% (n=1555) in de primaire preventiegroep. Bij 69,3% van deze groep kon de risicoSCORE uit de HIS-registratie worden berekend. We constateerden een belangrijke care gap, dat bij hoogrisico patiënten met LDL-waarden van > 2.5mmol/L er bij 75% van de primaire preventiegroep geen cholesterolverlagende medicatie werd gegeven en dit bij 50% het geval was in de secundaire preventiegroep.

#### **Beschouwing:**

Effecten van implementatie van de NHG-standaard CVRM zijn in beperkte mate terug te vinden in routine-zorgregistratie. Terugrapportage uit het HIS zou ondersteuning kunnen bieden om de care gaps inzichtelijk te maken en meer gestructureerde zorg voor deze populatie te bieden.

## 68 Voordracht

### ***Kenmerken van vrouwen met een urogenitale prolaps***

*M. Wiegersma, C.M.C.R. Panman, B.J. Kollen, M.Y. Berger, Y. Lisman-Van Leeuwen, J.H. Dekker  
UMCG, Afdeling Huisartsgeneeskunde, GRONINGEN*

#### **Inleiding:**

Een urogenitale prolaps komt veel voor. Bij 75% van de 45-85 jarige vrouwen is enige mate van prolaps meetbaar. Veel vrouwen met een symptomatische prolaps gaan niet naar de huisarts uit schaamte of omdat ze weinig weten over de aandoening en de behandelmogelijkheden. Om de zorg aan deze vrouwen te optimaliseren moet de huisarts weten welke klachten op een prolaps kunnen wijzen.

#### **Onderzoeksvraag:**

Welke kenmerken verhogen de kans op het vinden van een prolaps bij vrouwen die met bekkenbodemsymptomen op het spreekuur komen?



**Methode:**

5882 Vrouwen van  $\geq 55$  jaar werden gevraagd naar bekkenbodemsymptomen (urine-incontinentie, vaginale uitstulping, zwaar/drukkend gevoel in het bekkengebied, manuele ondersteuning bij mictie en/of defecatie). Vrouwen met één of meer bekkenbodemsymptomen die instemden met een lichamelijk onderzoek werden geïnccludeerd (n=895). De mate van prolaps werd vastgesteld met een POP-Q meting. Met logistische regressie werd de relatie tussen patiëntkarakteristieken en symptomen (PFDI-20) en de aanwezigheid van een prolaps geanalyseerd.

**Resultaat:**

Hogere pariteit, eerdere prolapsbehandeling, zien/voelen van een vaginale uitstulping, manuele ondersteuning van de vaginawand bij defecatie en incontinentie voor vaste feces verhogen de kans op het vinden van een prolaps. Bij vrouwen met kinderen zijn ook leeftijd tijdens de eerste bevalling, geboortegewicht van het zwaarste kind en een positieve familieanamnese voor prolaps van belang.

**Beschouwing:**

We hebben een aantal kenmerken geïdentificeerd die bij vrouwen met bekkenbodemsymptomen op een prolaps kunnen wijzen. Of het zinvol is om in deze groep aan case-finding te doen hangt af van de behandel mogelijkheden. Deze worden onderzocht in het vervolg van deze studie (POPSS).

**70 Poster*****NT-proBNP-belooft in de tijd bij oudste ouderen: de Leiden 85-plus Studie***

*R.K.E. Poortvliet, A.J.M. De Craen, J. Gussekloo, W. De Ruijter  
LUMC, LEIDEN*

**Inleiding:**

N-terminaal-proBrain Natriuretisch Peptide (NT-proBNP) heeft diagnostische (bij hartfalen) en prognostische (voor cardiovasculaire sterfte) waarde, ook bij ouderen. Bij oudste ouderen is onbekend hoe het beloop van NT-proBNP in de tijd is, wat daarvan de determinanten zijn, en welke klinische betekenis dit heeft.

**Onderzoeksvraag:**

Hoe is het beloop van NT-proBNP in de tijd bij oudste ouderen en wat zijn daarvan de determinanten?

**Methode:**

We analyseerden de  $\Delta$  NT-proBNP-waarden over 5 jaar (85-90 jaar) van 272 90-jarige deelnemers aan de Leiden 85-plus Studie, een prospectieve bevolkingsstudie. Deelnemers werden ingedeeld in drie groepen op basis van de geslachtsgecorrigeerde  $\Delta$  NT-proBNP tertielen. Associaties tussen  $\Delta$  NT-proBNP en verschillende baseline en follow-up karakteristieken werden geanalyseerd.

**Resultaat**

Deelnemers in het middelste  $\Delta$  NT-proBNP tertiel (n=92) hadden een lagere NT-proBNP-waarde op baseline (mediaan 162pg/ml) in vergelijking met de deelnemers uit het laagste (n=89; mediaan 256pg/ml) en hoogste tertiel (n=91; mediaan 309pg/ml) (p=0.016 respectievelijk 0.004). Deelnemers in het hoogste  $\Delta$  NT-proBNP tertiel hadden op baseline frequenter een myocardinfarct doorgemaakt, hogere kreatinewaarde en lagere MDRD (alle p voor trend <0.05), maar niet vaker klinisch hartfalen. Gedurende de follow-up hadden zij frequenter incident atriumfibrilleren op het jaarlijkse studie-ECG en incident hartfalen (beide p voor trend <0.005), maar niet vaker een incident myocardinfarct of CVA (beide p voor trend >0.10).

**Beschouwing**

Stijging van NT-proBNP bij oudste ouderen blijkt bij hen geassocieerd met een slechtere nierfunctie en doorgemaakte myocardinfarcten, alsmede incident atriumfibrilleren en hartfalen. Bij stijging van NT-

proBNP in de tijd is het van belang hierop alert te zijn.

## 71 Voordracht

### ***Herkennen van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in het huisarts informatie systeem. Een valideringsstudie.***

*M. den Boeft<sup>1</sup>, M.C. Aanen<sup>2</sup>, J. van der Wouden<sup>2</sup>, L.S.L. Oei<sup>3</sup>, M.E. Numans<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>VUmc EMGO+, AMSTERDAM

<sup>2</sup>Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde EMGO+ VUmc, AMSTERDAM

<sup>3</sup>VUmc, AMSTERDAM

#### **Inleiding:**

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen veel voor in de huisartsenpraktijk en worden niet altijd adequaat behandeld. Vroege identificatie, bijvoorbeeld door periodieke analyse van gegevens uit het huisarts informatie systeem (HIS), kan helpen om reguliere interventies proactief in te kunnen zetten. Recent werd in het Leidsche Rijn Gezondheidsproject (LRGP) een SOLK prevalentiestudie verricht. Wij evalueerden het resultaat van selectie van potentiële SOLK patiënten op basis van deze studie door vergelijking met hun score op de Patiënt Health Questionnaire (PHQ-15).

#### **Onderzoeksvraag:**

Kunnen SOLK patiënten worden geïdentificeerd door analyse van routinezorggegevens uit het HIS?

#### **Methode:**

De potentiële SOLK patiënten in het HIS werden in het LRGP geïdentificeerd op basis van specifieke selectiestappen (o.a. contactfrequentie en bepaalde ICPC coderingen). Wij evalueerden de opbrengst van deze selectiestappen in routinezorggegevens uit 2005 en 2010 door vergelijking met de PHQ score in 2005. Daarnaast analyseerden wij anonieme extractiedata uit het LRGP met 2x2 tabellen en ROC curves in 2005. Ontbrekende antwoorden in de PHQ werden geïmputeerd.

#### **Resultaten:**

In 2005 werden 50/1047 patiënten (4,8%) geselecteerd als “potentieel SOLK”, in 2010 79/1164 (6,8%). In 2005 scoorde 3,7% 5 of hoger op de PHQ, in 2010 4,6%. De area under the curve (AUC) van de PHQ score voor selectie in het HIS was 0.766 in 2005.

#### **Beschouwing:**

Periodieke selectie in het HIS voor het herkennen van potentiële SOLK patiënten biedt aanknopingspunten voor proactieve beleidsstappen. Ook na 5 jaar heeft de PHQ score nog betekenis voor herkenning van SOLK.

## 72 Voordracht

### ***Doorbehandelen of afzien van behandeling rond het levenseinde? - Voorkeuren van de algemene bevolking en mensen met een wilsverklaring.***

*M.P.S. van Wijmen, H.R.W. Pasman, G.A.M. Widdershoven, B.D. Onwuteaka-Philipsen  
EMGO+, VUmc, AMSTERDAM*

#### **Achtergrond:**

Met ons onderzoek willen wij meer inzicht geven in de voorkeuren van mensen wanneer het gaat om doorbehandelen of afzien van behandeling rond het levenseinde.

#### **Methode:**

Een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking (n=1402, over het algemeen niet in het

bezit van een wilsverklaring) en een cohort van mensen met een wilsverklaring bestaande uit leden van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE, n=5661) en de Christelijk georiënteerde Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV, n=1059), beantwoordden schriftelijke vragenlijsten in 2005 en 2007. Twee hypothetische scenario's over kanker en dementie werden voorgelegd en er werd gevraagd naar het al dan niet willen van vier medische behandelingen.

### **Resultaten:**

Een meerderheid van de Nederlandse bevolking (62-87%) en de NVVE-leden (88-99%) weigerde de behandelingen in beide scenario's, terwijl leden van de NPV, die allen over dezelfde wilsverklaring beschikten, over het algemeen doorbehandeld wilden worden (46-73%). In alle groepen maakten de respondenten onderscheid in hun voorkeuren tussen verschillende behandelingen en waren ze uitgesprokener in geval van dementie. Het vrouwelijk geslacht, een leeftijd boven 55 jaar, een hoger opleidingsniveau en afwezigheid van een (betekenisvolle) religie verhoogden allen de kans op het weigeren van behandeling. Een behandelverbod kwam over het algemeen overeen met de voorkeur van zijn eigenaar (85-98% weigerde behandeling).

### **Beschouwing:**

Het feit dat mensen met en zonder wilsverklaring onderscheid maken in hun voorkeuren tussen verschillende behandelingen en ziektes, benadrukt het belang van goede communicatie wanneer het gaat over beslissingen rond het levens einde.

### **73 Poster**

#### ***Welke behandeling past het beste bij de individuele depressieve patiënt in de huisartspraktijk?***

*W.M. Eefting-Mensink, E. Brand-Piek, P.F.M. Verhaak*

*UMCG, GRONINGEN*

### **Inleiding:**

In de afgelopen decennia is het aantal bewezen effectieve behandelingen voor depressieve patiënten sterk toegenomen. Echter, de groep patiënten die niet herstelt, dan wel herstelt op een placebo, blijft groot. Voor de huisarts is het belangrijk om de diverse depressieve patiënten de behandeling aan te bieden die het meest waarschijnlijk resulteert in herstel.

### **Onderzoeksvraag:**

Welke patiënt-, of ziektekenmerken zijn bruikbaar in het voorspellen van een gunstige uitkomst van de verschillende, in de Nederlandse huisartsenpraktijk beschikbare, behandelingen voor depressie?

### **Methode:**

Eind 2012 werden de databases Pubmed, Embase en Psycinfo systematisch door twee onderzoekers doorzocht. Gerandomiseerde klinische trials, waarin minimaal een farmacotherapie en een psychotherapie- behandelgroep aanwezig waren en waarin werd gekeken naar behandelings specifieke voorspellende factoren voor de uitkomst van behandeling, werden geïncludeerd. Met behulp van de Cochrane-criteria worden gevonden artikelen beoordeeld op validiteit en toepasbaarheid.

### **Resultaten:**

Na titel- en abstract-selectie werden 25 studies geïncludeerd. Hierin werd onder andere onderzocht of sociaal-demografische kenmerken, persoonlijkheidskenmerken of bijvoorbeeld life events invloed hadden op de uitkomst van behandeling met psychofarmaca, psychologische of andersoortige interventies, als sporten. Over de uitkomsten van deze studies zullen we rapporteren.

### **Discussie:**

Dat de ene patiënt beter reageert op een bepaalde therapie dan de andere is plausibel. We hopen dat de uitkomsten van dit review aanwijzingen geven om een betere keuze mogelijk te maken tussen

behandelingsmogelijkheden voor mensen met depressieve klachten of een depressieve stoornis. Daarnaast zullen de uitkomsten handvatten bieden om toekomstig onderzoek naar de differentiatie tussen verschillende vormen van depressie in de huisartspraktijk op te kunnen zetten.

#### 74 Poster

##### ***Voorkeuren met betrekking tot het bespreken van de diagnose dementie: een systematisch literatuuronderzoek***

*P. Van den Dungen, L. Van Kuijk, H.W.M. Van Marwijk, J.C. Van der Wouden, H.P.J. Van Hout  
EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, AMSTERDAM*

##### **Inleiding:**

De meeste dementie patiënten vinden het wenselijk dat mensen met dementie over deze diagnose geïnformeerd worden. Toch wordt dementie regelmatig niet gediagnosticeerd of de diagnose niet besproken.

##### **Onderzoeksvraag:**

Willen mensen bij wie de diagnose nog niet gesteld is het weten mochten zij dementie hebben en veranderd deze voorkeur na diagnosticeren?

##### **Methode:**

Systematische literatuurreview in Pubmed, Embase and Psycinfo. Beoordeling van relevantie en kwaliteit en extractie van data werd door 2 auteurs onafhankelijk gedaan.

##### **Resultaat:**

We includeerden 23 artikelen. We vonden geen artikelen over de voorkeur van nog niet verwezen mensen met dementie. In 3 onderzoeken naar de voorkeur van mensen verwezen naar een geheugenpolikliniek zou respectievelijk 83%, 86% en 96% hierover geïnformeerd willen worden als er bij hen dementie vastgesteld zou worden. Geen van deze studies herevalueerde deze voorkeur na het bespreken van de diagnose. Eén onderzoek herevalueerde deze voorkeur nadat ze respondenten informatie aanboden over de ziekte van Alzheimer; hierna wilde een kleiner deel nog geïnformeerd worden. Van gediagnosticeerde patiënten met dementie (5 studies) vond een mediane 92% (range 70% - 100%) dat een diagnose besproken moet worden. Onder mensen zonder cognitieve stoornissen (8 studies) zou een mediane 92% (range 76%-98%) geïnformeerd willen worden mochten zij dementie ontwikkelen. Bij naasten van mensen met dementie (8 studies) was dit ook 92% (range 58%-98%).

##### **Beschouwing:**

De meerderheid van de mensen bij wie dementie nog niet definitief is vastgesteld zou geïnformeerd willen worden over deze diagnose. Het is niet wenselijk dat dokters voor hun patiënten beslissen dat het beter voor hen is om niet te weten dat ze dementie hebben.

#### 76 Voordracht

##### ***Wat bepaalt de implementeerbaarheid van de eerstelijns Zorg- en WelzijnsStandaard voor kwetsbare ouderen?***

*F.G.H. Ruijes<sup>1</sup>, A.R.M. Meys<sup>1</sup>, B.G.I. Van Gaal<sup>1</sup>, S.U. Zuidema<sup>2</sup>, H.J. Schers<sup>1</sup>, R.T.C.M. Koopmans<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>UMC St Radboud Nijmegen, NIJMEGEN

<sup>2</sup>UMCG, GRONINGEN

##### **Inleiding:**

De eerstelijns ZorgWelzijnsStandaard (ZWS-1) faciliteert het leveren van proactieve integrale zorg aan kwetsbare ouderen met als doel de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven te verbeteren op een doelmatige manier.

Kerncomponenten van de ZWS-1 zijn 1) multidisciplinaire teams, 2) proactieve zorgplannen, 3) casemanagement, 4) medicatiereview.

ZWS-1 betekent een ware transitie in zorg. Om inzicht te krijgen in succes- en faalfactoren voerden wij een grondige procesevaluatie uit.

**Vraagstelling:**

Hoe implementeerbaar is (de werkwijze van) ZWS-1?

**Methode:**

6 Huisartsenpraktijken leverden gedurende 12 maanden ZWS-1 zorg, elk aan een populatie van 50 kwetsbare ouderen. Middels gestructureerde hulpverlenersvragenlijsten, observaties van multidisciplinaire bijeenkomsten, focusgroepbijeenkomsten met de betrokken hulpverleners en gestructureerde interviews met ouderen zijn succes- en faalfactoren van implementatie van ZWS geïdentificeerd.

**Resultaten:**

- MDO en medicatiereview: tijdsintensief en logistiek uitdagend, meerwaarde voor professionals en ouderen.
- Zorgplannen: ingewikkeld, maar ook stimulans tot proactief handelen en afgestemde inzet van verschillende disciplines.
- Eigen regie door ouderen: lastig ondanks inzet casemanager.

**Beschouwing:**

De procesevaluatie van ZWS-1 geeft aanwijzingen voor een effectieve uitrol van deze proactieve werkwijze. Naast concrete instrumenten en scholing is ook coaching op de werkplek nodig en beschikbaar.

**77 Voordracht**

***Beleid van huisartsen bij klachten van de mamma***

*M. Hooiveld<sup>1</sup>, H. Ebrahimi<sup>1</sup>, G.A. Donker<sup>1</sup>, M.J.M. Broeders<sup>2</sup>, F.G. Schellevis<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>NIVEL, UTRECHT

<sup>2</sup>Landelijk Referentiecentrum voor het Bevolkingsonderzoek op Borstkanker, NIJMEGEN

**Inleiding:**

De ondergrens van 50 jaar bij het bevolkingsonderzoek borstkanker staat al enige tijd ter discussie. Naast effectiviteit en gezondheidswinst is het voor een verlaging van de leeftijdsgrens belangrijk te weten wat de huidige gang van zaken is in de huisartspraktijk.

**Onderzoeksvraag:**

Wat is het beleid van huisartsen bij vrouwen onder de 50 met klachten van de mamma of angst voor borstkanker?

**Methode:**

Huisartsen van de CMR-Peilstations vulden vragenlijsten in wanneer vrouwen hen consulteerden vanwege klachten van de mammae. De resultaten zijn op basis van de eerste helft van 2012.

**Resultaat:**

De huisartsen rapporteerden gemiddeld 6 vrouwen onder de 50 per jaar per normpraktijk vanwege klachten van de mammae of angst voor borstkanker. Omgerekend naar de Nederlandse bevolking waren dit ca. 42.000 vrouwen van 25-49 jaar. Bij 60% van de vrouwen stelde de huisarts een symptoom diagnose en het merendeel van deze vrouwen (87%) werd verwezen voor nader onderzoek. Van de vrouwen met pijnklachten of angst voor borstkanker werd 66% verwezen. In bijna de helft van deze

gevallen was dit volgens de huisarts vanwege geruststelling van de patient, zonder dat er volgens de NHG-standaard sprake was van een indicatie voor mammografie of verwijzing. Onafhankelijk van de diagnose werden vrouwen met een familiale belasting voor borstkanker (1 op de 10) allemaal verwezen.

**Beschouwing:**

Vrouwen onder de 50 die de huisarts consulteren vanwege klachten van de borsten worden grotendeels nader onderzocht of verwezen. Een deel van de vrouwen wordt ter geruststelling verwezen terwijl daar volgens de standaard geen indicatie voor is. Dit kan gezien worden als opportunistische screening.

**78** Voordracht

***Innovatief onderwijs stimuleert kennis en attitude ten aanzien van ouderen***

*M.H.J. van de Pol, J. Lagro, C. Fluit, M.G.M. OldeRikkert, A.L.M. Lagro-Janssen  
UMC St Radboud, MOLENHOEK*

**Inleiding:**

Vanwege de dubbele vergrijzing en de steeds heterogenere groep ouderen worden er hoge eisen gesteld aan (huis)artsen. Uit onderzoek blijkt dat de huidige generatie artsen onvoldoende is voorbereid om met de patiënt als partner goede zorg te leveren. Het is derhalve wenselijk dat meer artsen kiezen voor een generalistisch specialisme met specifieke kennis van ouderen. Daartoe is allereerst noodzakelijk dat jonge artsen gemotiveerd worden voor en geïnteresseerd raken in de medische problematiek die speelt bij (kwetsbare) ouderen. Tot nu blijkt deze motivatie laag en is er bij medisch studenten en artsen doorgaans geen positieve attitude jegens de ouderenzorg. Wanneer we jonge artsen willen motiveren goede ouderenzorg te leveren is hiervoor onzes inziens allereerst in de basisopleiding en later in de vervolgopleidingen onderwijs over ouderenzorg nodig dat qua timing en inhoud past bij de leerroute van de student en professional.

**Vraagstelling:**

Wat is het effect van een innovatieve en vroege onderwijsinterventie op kennis en attitude van medisch studenten in de bachelorfase ten aanzien van ouderen

**Methode:**

Tijdens een 4 weken durend nieuw keuzeblok over geriatrie is het effect van het onderwijs op de kennis (needs assessment) en attitude (aging semantic differential (ASD)) ten aanzien van ouderen gemeten. Rode draad in het onderwijs was een serious game waarmee studenten zelf virtueel complexe ouderenzorg konden leveren.

**Resultaten:**

Na een onderwijsblok van 4 weken zien we een verbetering in attitude (ASD  $p < 0.05$ ) en een stijging in ervaren kennis (needs assessment: stijgingen van 1-1,5 punten op 5-punts likert scale  $p < 0.05$ ).

**Conclusie en discussie:**

Dit onderzoek laat zien dat een aansprekende moderne onderwijsvorm met een serious game studenten in korte tijd veel kan leren over geriatrie en ook een positieve invloed heeft op de attitude ten aanzien van ouderen. Aangezien we aantoonde dat een korte onderwijsinterventie al een duidelijk positief effect kan hebben, is een volgende vraag of het te verwachten is dat structurele aandacht voor ouderenzorg in het onderwijs ook beter voor ouderenzorg gemotiveerde artsen kan afleveren, die ook betere kennis en vaardigheden hebben op dit terrein.

***Hoe stelt de huisarts efficiënt de diagnose dementie? Een voorstel op basis van een literatuurstudie***

*J. Janssen, P.S. Koekkoek, G.E.H.M. Rutten*

*Julius centrum, DRIEBERGEN-RIJSENBURG*

**Inleiding:**

Tijdens de korte tijd die beschikbaar is in een huisartsconsult worden symptomen van dementie niet altijd herkent. De diagnose dementie wordt hierdoor pas laat of soms niet gesteld. De afgelopen decennia zijn tientallen (hetero)anamnestische vragenlijsten en screeningsinstrumenten ontwikkeld om snel een indruk te kunnen krijgen van het cognitief functioneren van een patiënt. Er is echter nog geen consensus over wanneer de huisarts een bepaald instrument of vragenlijst het beste kan gebruiken.

**Onderzoeksvraag:**

Hoe stelt de huisarts efficiënt de diagnose dementie?

**Methode:**

Aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie stellen wij een stroomschema op voor de diagnostiek van dementie in de eerste lijn. Op basis van de beschikbare literatuur trachten wij de meest optimale (combinatie van) instrumenten en vragenlijsten op te stellen, waarbij er ook aandacht uit zal gaan naar de volgorde van het stappenplan. Hierbij worden alleen vragenlijsten en screeningsinstrumenten die voldoen aan de volgende selectiecriteria meegenomen: in 10 minuten of minder af te nemen, beslaat minimaal twee cognitieve domeinen, getest in de eerste lijn of in de algehele bevolking.

**Resultaten:**

In het stroomschema zal per stap (anamnese, hetero-anamnese, screeningsinstrument) een aanbeveling worden gedaan. Er zal onderscheid gemaakt worden tussen 'case finding' - waarbij de huisarts bij een niet pluis gevoel of een risicopatiënt wil weten of er sprake kan zijn van dementie - en diagnostiek naar aanleiding van klachten van de patient of een naaste.

**Beschouwing :**

Dit stroomschema is bedoeld om huisartsen praktische handvatten te bieden en helderheid te geven over de vele vragenlijsten en screeningsinstrumenten die er bestaan voor het opsporen van dementie. Door de uitgebreide literatuur over dit onderwerp overzichtelijk weer te geven hopen wij dat huisartsen door de bomen het bos weer kunnen zien.

***Gecombineerd leefstijl interventie programma 'Julius Fit': resultaten van een pilot evaluatie.***

*K. van den Brekel-Dijkstra, M. Stigter, N.J. de Wit*

*LRJG, UTRECHT*

**Achtergrond:**

In de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra (LRJG) is een multidisciplinair gecombineerd leefstijlprogramma ontwikkeld ('Julius Fit'). Het programma op maat, is gericht op veranderen van leefstijl en het integreren hiervan in het dagelijks leven van de patiënt. De resultaten van de pilot na 6 maanden worden beschreven.

**Methode:**

Niet gerandomiseerde interventie studie zonder controle groep. Patiënten van LRJG (33.000 patiënten) met een chronische ziekte (hart- en vaatziekten, diabetes, COPD, depressie) of een risicofactor (overgewicht, roken) werden uitgenodigd door de huisarts/praktijkondersteuner (POH) om deel te nemen aan 'Julius Fit'. Het programma bestaat uit een online leefstijl- en 'kwaliteit van leven' (SF-36) vragenlijst, biometrische metingen op 0,6 en 12 maanden en begeleiding op maat van een

leefstijlcoach/POH. Na bepalen van haalbare doelen, kon gestart worden met de modules bewegen (begeleid door fysiotherapeut), gezondere voeding (met diëtist) of verminderen van stress (begeleid door POH GGZ). De deelnemers hadden gemiddeld 2 uur begeleiding in 3,3 consulten van de leefstijlcoach/POH.

**Resultaten:**

51 patiënten (gemiddeld 55,0 jaar), 2/3 vrouw en 1/3 man namen deel aan de pilot. De 'kwaliteit van leven' ( SF-36 ) scores waren relatief laag. Bij aanvang hadden alle deelnemers overgewicht (gemiddeld 98,2 kg) en na 6 maanden een gemiddelde gewichtsreductie van 0,9 kg (95% CI). Er was geen significant effect op bloeddruk en SF36.

**Conclusie:**

Uit de pilot evaluatie blijkt een gunstig resultaat na 6 maanden, met name op het gebied van gewichtsverlies. Verder onderzoek is nodig om in een grotere groep de effectiviteit van het leefstijl programma Julius Fit te beoordelen.

**81** Voordracht

***Het effect van proactieve, geïntegreerde zorg in de huisartsenpraktijk op het dagelijks functioneren van kwetsbare ouderen: een cluster gerandomiseerde trial***

*I. Drubbel*

*Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UTRECHT*

**Inleiding:**

De huidige reactieve huisartsenzorg sluit niet aan bij de behoeftes van kwetsbare ouderen, met onnodige ziektelast en achteruitgang in dagelijks functioneren en kwaliteit van leven als gevolg. In het Ouderenzorgproject Midden Utrecht (Om U) zijn twee interventies ontwikkeld om proactieve zorg te bevorderen: geautomatiseerde periodieke screening op kwetsbaarheid met behulp van routinezorggegevens (U-PRIM), en een gestructureerd zorgprogramma uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen ouderenzorg (U-CARE).

**Onderzoeksvraag:**

Wat is het effect van U-PRIM, en van U-PRIM gecombineerd met U-CARE op het dagelijks functioneren van kwetsbare, thuiswonende ouderen?

**Methode:**

Het Om U project is een drie-armige, cluster gerandomiseerde trial in 35 huisartsenpraktijken. Deelnemers vulden vragenlijsten in bij de start, na 6 en na 12 maanden. Met multilevel regressie analyses werd het effect van U-PRIM en U-CARE onderzocht op dagelijks functioneren (Katz-15), kwaliteit van leven en zorgconsumptie.

**Resultaat:**

In totaal vulden 3001 patiënten (respons 38%) de eerste vragenlijst in (57% vrouw, gemiddelde leeftijd 74.2 jaar ± 8.4 SD). Na 12 maanden behielden de patiënten in beide interventiegroepen een beter niveau van dagelijks functioneren dan de patiënten in de controlegroep. Patiënten uit de U-PRIM+U-CARE groep hadden meer contacten met de huisarts vergeleken met de twee andere groepen. Er werd geen overall verschil aangetoond in kwaliteit van leven. Subgroep analyse toonde bij hoogopgeleide patiënten uit de U-PRIM + U-CARE groep een verbetering van kwaliteit van leven op het fysieke domein.

**Beschouwing:**

Een gestructureerde, proactieve interventie bestaand uit vroege identificatie van kwetsbaarheid gevolgd door een geïntegreerd zorgprogramma leidt tot beter behoud van dagelijks functioneren onder kwetsbare ouderen.



## 82 Voordracht

### **Predictiemodel voor normale vitamine D-waarden**

T. Merlijn, P.J. Elders, N.M. van Schoor

VUmc, AMSTERDAM

#### **Inleiding:**

Vitamine D-tekort komt veel voor bij ouderen en heeft nadelige gevolgen op valrisico en fracturen. De gezondheidsraad heeft het advies uitgebracht alle ouderen >70 jaar dagelijkse 20 microgram vitamine D-suppletie te suppleren.

Van vitamine D-deficiëntie wordt gesproken indien sprake is van een plasma 25-hydroxyvitamine D-spiegel <30 nmol/l, maar de geadviseerde streefwaarde is 50nmol/l.

#### **Onderzoeksvraag:**

Kan een predictiemodel onderscheid maken tussen ouderen met acceptabele en ouderen met een lage vitamine D-spiegel?

#### **Methode:**

Er werd gebruik gemaakt van de studiepopulatie van de SOS-trial. Dit is een eerstelijns populatie van 2301 vrouwen  $\geq 65$  jaar met tenminste 1 risicofactor voor osteoporose waarbij botdensitometrie, vragenlijsten en laboratoriumonderzoek (waaronder 25-hydroxyvitamine D, diasorin) zijn afgenomen. De vitamine D-spiegel en alle variabele werden gecategoriseerd of gedichotomiseerd. Met multiple logistische regressie analyse met backward selection werden de variabelen voor het model geselecteerd en werd een predictiemodel gemodelleerd met maximale UAC en zo min mogelijk variabelen. Het model wordt nog gevalideerd in een andere populatie.

#### **Resultaat:**

De AUC van het model is 0,737. In tabel 1 zijn de voorspellers weergegeven met een puntenscore. Tabel 2 laat de voorspellende waarde bij verschillende afkappunten zien.

#### **Beschouwing:**

Met het voorgestelde model is het mogelijk om een groep te selecteren met 72% kans op een 25-hydroxyvitamine D >50 nmol/l en een te verwaarlozen kans op vitamine D-deficiëntie. Het model laat de belangrijke rol van het jaargetijde zien. In de wintermaanden heeft iedereen zonder suppletie een aanzienlijke kans op een te laag 25-hydroxyvitamine D.

*Tabel 1. Risicoscore predictiemodel*

Risicofactor	Punten
Leeftijd >75 jaar	2
BMI>25 kg/m <sup>2</sup>	1
Lengte>160 cm	1
Roken	1
Medicatie $\geq 7$ /dg	1
's zomers dagelijks <1 uur buiten	2
Gebruik loophulpmiddel	2
Seizoen voor/najaar (nov, dec, jan, mei, jun)	2
Seizoen winter (feb, mrt, april)	4
Vitamine D gebruik voorschrift huisarts	-7
Vitamine D gebruik zelf	-2
Multivitamine gebruik	-2

Tabel 2. Voorspellende waarde van predictiemodel bij verschillende afkappunten van de risicoscore

Afkappunt risicoscore	≤0	≤1	≤2	≤3	≤4	4	≥4	≥6	≥7	≥8	Overall
Vit D ≥ 50nmol/l	79,4%	74,4%	<b>71,6%</b>	65,0%	62,0%	<b>47,9%</b>	31,9%	22,4%	17,2%	15,1%	48,4%
Vit D < 30nmol/l	2,5%	3,7%	<b>4,4%</b>	6,4%	7,5%	<b>12,4%</b>	23,8%	29,8%	34,5%	41,7%	15,1%
N	364	616	<b>823</b>	1123	1375	<b>240</b>	1149	604	406	252	2284

### 83 Voordracht

#### **Implementatie van promotieonderzoek in de NHG-Standaard Urineweginfecties**

*B.J. Knottnerus, S.E. Geerlings, E.P. Moll van Charante, G. Ter Riet*

*AMC-UvA, AMSTERDAM*

#### **Inleiding:**

Tijdens de herziening van de NHG-Standaard Urineweginfecties in 2005 constateerde de werkgroep dat het bestaande diagnostisch onderzoek moeilijk te vertalen was naar de praktijk: in de meeste studies werd een enkele test onderzocht, terwijl in de praktijk meerdere tests worden gebruikt (inclusief anamnesevragen) die vaak overlappende informatie bevatten. Naar aanleiding van dit knelpunt formuleerden twee werkgroepleden de volgende onderzoeksvraag: wat is bij diagnostiek van ongecompliceerde urineweginfecties (UWI's) de toegevoegde diagnostische waarde van tests uit anamnese en urineonderzoek, rekening houdend met hun onderlinge afhankelijkheid en hun volgorde?

#### **Methode:**

In het kader van een aiothotraject werd er een multivariabel model gemaakt voor de diagnostiek van UWI's bij gezonde, niet-zwangere vrouwen met pijnlijke en/of frequente mictie. Dit leidde tot een recent gepubliceerd proefschrift ("BJ Knottnerus, Uncomplicated urinary tract infections in general practice").

#### **Resultaat:**

Belangrijke conclusies uit het proefschrift waren: 1) Bij meer dan de helft van de vrouwen kan de kans op een UWI betrouwbaar worden geschat op basis van drie vragen; 2) Vrouwen kunnen zelf vaak goed inschatten of ze een UWI hebben; 3) Sediment en dipslide hebben nauwelijks toegevoegde waarde als informatie uit anamnese en eventueel stickonderzoek al bekend is. Deze conclusies zijn deels verwerkt in de nieuwe NHG-Standaard, waarvan de promovendus (BJK) en een copromotor (SEG) in de werkgroep zitten.

#### **Beschouwing:**

Een eerdere herziening van de NHG-Standaard Urineweginfecties heeft geleid tot een promotieonderzoek waarvan de resultaten hebben bijgedragen aan nieuwe aanbevelingen in de huidige herziening.

### 84 Voordracht

#### **NHG-PreventieConsult module COPD: van ontwikkeling naar implementatie**

*K.M.A. van Haaren*

*NHG, UTRECHT*

#### **Inleiding:**

Er zijn in Nederland 300.000 bekende en evenveel onbekende COPD-patiënten. Vroege opsporing van COPD kan de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van COPD terugdringen. Vooral als de patiënt stopt met roken. Eerder onderzoek van het onderzoeksinstituut CAPHRI van Universiteit Maastricht toonde aan dat het mogelijk is een voorselectie te maken van mensen met een verhoogd risico op COPD met

behulp van de COPD-risicotest.

**Onderzoeksvraag:**

De bruikbaarheid van de COPD-risicotest in de huisartspraktijk (gevestigd in een omgeving met een lage SES) is, in de vorm van het NHG-PreventieConsult, uitgetest met behulp van een validatie- en een implementatieonderzoek.

**Methode:**

De COPD-risicotest is door de eigen huisarts aangeboden aan 40 tot 70 jarigen zonder de diagnose astma of COPD. Onderzoek naar de aanwezigheid van COPD is uitgevoerd bij respondenten met een verhoogd risico op COPD.

Dit gebeurde in 11 huisartspraktijken voor alle 40 tot 70 jarigen ineens (N=10108) (validatieonderzoek) en in 10 huisartspraktijken voor de 45, 55 en 65 jarigen (N=831)(implementatieonderzoek).

**Resultaten:**

Het PreventieConsult module COPD is effectief, goed uitvoerbaar in de huisartspraktijk en bereikt ook patiënten met een lage SES.

**Conclusie en vervolg:**

Het is mogelijk onbekende COPD patiënten op te sporen binnen de huisartspraktijk.

Het NHG besloot daarop om het PreventieConsult module COPD verder te ontwikkelen en te publiceren door middel van een PraktijkWijzer. 300 huisartsen bestelden de PraktijkWijzer; voorjaar 2013 zal een enquête onder de gebruikers worden gehouden, waarvan de resultaten tijdens de wetenschapsdag gepresenteerd worden.

**85 CAT-Poster**

***Fecaal calprotectine als eerstelijns diagnostiek bij verdenking inflammatoire darmziekten***

*E.L.M. van Dijk, I.L. Legerstee, L. Yurtsever*

*Erasmus MC, ROTTERDAM*

**Inleiding:**

De huisarts wordt regelmatig geconsulteerd door patiënten met buikpijn, veranderd defecatie patroon en rectaal bloedverlies. Het verkrijgen van diagnostische zekerheid is lastig wanneer prikkelbare darm syndroom (IBS) en inflammatoire darmziekten (IBD) zoals Morbus Crohn (MC) en Colitis Ulcerosa (CU) in de differentiaal diagnose staan. De gouden standaard voor diagnostiek is colonoscopie met histopathologie (1). Dit is een invasief onderzoek waarbij bij 63-78% van de patiënten geen afwijkingen worden gevonden (2). Calprotectine is een afbraakproduct van neutrofiële granulocyten dat is verhoogd bij inflammatoir darmlijden en wordt bepaald in de ontlasting. Onze hypothese is dat bepaling van het fecaal calprotectine het aantal onnodige endoscopieën ter differentiatie tussen IBS en IBD kan reduceren.

**Vraagstelling:**

Wat is de sensitiviteit of negatief voorspellende waarde van fecaal calprotectine voor het uitsluiten van IBD bij eerstelijns patiënten met een klinische verdenking op IBD?

**Zoekstructuur:**

Op zowel Medline als Embase zochten wij naar meta-analyses, research supports, systemische reviews, RCT's en clinical trials tot maart 2013, limits: human, English. Op PubMed gebruikten wij de volgende zoekstrategie: ("Leukocyte L1 Antigen Complex"[Mesh:NoExp]) AND ("Inflammatory Bowel Diseases"[Mesh:NoExp]). Wij vonden 47 artikelen. Relevant achtten wij een meta-analyse uit 2010 van Van Rheenen et al. (3) en de diagnostische studie van Kok et al. (2) uit 2012.

## Resultaten:

Van Rheenen et al. includeerden zes diagnostische studies (n=670) waarbij bij patiënten met een klinische verdenking op IBD de fecale calprotectine levels werden vergeleken met colonoscopie plus histopathologie. De gepoolde sensitiviteit was 0.93 (95% CI 0.85-0.97) en de negatief voorspellende waarde van 0,97. Het aantal noodzakelijk colonoscopieën werd gereduceerd met 67%.

Kok et al. analyseerden fecaal calprotectine (n=386) middels de ELISA-methode. De patiënten werden door de huisarts verwezen in verband met langer dan twee weken bestaande buikpijnklachten met NHG- alarmsymptomen (4). Wij berekenden een IBD-prevalentie van 4,9%, een sensitiviteit van 84% en een negatief voorspellende waarde van 98%.

## Aanvullend commentaar:

De resultaten kunnen niet zonder discussie worden beschouwd. De belangrijkste beperking van de meta-analyse betreft de IBD-prevalentie van 32%. Dit percentage ligt hoog, waarschijnlijk door de derdelijns populatie. De gevonden testeigenschappen kunnen niet worden geëxtrapoleerd naar de eerstelijns waar de prevalentie van IBD lager ligt. Bijkomend minpunt van het review is de heterogeniteit van de geïnccludeerde studies, betreffende de prevalentie van IBD en de verhouding MC en CU. Bij een deel van de geïnccludeerde studies is er sprake van partial differential verification bias omdat niet alle patiënten een colonoscopie met histopathologie ondergingen. Beide tekortkomingen leiden tot onjuist inschatten van de sensitiviteit en de negatief voorspellende waarde.

De diagnostische studie van Kok et al. includeerde de huisarts verwezen patiënten. De prevalentie van IBD bedroeg 4%. Minpunt is inclusie van patiënten ouder dan 50 jaar met alarmsymptomen waardoor inclusie plaatsvond van patiënten lijdend aan carcinomen en darmziekten anders dan IBD.

Verdenking op aanwezigheid van een maligniteit en andere darmpathologie valt buiten het bestek van dit betoog. In deze studie werd niet in alle gevallen een colonoscopie met histopathologie verricht. In beide reviews was er variatie in cutt-off scores van fecaal calprotectine.

## Conclusie en betekenis huisartsenpraktijk

Afhankelijk van de gekozen populatie is fecaal calprotectine een waardevolle screeningstest expliciet ter uitsluiting van IBD bij diagnostische twijfel tussen IBS en IBD. De test kan echter zonder aanvullende studies in de eerstelijns niet zonder meer worden toegepast in de huisartsenpraktijk.

## Referenties:

1. Leighton JA, [Shen B](#), [Baron TH](#), [Adler DG](#), [Davila R](#), Egan JV, et al. ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;63: 558-65.
2. Kok L, Elias SG, Witteman BJ, Goedhard JG, Muris JW, Moons KG, et al. Diagnostic accuracy of point-of-care fecal calprotectin and immunochemical occult blood tests for diagnosis of organic bowel disease in primary care: the Cost-Effectiveness of a Decision Rule for Abdominal Complaints in Primary Care (CEDAR) study. *Clin Chem* 2012 Jun;58(6):989-98.
3. Van Rheenen PF, Van de Vijver E, Fidler V. [Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis](#). *BMJ* 2010 Jul 15;341:c3369.
4. Horst HE, Wit NJ, Quarero AO, Muris JWM, Berger MY, Bijkerk CJ et al. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2012;55(5)204-9.

## 86 CAT-Voordracht

### *Corticosteroidinjectie bij epicondylitis medialis*

A.S. Koning

*Huisartsopleiding VUmc, AMSTERDAM*

## Inleiding:

Van epicondylitis lateralis is bekend dat de lange- termijnresultaten van injectietherapie ongunstig zijn. Literatuur over epicondylitis medialis is schaars. Daarom wordt in de huidige richtlijn injectietherapie voor epicondylitis medialis afgeraden op basis van resultaten uit onderzoeken naar epicondylitis lateralis.

**Vraagstelling:**

Wat is het effect van een corticosteroïdinjectie in vergelijking met placebo op pijnklachten bij patiënten met epicondylitis medialis?

**Zoekstructuur:**

Ik zocht in de Cochrane database met de zoekterm 'medial epicondylitis'. Daarnaast zocht ik in PubMed met zowel de vrije tekstterm 'medial epicondylitis' als de volgende Mesh-termen: 'Methylprednisolone', 'Glucocorticoids', 'Injections', 'Injections, Intra-Arterial'. Limits: geen.

**Resultaten:**

Uit de gevonden literatuur selecteerde ik twee relevante RCT's. Bij beide onderzoeken werd 6 en 8 weken na de injectie bij de interventiegroepen een significant betere functionele pijnscore gezien ten opzichte van de controlegroep. Dit verschil verdween na 3 en 4 maanden en ook na een jaar was er geen verschil.

**Conclusie:**

De korte-termijnresultaten van een corticosteroïdinjectie bij epicondylitis medialis zijn goed. Het natuurlijk beloop is echter ook gunstig. Het patroon van verslechtering op de langere termijn, zoals dat bekend is bij injectietherapie voor epicondylitis lateralis, wordt bij epicondylitis medialis niet gezien.

**Betekenis voor de huisartsenpraktijk van alledag:**

Op basis van de literatuur blijft het initiële advies een expectatief beleid. Men hoeft echter beduidend minder terughoudend te zijn met injectietherapie voor epicondylitis medialis dan de richtlijn aangeeft.

**87 CAT-Voordracht*****Bij een nieuwe fractuur, bisfosfonaten pas na enige duur?***

*A.Gabriël-Wegman*

*AMC, huisartsenopleiding, AMSTERDAM*

**Inleiding:**

Bij een patiënte met een schouder fractuur en vastgestelde osteoporose werd mij afgeraden te starten met bisfosfonaten door de geriater, omdat deze de fractuur genezing remmen.

**Vraagstelling:**

Geeft het direct starten met bisfosfonaten na een recente fractuur en osteoporose een vertraagde fractuurgenezing?

**Zoekstructuur**

Zoektermen in Pubmed: Osteoporosis, Diphosphonates, Fracture healing.

**Resultaten:**

2 relevante onderzoeken.

1. Een gerandomiseerd onderzoek bij 50 patiënten met een distale radiusfractuur. 2 patiëntengroepen, groep 1 start met bisfosfonaten na 2 weken, groep 2 na 3 maanden. Er was geen significant verschil in radiologische fractuurgenezing.
2. Een gerandomiseerd onderzoek bij 77 patiënten met een intertrochantaire fractuur. Er waren drie patiëntengroepen, groep 1 start met bisfosfonaten na 1 week, groep 2 na 1 maand en groep 3 na 3 maanden. Er was geen significant verschil in fractuur genezingsduur.

**Aanvullend commentaar:**

1. Een kleine onderzoekspopulatie. Door exclusie criteria vielen 228 patiënten af. Grote uitval na randomisatie. Patiënten en behandelaren waren niet geblindeerd.
2. Een kleine onderzoekspopulatie. Een onduidelijk randomisatie en follow up proces. Geen blinding patiënten en onderzoekers. Hoog percentage uitvallers.

**Conclusie:**

De beide onderzoeken laten zien dat het vroeg starten met bisfosfonaten bij een recente fractuur en osteoporose geen nadelige effecten heeft op de fractuurgenezing.

**Betekenis voor de huisartsenpraktijk van alledag:**

In de huisartsenpraktijk zie je frequent patiënten met een fractuur en daarbij osteoporose waarbij je conform de standaard zou gaan starten met bisfosfonaten. Vooral nog lijkt dit gewoon zo door te kunnen gaan.

**88 CAT-Voordracht*****Tandarts bezoek: antistolling staken?***

*M. van der Lelij*

*Huisartsopleiding LEIDEN*

**Inleiding:**

“Dokter, ik moet naar de tandarts, is het goed dat ik de bloedverdunners even stop?” Een terugkerende vraag in de huisartspraktijk.

Hoe noodzakelijk is het eigenlijk om de antistolling te stoppen?

**Vraagstelling:**

Treden er na een tandheelkundige ingreep meer bloedingen op als patiënten acetylsalicylzuur of een coumarinederivaat continueren dan dat zij deze tijdelijk staken.

**Zoekstructuur:**

PubMed werd voor beide anti-coagulantia doorzocht met MeSH termen. Dit leverde 2 relevante Systemische Reviews (SR) over coumarinederivaten op en 1 Randomized Clinical Trial (RCT) over acetylsalicylzuur.

**Resultaten:**

Nematullah et al. en Madrid et al. onderzochten beide in een SR het verschil in bloedingsrisico bij een tandheelkundige ingreep bij patiënten die hun coumarinederivaten continueerden versus die hun coumarinederivaten gestaakt hadden.

Medeiros et al. onderzocht in een RCT het verschil in bloedverlies bij een tandextractie tussen degenen die de acetylsalicylzuur wel of niet gestaakt hadden. Voor zowel coumarinederivaten als acetylsalicylzuur werd geen statistisch significant verschil tussen de groepen gevonden.

**Aanvullend commentaar:**

De kwaliteit van de SR's was niet optimaal, maar bruikbaar voor de onderzoeksvraag.

De RCT was van goede methodologische kwaliteit, ondanks dat deze niet dubbelblind is uitgevoerd.

**Conclusie:**

Conform een Engelse richtlijn geeft het gebruik van acetylsalicylzuur, of goed ingesteld met een coumarinederivaat (INR 2-3,5), tijdens een tandheelkundige ingreep geen verhoogd risico op een klinisch relevante bloeding.

**Betekenis voor de huisartsenpraktijk van alledag:**

De patiënt hoeft acetylsalicylzuur of de coumarin derivaat niet te staken voor een bezoek aan de tandarts, mits de INR niet is doorgeschoten.

**89 CAT-Voordracht*****Kort tongriempje klieven bij borstvoedingsproblemen?***

*H.J.S. Maiburg, I. Hamming, L. van Avendonk, M. Godefrooij  
Universiteit Maastricht, Huisartsopleiding, MAASTRICHT*

**Inleiding:**

Een kort tongriempje (ankyloglossie, incidentie 2-11%) is geassocieerd met borstvoedingsproblemen. Het inknippen van een kort tongriempje (frenulotomie) bij zuigelingen met borstvoedingsproblemen is binnen de huisartsgeneeskunde een controversieel onderwerp.

**Vraagstelling:**

Leidt een frenulotomie bij borstgevoede zuigelingen met een kort tongriempje tot afname van borstvoedingsproblemen in vergelijking met een afwachtend beleid?

**Zoekstructuur:**

We zochten op PubMed naar een combinatie van de MESH-termen: breastfeeding AND lingual frenum AND infant. We zochten tevens op synoniemen van deze MESH-termen in titels en abstracts.

**Resultaten:**

Vier artikelen kwamen overeen met onze vraagstelling. Het betrof één observationele studie en drie RCTs. In alle studies werd het effect van een frenulotomie gemeten. In één studie werd dit vergeleken met lactatiekundige adviezen en in twee andere studies met een 'alsof'-interventie.

**Aanvullend commentaar:**

Alle geïncludeerde studies zijn methodologisch van matige kwaliteit.

**Conclusie:**

In alle studies leidde frenulotomie op korte termijn tot een afname van borstvoedingsproblemen bij zuigelingen met ankyloglossie. Wegens belangrijke methodologische tekortkomingen is er echter een grote kans op bias, welke leidt tot een overschatting van het effect. Er traden geen complicaties op.

**Betekenis voor de huisartsenpraktijk van alledag:**

Indien sprake van ankyloglossie adviseren wij in eerste instantie lactatiekundige begeleiding. Bij onvoldoende effect kan een frenulotomie worden overwogen. Alhoewel de evidence zeer beperkt is, leidt frenulotomie tot een subjectieve verbetering zonder relevante complicaties.

**90 CAT-Poster*****Psoriasis: een door de verzekering vergoede strandvakantie!***

*J.J. van Raalte  
Universiteit van Amsterdam, AMC, AMSTERDAM*

**Inleiding:**

Dode Zee kuren worden vergoed bij patiënten met psoriasis wanneer lichttherapiebehandeling niet voldoet. De NHG-Standaard 'Psoriasis' (2004) meldt dat uit retrospectief onderzoek blijkt dat een kuur een gunstig effect heeft. Prospectief onderzoek echter ontbreekt.

**Vraagstelling:**

Is een Dode Zee kuur minimaal even effectief als UV-behandeling bij psoriasis?

**Zoekstructuur:**

MEDLINE/Pubmed zoektermen:

(psoriasis AND (dead sea OR saline)). Limits: randomised controlled trial; review. Alleen Engelstalige artikelen vanaf 2004 werden geïncludeerd.

**Resultaten:**

De search leverde drie randomised controlled trials op. Bij twee van deze studies gaf een Dode Zee kuur een beter resultaat dan lichttherapie. Het derde artikel liet geen verschil zien tussen beide behandelingen.

**Aanvullend commentaar:**

Alle studies werden verricht in een Duits kuuroord waar de omstandigheden vergelijkbaar zijn gemaakt met die van de Dode Zee, met behulp van zoutwaterbaden en UV-lichtlampen. Bij de studie die geen verschil in uitkomsten liet zien, moesten de patiënten maar een ledemaat in het zoute water houden. Dit is minder vergelijkbaar met het baden in de Dode Zee zelf.

**Conclusie:**

Een Dode Zee kuur geeft mogelijk een beter resultaat bij de behandeling van psoriasis in vergelijking met alleen lichttherapie. Of een Dode Zee kuur aan de Dode Zee zelf een betere behandeling is, moet nog wel worden aangetoond door middel van prospectief onderzoek.

**Betekenis voor de huisartsenpraktijk van alledag:**

Met behulp van deze CAT kunnen huisartsen adequaat uitleg geven aan patiënten met psoriasis over de werkzaamheid van Dode Zee kuren.

**91 CAT-Voordracht*****Maagzuurremmers bij urticaria***

*A.J. Berendsen, M. J. Swiersma*

*Universiteit Groningen, UMCG, afd. Huisartsopleiding. GRONINGEN*

**Inleiding:**

Urticaria zijn vaak moeilijk te behandelen en soms invaliderend. Klassieke antihistaminica werken doorgaans onvoldoende.

**Vraagstelling:**

Werkt toevoeging van een maagzuurremmer (H2-receptorantagonist/H2RA), zoals cimetidine of ranitidine, aan de behandeling van urticaria beter, dan behandeling met uitsluitend een klassiek antihistaminicum (H1-receptorantagonist/H1RA)?

**Zoekstructuur:**

Er werd gezocht met de MeSH-termen: 'urticaria' AND 'histamine-H1-antagonists' AND 'histamine-H2-antagonists'.

**Resultaten:**

Er werd één Cochrane-review gevonden en één RCT geselecteerd waarin de effectiviteit van de toevoeging van een H2RA werd onderzocht. Twee RCT's binnen de review lieten een significant positief zien voor de combinatietherapie. De RCT concludeerde dat de relatieve effectiviteit van de combinatie H1RA/H2RA significant het meest bevredigend is.



**Aanvullend commentaar:**

De review is goed van opzet. Datapooling werd onmogelijk geacht vanwege niet-beoordeelbare heterogeniteit. Men koos dus voor subgroep analyse. De RCT was methodologisch van matige kwaliteit. Gegevens over statistische toetsing ontbreken.

**Conclusie:**

De toevoeging van een H2RA aan een klassiek antihistaminicum voor de behandeling van urticaria lijkt beter te werken. Het bewijs voor de effectiviteit is echter niet sterk.

**Betekenis voor de huisartsenpraktijk van alledag:**

Als een patiënt zich op het spreekuur presenteert met persisterende klachten van urticaria valt te overwegen een H2RA, zoals cimetidine of ranitidine, aan de behandeling met een H1RA toe te voegen, mede vanwege de geringe bijwerkingen.

**ALFABETISCHE INDEX SAMENVATTINGEN**

<b>Nr</b>	<b>Naam</b>	<b>Vl.</b>	<b>Titel</b>	<b>Pag.</b>
89	Avendonk, van	L.	Kort tongriempje klieven bij borstvoedingsproblemen?	63
47	Bastick	A.N.	Voorspellers van kniepijn progressie bij mensen met vroeg symptomatische knie artrose – resultaten van CHECK na vijf jaar follow-up	35
24	Blom	J.W.	Ervaringen van huisartsen bij het implementeren van proactieve samenhangende zorg voor ouderen in de huisartspraktijk. De ISCOPE-studie.	17
49	Blom	J.W.	Proactieve samenhangende zorg voor ouderen met complexe problematiek geïdentificeerd door screening in de huisartspraktijk. De ISCOPE studie.	36
71	Boeft, den	M.	Herkennen van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in het huisarts informatie systeem. Een valideringsstudie.	50
15	Bont, de	E.G.P.M.	Ouders van een kind met koorts verwachten geen recept	13
13	Brand-Piek	E.	Langdurig gebruik van antidepressiva in de Nederlandse huisartsenpraktijk: Kenmerken en consequenties	11
60	Brekel-Dijkstra, van den	K.	Een integrale wijkgerichte preventieaanpak in de eerstelijnszorg; implementatie van het Preventiekompas voor cardiometabole risicoprofilering.	43
80	Brekel-Dijkstra, van den	K.	Gecombineerd leefstijl interventie programma ‘Julius Fit’: resultaten van een pilot evaluatie.	55
16	Brink, van den	M.J.	Design MIRA-onderzoek: MIRena-spiraal versus endometrium Ablatie in de behandeling van menorrhagie	13
62	Bruggen, van	S.	Respect voor autonomie of ingrijpen? Omgaan met morele dilemma’s in de huisartsenzorg voor ouderen met cognitieve achteruitgang	45
17	Cals	J.W.L.	Sneltesten: nu en in de toekomst. Wat willen huisartsen?	14
2	Derksen	F.A.W.N.	Empathie in de communicatie tussen huisarts en patient.	4
46	Dijk, van	A.N.	Het opsporen van functioneringsproblemen en bieden van zelfmanagementondersteuning door de praktijkondersteuner in de reguliere diabeteszorg: een procesevaluatie	34
85	Dijk, van	E.L.M.	Fecaal calprotectine als eerstelijns diagnostiek bij verdenking inflammatoire darmziekten	59
42	Drewes	Y.M.	Variabiliteit in de beoordeling van kwetsbaarheid van ouderen tussen huisartsen. De ISCOPE studie	31
81	Drubbel	I.	Het effect van proactieve, geïntegreerde zorg in de huisartsenpraktijk op het dagelijks functioneren van kwetsbare ouderen: een cluster gerandomiseerde trial	56
74	Dungen, van den	P.	Voorkeuren met betrekking tot het bespreken van de diagnose dementie: een systematisch literatuuronderzoek	52
73	Eefting-Mensink	W.M.	Welke behandeling past het beste bij de individuele depressieve patiënt in de huisartspraktijk?	51
40	Elzen, den	W.P.J.	Internationale variatie in behandelstrategieën door huisartsen bij ouderen met subklinische hypothyreoïdie	29
57	Faber, von	M.	Afwegingen en behoeften van ouderen met sombere gevoelens.	42
87	Gabriël-Wegman	A.	Bij een nieuwe fractuur, bisfosfonaten pas na enige duur?	61

52	Gelder, van	V.A.	Een web-based consultatie systeem voor patiënten met chronische nierschade: een eerste verkenning van mogelijkheden.	38
89	Godefrooij	M.	Kort tongriempje klieven bij borstvoedingsproblemen?	63
55	Groenberg	I.	Cultuur-specifieke uitnodigingsstrategieën om deelname aan het preventieconsult te vergroten	40
84	Haaren, van	K.M.A.	NHG-PreventieConsult module COPD: van ontwikkeling naar implementatie	58
89	Hamming	I.	Kort tongriempje klieven bij borstvoedingsproblemen?	63
1	Heins	M.J.	Kanker heb je niet alleen: Invloed van de diagnose op zorggebruik bij de partner	4
26	Hermsen	L.A.H.	Klinimetrische eigenschappen van de Nederlandse Keele Assessment of Participation vragenlijst bij ouderen met gewrichtspijn en comorbiditeit	18
5	Hoeven	T.A.	Artrose is geen risicofactor voor hart-en vaatziekten.	7
30	Hooiveld	M.	Weinig antivirale middelen voorgeschreven tijdens de griepPandemie.	21
77	Hooiveld	M.	Beleid van huisartsen bij klachten van de mamma	53
43	Houwelingen, van	A.H.	Screening op vier gezondheidsdomeinen bij ouderen in de huisartspraktijk. De ISCOPE studie.	31
79	Janssen	J.	Hoe stelt de huisarts efficiënt de diagnose dementie? Een voorstel op basis van een literatuurstudie	55
83	Knottnerus	B.J.	Implementatie van promotieonderzoek in de NHG-Standaard Urineweginfecties	58
36	Koffeman	A.R.	Risicovol gebruik van vrij verkrijgbare NSAID's	25
86	Koning	A.	Corticosteroïdinjectie bij epicondylitis medialis	60
38	Kortekaas	M.F.	Huisartsen in opleiding: hoe gaan zij om met vragen over klinische dilemma's over patiënten?	27
56	Krol	J.	HPV, wat doe je ermee? De ervaringen van hrHPV draagsters ten aanzien van de informatievoorziening.	41
51	Kruis	A.L.	Cochrane review: De effectiviteit van geïntegreerde zorg voor COPD patiënten	37
32	Lankhorst	N.E.	Welke patiënten met het patellofemorale pijn syndroom hebben meer baat bij oefentherapie?	22
28	Laurant	M.G.H.	Effectiviteit en haalbaarheid van de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost.	20
85	Legerstee	I.L.	Fecaal calprotectine als eerstelijns diagnostiek bij verdenking inflammatoire darmziekten	59
88	Lelij, van der	M.	Tandarts bezoek: antistolling staken?	62
23	Luymes	C.H.	Herziening van de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement: gevolgen voor de patiënt.	16
45	Mark, van der	L.B.	Voorspellen van astma in jonge kinderen met de CAPS 'Clinical Asthma Prediction Score'	33
19	Meijer	L.J.	Regionale transmurale afspraken: ontwikkelen van een uniforme werkwijze.	15
20	Meijer	L.J.	Hoe komen regionale transmurale afspraken tussen huisartsen en specialisten tot stand?	16
82	Merlijn	T.	Predictiemodel voor normale vitamine D-waarden	57
12	Moll van Charante	E.P.	Verhoogt apathie het risico op hartvaatziekten? Nieuwe resultaten uit de preDIVA studie.	10

64	Nielen	M.M.J.	Invloed van patiëntkenmerken op kwaliteitsindicatoren voor diabetes mellitus in de huisartsenpraktijk	46
10	Ochten, van	J.M.	Persisterende klachten na een enkeldistorsie: afwijkingen op röntgenfoto en MRI	9
67	Oei	L.S.L.	Primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk; een observationeel onderzoek in routine-zorggegevens uit de Utrechtse VRM pilot.	48
25	Ottenheijm	R.P.G.	Het perspectief van de huisarts op het diagnostisch proces van patiënten met een pijnlijke schouder?	18
35	Panman	C.M.C.R.	Hoeveelheid bekkenbodemplakten gerelateerd aan seksueel functioneren bij ouderen vrouwen	24
14	Peet, van	P.G.	NT-proBNP beste voorspeller voor recidief cardiovasculaire morbiditeit bij oudste ouderen: de Leiden 85-plus Studie	12
78	Pol, van den	M.H.J.	Innovatief onderwijs stimuleert kennis en attitude ten aanzien van ouderen	54
27	Pols	D.H.J.	De ontwikkeling en validatie van een systematische “zoekstring” voor onderzoek verricht binnen de huisartsgeneeskunde. Hoe de speld in de hooiberg te vinden?	19
70	Poortvliet	R.K.E.	NT-proBNP-belooft in de tijd bij oudste ouderen: de Leiden 85-plus Studie	49
8	Poot	A.J.	Relatie tussen de mate van tevredenheid van ouderen over de huisartsenpraktijk en de aanwezigheid van complexe problematiek. De ISCOPE studie.	8
41	Poot	A.J.	Multidisciplinaire samenwerking en afstemming in de medische zorg aan bewoners van verzorgingshuizen leiden naar meer tevredenheid over de zorg bij huisartsen en verzorgenden. Het MOVIT-project.	30
90	Raalte, van	J.J.	Psoriasis: een door de verzekering vergoede strandvakantie!	64
63	Riet, ter	G.	De impact van klinisch manifeste comorbiditeit op zelf ervaren gezondheid van patiënten met COPD: De CLIMACOLD score.	45
54	Roorda-Lukkien	C.	Voorkeuren van patiënten voor follow-up na borstkanker in de eerste lijn versus de tweede lijn: een kwalitatief onderzoek.	39
76	Ruikes	F.G.H.	Wat bepaalt de implementeerbaarheid van de eerstelijns Zorg- en WelzijnsStandaard voor kwetsbare ouderen?	52
61	Runhaar	J.	Preventie van knieartrose bij vrouwen met overgewicht in de eerste lijn	44
7	Sande, van der	L.M.	Ervaringen van zorgverleners uit de Lokale Werkgroepen bij de implementatie van een regionaal zorgmodel in verzorgingshuizen; het MOVIT project.	7
58	Schalkwijk	A.A.H.	Implementatie van de zorgstandaard obesitas voor kinderen	42
4	Smelt	A.F.H.	Wat verwachten migrainepatiënten van aanvalsmedicatie? – Resultaten van een Delphi studie	6
91	Swierstra	M.J.	Maagzuurremmers bij urticaria	64
33	Teepe	J.	Herkennen van een bacteriële lage luchtweginfectie	23
34	Thoomes	E.J.	Effectiviteit van conservatieve behandeling bij cervicale radiculopathie	23

31	Urff	M.	Depressie en hartfalen beïnvloeden de uitkomst van de Clinical COPD Questionnaire bij COPD patienten in de eerste lijn.	21
11	Verbiest	M.E.A.	Training in de implementatie van stoppen-met-rokenadvies in de huisartspraktijk: Een cluster gerandomiseerde gecontroleerde trial	10
66	Verbiest	M.E.A.	Implementatie van stoppen-met-rokenbegeleiding in de huisartspraktijk: Analyse van videoconsulten in de huisartspraktijk	47
50	Waal, de	M.W.M.	Screening naar pijn bij ouderen in de huisartspraktijk. De ISCOPE studie.	37
53	Weinans	M.A.E.	Cognities van de huisarts omtrent functionele buikpijn bij kinderen.	39
68	Wiegersma	M.	Kenmerken van vrouwen met een urogenitale prolaps	48
72	Wijmen, van	M.P.S.	Doorbehandelen of afzien van behandeling rond het levenseinde? – Voorkeuren van de algemene bevolking en mensen met een wilsverklaring.	50
37	Wijsman	L.W.	Intra-individuele bloeddrukvariabiliteit, gemiddelde bloeddruk en cognitief functioneren bij ouderen	25
39	Wijsman	L.W.	Subklinische schildklierfunctiestoornissen en cognitieve achteruitgang op oudere leeftijd	28
44	Willeboordse	F.	De inbreng van patiënten bij medicatiebeoordelingen: een systematisch literatuur onderzoek	32
69	Winters	S.	De patiënt maakt ú beter	48
3	Wouden, van der	J.C.	Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd?	5
85	Yurtsever	L.	Fecaal calprotectine als eerstelijns diagnostiek bij verdenking inflammatoire darmziekten	59