

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord programmacommissie

Programma NHG-Wetenschapsdag 13 juni 2014

Samenvattingen NHG-Wetenschapsdag 2014 op nummer

CAT's

Alfabetische index samenvattingen

NHG-WETENSCHAPSDAG 2014

Geachte collega,

Voor u ligt het abstractenboek van de NHG-Wetenschapsdag 2014, die dit jaar zal plaatsvinden in het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde zit de laatste jaren duidelijk in de lift getuige het toenemende aantal publicaties van huisartsen/ onderzoekers en de oprichting van het consortium voor het gezamenlijk uitvoeren van grootschalig onderzoek.

Deze trend is meer dan wenselijk. Net als voor de specialistische geneeskunde geldt ook voor de eerstelijns geneeskunde dat de (kosten)effectiviteit van veel van ons handelen niet onomstotelijk is aangetoond.

Bovendien is er maar weinig evidence beschikbaar om te bepalen welke patiënt baat heeft bij welke behandeling. Onderzoek ten dienste van 'geneeskunde-op-maat', het thema van deze Wetenschapsdag, is daarom hard nodig - voor de patiënt en mogelijk ook voor het gezondheidszorgbudget.

Het toesnijden van het beleid op de specifieke kenmerken, de omgeving en het daarmee samenhangende risicoprofiel van de patiënt voorkomt onnodige, onvoldoende of zelfs schadelijke zorg. Wij hopen dan ook dat u ons enthousiasme voor dit thema deelt en dat het programma levendige discussies en nieuwe inzichten zal voortbrengen.

Het programma begint met een voordracht van Geert-Jan Geersing. Hij is huisarts/ onderzoeker en zal zijn kennis over diagnostiek in het licht van het thema 'geneeskunde- op-maat' geanimeerd de revue laten passeren.

Daarna volgen voordrachten en posterpresentaties van huisartsen/onderzoekers en twee workshops: een over predictiemodellen en een met tips over het publiceren van wetenschappelijke artikelen.

Ionica Smeets, wetenschapsjournalist en een van de 'wiskundemeisjes' uit de Volkskrant, zal aan het eind van het wetenschappelijk programma een presentatie houden over nut en valkuilen van een van onze belangrijkste onderzoekstools, de statistiek.

De Programmacommissie

SAMENVATTINGEN

1. Poster

Cardiale disfunctie als lange termijn effect van de behandeling van borstkanker: de BLOC-studie

*L.M. Boerman, P. van der Meer, J.A. Gietema, J.H. Maduro, G.H. de Bock, M.Y. Berger, A.J. Berendsen
Rijksuniversiteit Groningen, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Het aantal borstkankeroverlevenden neemt toe en dus worden de lange-termijn effecten van de behandeling steeds relevanter. Radio- en chemotherapie leiden op de lange-termijn tot een verhoogd risico op hartvaatziekten (HVZ). Eerdere studies focusten op specifieke patiëntengroepen en/of een verminderde linker ventrikel ejection fractie, wat een laat symptoom van cardiotoxiciteit is. Vroegdiagnostiek biedt mogelijkheid tot vroege behandeling en dit voorkomt mogelijk verergering.

Onderzoeksvragen

Primair: Wat is de prevalentie van cardiale disfunctie bij patiënten, die zijn behandeld voor borstkanker met chemo- en/of radiotherapie in vergelijking met een leeftijd en huisarts-gematchte vrouwelijke controle groep?

Secundair: Wat is de waarde van patiëntkarakteristieken, klinische symptomen en tekenen bij lichamelijk onderzoek in het diagnosticeren van cardiale disfunctie (op echocardiografie)?

Wat is de (additionele) waarde van biomarkers in het diagnosticeren van cardiale disfunctie zoals gevonden op echocardiografie?

Methode

In huisartspraktijken worden 350 borstkankeroverlevenden geselecteerd en gekoppeld aan een leeftijd en huisarts gematcht random cohort. De cardiale functie wordt gemeten door middel van echocardiografie. Symptomen worden verzameld met vragenlijsten: CVRM en de MFI-20 (vermoeidheidsindex). Aangezien symptomen van HVZ kunnen samengaan met psychische en fysieke problemen worden ook de HADS (angst en depressie schaal) en SQUASH (fysieke activiteit) afgenomen. Daarnaast wordt een kort lichamelijk onderzoek verricht en een ECG gemaakt. Bloed wordt verzameld voor het bepalen van cardiovasculaire risico factoren, cardiale biomarkers en DNA. Therapie-informatie wordt verzameld via ziekenhuisdossiers.

Resultaten

Het doel is om de effecten te bestuderen van de behandeling van borstkanker op de prevalentie van cardiale disfunctie, de gerelateerde symptomen en de verschillende diagnostische maten (biomarkers) in een ongeselecteerde groep borstkankerpatiënten.

2. Poster

Lange-termijn follow-up voor cardiovasculaire ziekten na chemotherapie en of radiotherapie voor borstkanker in een ongeselecteerde populatie

*L.M. Boerman, A.J. Berendsen, P. van der Meer, J.H. Maduro, M.Y. Berger, G.H. de Bock
Rijksuniversiteit Groningen, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Eerder onderzoek legde de focus op specifieke patiëntengroepen. In dit onderzoek wordt het risico op hartvaatziekten (HVZ) in een ongeselecteerde groep vrouwen, curatief behandeld voor borstkanker, vergeleken met een leeftijds- en huisarts gematcht random cohort.

Methode

De HVZ werden verdeeld in drie categorieën op basis van ICPC-codering: hartfalen, vasculaire cardiale ziekten en 'overige' cardiale ziekten. Hazard ratio's (HR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% CI), gecorrigeerd voor leeftijd, HVZ en HVZ risicofactoren op baseline, werden bepaald door middel van een cox-regressie analyse.

Resultaten

Er werden 561 borstkankeroverlevenden geselecteerd. Van deze groep ontvingen 229 (neo)adjuvante radiotherapie, 145 ontvingen chemotherapie (met of zonder radiotherapie) en 187 ontvingen geen adjuvante therapie. Gedurende de follow-up (mediaan 9 jaar, range 5-57) ontwikkelden 176/561 (31%) HVZ en van de controles was dit bij 398/1635 (24%) het geval. Na radiotherapie, werd er geen verhoogd risico op hartfalen (HR:0.5; 95%CI:0.2-1.8), vasculaire cardiale ziektes (HR:1.1; 95%CI:0.7-1.7) of overige cardiale ziektes (HR:1.3; 95%CI:0.8-2.3) gevonden in vergelijking met de controles. Vergelijkbare resultaten werden gevonden na chemotherapie: voor hartfalen (HR:1.8; 95%CI:0.6-5.8), vasculaire cardiale ziektes (HR:1.1; 95%CI:0.5-2.3) en overige cardiale ziektes (HR:1.2; 95%CI:0.3-5.5).

Conclusie

In deze ongeselecteerde groep borstkankeroverlevenden werd geen significant verhoogd risico op HVZ gevonden na radiotherapie en/of chemotherapie in vergelijking met controles. De HR van hartfalen na chemotherapie kwam echter wel overeen met eerder gevonden risico's in andere studies. De afwezigheid van significante bevindingen in deze studie sluiten klinische significante risico's op HVZ als gevolg van borstkankerbehandeling echter niet uit. Toekomstig onderzoek zou daarom gedetailleerdere behandelingsinformatie bevatten en meer specifieke uitkomstmaten meten.

3. Voordracht

Herkennen van kinkhoest bij volwassenen die hoesten

J. Teepe¹, B.D.L. Broekhuizen², C. Lammens³, M. Leven³, K. Loens³, K. Huygen³, H. Goossens³, T.J.M. Verheij²

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, UTRECHT, Nederland

²Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UTRECHT, Nederland

³Universiteit Antwerpen, Laboratorium medische microbiologie, Vaccin en Infecties, ANTWERPEN, België

Inleiding

Kinkhoest wordt veroorzaakt door de bacterie *Bordetella pertussis*. De meeste gevallen van kinkhoest bij volwassenen worden waarschijnlijk niet gediagnosticeerd. Het identificeren van kinkhoest bij volwassenen met een lage luchtweginfectie kan huisartsen helpen om onnodige diagnostiek en behandeling te verminderen. Echter, of en hoe kinkhoest bij volwassenen te herkennen is, is niet bekend.

Onderzoeksvraag

Wat is de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek voor kinkhoest bij volwassenen die de huisarts consulteren met hoest ?

Methode

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. Alle patiënten ondergingen een gestructureerde anamnese en lichamelijk onderzoek, afname van neuskeelwat en sputum (geanalyseerd voor *B. pertussis* middels PCR) en meting van IgG antistoffen tegen pertussistoxine (PT) in veneus bloed op dag 28 na presentatie. Een acute infectie werd gedefinieerd als antistoftiter voor PT \geq 125 U/ml of een positieve PCR in neuskeelwat of sputum.

Resultaten

Aan het onderzoek namen 294 huisartsen deel, die 3104 patiënten includeerden. De gemiddelde leeftijd van de studiebevolking was 50 jaar (spreiding 18-92 jaar), met 685 patiënten \geq 65 jaar (22%). Drie procent (95/3104) had een recente *B. pertussis* infectie. De diagnostische waarde van de klinische gegevens zullen beschikbaar zijn en worden gepresenteerd op het congres.

4. Voordracht

Beloop van kinkhoest bij volwassenen

J. Teepe¹, B.D.L. Broekhuizen², C. Lammens³, M. Leven³, K. Loens³, K. Huygen³, H. Goossens³, T.J.M. Verheij²

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, UTRECHT, Nederland

²Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UTRECHT, Nederland

³Universiteit Antwerpen, Laboratorium medische microbiologie, Vaccin en Infectie, ANTWERPEN, België

Inleiding

Kennis over de prevalentie en het beloop van kinkhoest bij volwassenen is nodig om te beslissen over revaccinatie voor kinkhoest.

Onderzoeksvraag

Wat is de prevalentie en het beloop van kinkhoest bij volwassenen die de huisarts consulteren met hoest?

Methode

Prospectief 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. Alle patiënten ondergingen een gestructureerde anamnese en lichamelijk onderzoek, afname van neuskeelwat en sputum en meting van IgG antistoffen tegen pertussistoxine (PT) in veneus bloed. Patiënten hielden gedurende vier weken een dagboek bij over hun klachten en ziektegedrag. Primaire uitkomstmaat: duur van de symptomen. Secundaire uitkomstmaten: duur totdat de symptomen volledig verdwenen waren, nieuwe of verergerende symptomen en invloed op de dagelijkse activiteiten.

Resultaten

Aan het onderzoek namen 294 huisartsen deel, die 3104 patiënten includeerden. De gemiddelde leeftijd van de studiebevolking was 50 jaar (spreiding 18-92 jaar), met 685 patiënten \geq 65 jaar (22%). Drie procent (95/3104) had een recente *B. pertussis* infectie. De prevalentie en het beloop van kinkhoest zullen beschikbaar zijn en worden gepresenteerd op het congres.

5. Poster

Prevalentie en Risicofactoren voor Seksuele Problemen bij Nederlandse Mannen en Vrouwen met Type 2 Diabetes

A. Rutte¹, A.A.W.A. van der Heijden¹, M.I. van Splunter¹, L.M.C. Welschen¹, J.M. Dekker¹, F.J. Snoek¹, P. Enzlin², P.J.M. Elders¹, G.Nijpels¹

¹VU medisch centrum, AMSTERDAM, Nederland

²Katholieke Universiteit Leuven, LEUVEN, België

Inleiding

Type 2 diabetes patiënten hebben een verhoogd risico op het krijgen van seksuele problemen. Seksuele problemen zijn één van de meest genegeerde complicaties in de diabeteszorg. Dit is een van de eerste studies naar de prevalentie en risicofactoren voor seksuele problemen bij type 2 diabetes patiënten.

Onderzoeksvraag

Het doel van de studie was om de prevalentie en risicofactoren van seksuele problemen bij Nederlandse mannen en vrouwen met type 2 diabetes te bepalen.

Methode

Een vragenlijststudie was uitgevoerd bij 40-75 jarige type 2 diabetes patiënten uit vier diabetescentra in Nederland. Honderdzesenvijftig patiënten (68% man) vulden de vragenlijsten in over socio-demografische en medische kenmerken, depressieve symptomen (Centre for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)) en seksuele problemen (Female Sexual Function Index bij vrouwen; International Index of Erectile Function bij mannen). Uni- en multivariabele logistische regressie modellen zijn gebruikt om te onderzoeken welke variabelen geassocieerd zijn met seksuele problemen.

Resultaten

Op basis van een vooraf gedefinieerde score rapporteerden 69% van de mannen en 70% van de vrouwen met type 2 diabetes enige vorm van seksuele problemen. Hogere leeftijd, depressieve symptomen (CES-D ≥ 16) en ≥ 1 diabetes gerelateerde complicaties waren geassocieerd met seksuele problemen bij mannen en bij vrouwen in univariabele logistische regressie analyses. In een multivariabel model vertoonden depressieve symptomen de meest sterke associatie met seksuele problemen bij mannen en bij vrouwen.

Beschouwing

Seksuele problemen komen veel voor bij Nederlandse type 2 diabetes patiënten en was geassocieerd met een hogere leeftijd, depressieve symptomen en diabetes gerelateerde complicaties. Seksuele problemen vereisen daarom meer klinische aandacht.

6. Voordracht

PINET: Een cluster-gerandomiseerd onderzoek naar de effecten van EBM onderwijs in de huisartsopleiding

M.F. Kortekaas¹, M.E.L. Bartelink¹, G.J.M.G. van der Heijden², A.W. Hoes¹, N.J. de Wit¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, UTRECHT, Nederland

²Academic Center for Dentistry Amsterdam, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Evidence-based practice (EBP) is een belangrijk doel van de huisartsopleiding. Binnen het EBM-onderwijs is met name aandacht voor de eerste drie stappen van EBM (vraag opstellen, zoeken naar evidence en kritisch beoordelen), maar minder voor de laatste twee stappen (toepassen en integreren van gevonden kennis).

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van optimaal geïntegreerd EBM-onderwijs in vergelijking met regulier cursorisch EBM-onderwijs binnen de huisartsopleiding op de mate van EBP door aios huisartsgeneeskunde in de dagelijkse praktijk?

Methode

Groepen derdejaars aios van de huisartsopleiding Utrecht werden middels randomisatie toegewezen aan (1) het reguliere of (2) geïntegreerde EBM-onderwijsprogramma. Dat laatste bestond uit o.a. leergesprekken en patiënt-gerelateerde praktijkopdrachten; ook alle betrokken opleiders ontvingen EBM-onderwijs. De primaire uitkomstmaat was zoekgedrag in de klinische praktijk. Informatie werd aan het begin en einde van het opleidingsjaar gedurende 8 dagen in logboeken verzameld. Berekend

werden 1) het aantal klinische vragen als proportie van alle patiëntcontacten, (2) het aantal uitgevoerde zoekacties als proportie van het aantal klinische vragen en (3) het aantal gevonden antwoorden als proportie van het aantal uitgevoerde zoekacties.

Resultaten

Negenzeventig aios namen deel; 39 ontvingen regulier en 40 geïntegreerd EBM-onderwijs. Van 60 aios (76%) hadden we complete gegevens. Geïntegreerd EBM-onderwijs resulteerde niet in beter zoekgedrag; het aantal klinische vragen (OR 0.96 [0.8;1.15], p 0.7), uitgevoerde zoekacties (OR 0.72 [0.47;1.09], p 0.1) en gevonden antwoorden (OR 1.12 [0.55;2.28], p: 0.8) verschilde niet tussen de twee groepen.

Beschouwing

Geïntegreerd EBM-onderwijs leidt niet tot meer evidence-based practice (zoekgedrag) in de praktijk onder aios huisartsgeneeskunde.

7. Voordracht

Het meten van de toepassing van evidence-based practice in de huisartspraktijk

M.F. Kortekaas¹, M.E.L. Bartelink¹, G.J.M.G. van der Heijden², A.W. Hoes¹, N.J. de Wit¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, UTRECHT, Nederland

²Academic Center for Dentistry Amsterdam, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Onderwijs in evidence-based medicine is belangrijk binnen de huisartsopleiding en staat aan de basis van evidence-based practice (EBP). Hoewel een recente systematische review meer dan 100 verschillende instrumenten beschreef, bestaat nog geen valide methode om de mate van toepassing van EBP door aios in de huisartspraktijk te meten.

Onderzoeksvraag

Is de toepassing van EBP door aios in de huisartspraktijk valide te meten met een door ons ontwikkeld meetinstrument?

Methode

We ontwikkelden een instrument om EBP in de huisartspraktijk op 23 prevalentie aandoeningen (met meerdere ICPC-codes) te meten, waarbij verschillende onderdelen van het consult beoordeeld werden: diagnose, therapie en/of verwijzing. Hiervoor pasten we bestaande indicatoren, gebaseerd op NHG-richtlijnen, aan. Het instrument is getest op anonieme patiëntdata, verzameld door derdejaars aios huisartsgeneeskunde. Validiteit (eerste indruk, intern en inhoud), haalbaarheid (aantal beoordeelbare casus, duur van scores) en betrouwbaarheid (Cohen's kappa) werden bepaald.

Resultaten

Zesenzeventig aios verzamelden data van 12.126 patiënten met 12.594 verschillende consultredenen. De validiteit van het instrument was goed. Op basis van ICPC-codes werden 3.755 consulten (30%) geselecteerd, die onafhankelijk door twee onderzoekers werden beoordeeld. Hiervan sloten 785 consulten (20%) niet aan bij de inhoud van het instrument of waren de onderzoekers het hierover oneens (n=321; 9%). De betrouwbaarheid van de overige 2.649 consulten (21% van totaal) was goed tot bijna perfect met een kappa van 0,68 voor diagnostiek, 0,77 voor therapie en 0,85 voor verwijzing.

Beschouwing

Dit nieuwe beoordelingsinstrument is valide, betrouwbaar en bruikbaar om de toepassing van EBP door aios in de huisartspraktijk te meten.

8. Poster

De herkenning van cognitieve stoornissen bij ouderen door huisartsen

P. van den Dungen³, E.P. Moll van Charante², P.M. van de Ven³, G. Foppes³, J.P.C.M. van Campen⁴, H. W.M. van Marwijk³, H. E. van der Horst³, H.P.J. van Hout³

²ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland

³VU-Universitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland

⁴Slotervaart ziekenhuis, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Dementie wordt regelmatig laat of niet gediagnosticeerd in de eerste lijn. Het is niet bekend of dit komt doordat huisartsen de diagnose uit- of afstellen of doordat ze zich niet bewust zijn van de cognitieve stoornissen bij hun patiënt.

Onderzoeksvraag

In hoeverre zijn huisartsen zich bewust van de aanwezigheid van cognitieve stoornissen bij ouderen bij wie nog geen dementie is vastgesteld? Welke patiëntkenmerken zijn geassocieerd met (niet) herkennen van cognitieve stoornissen.

Methode

Diagnostisch onderzoek: 29 huisartsen classificeerden de cognitieve status van al hun ouderen (65+) (n = 7,865) cross-sectioneel, op basis van eerdere contacten en het HIS. De negatieve en positieve voorspellende waarde (NPV en PPV) van hun classificaties ‘geen aanwijzingen voor cognitieve stoornissen’ en ‘mogelijk cognitieve stoornissen of dementie’ werden berekend door vergelijking met een referentietest van het cognitief functioneren (de CACADEMISCH MEDISCH CENTRUMOG), afgenomen bij een willekeurige steekproef van ouderen.

Resultaat

Huisartsen classificeerden 6,582 (83.7%) ouderen als ‘geen aanwijzingen voor cognitieve stoornissen’ en 647 (8.2%) als ‘mogelijk cognitieve stoornissen of dementie’. Er werden 318 referentietesten verzameld. Het percentage fout negatieven (1-NPV) was 9.7% (95%-confidence interval: 6.2%-13.3%) voor dementie en 12.6% (95%-CI: 8.6%-16.7%) voor dementie of amnestische lichte cognitieve stoornissen (Academisch Medisch CentrumI). Het percentage terecht positieven (PPV) was 30.9% (95%-CI: 22.9%-38.9%) voor dementie en 43.5% (95%-CI: 34.8%-52.2%) voor dementie of Academisch Medisch CentrumI. Het aantal terecht negatieven was lager onder oudere ouderen (OR per jaar ouder 0.87, 95%-CI: 0.81-0.92).

Beschouwing

Ondanks het grote aantal fout positieven, zagen huisartsen cognitieve stoornissen in een aanzienlijk deel, en vooral bij oudere ouderen, over het hoofd.

9. Poster

Voorspellende waarde van bloeddrukvariabiliteit voor negatieve klinische uitkomsten in verschillende leeftijdscategorieën en patiëntpopulaties

*S. Quaedflieg, R.K.E. Poortvliet, W. de Ruijter, J. Gussekloo, W.P.J. den Elzen
LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, LEIDEN, Nederland*

Inleiding

Sommige klassieke risicofactoren voor ziekte en mortaliteit op middelbare leeftijd, zoals een hoge bloeddruk, verdwijnen of werken beschermend op hogere leeftijd. Op middelbare leeftijd wordt bloeddrukvariabiliteit gezien als een voorspeller voor negatieve klinische uitkomsten.

Onderzoeksvraag

Verschilt de voorspellende waarde van bloeddrukvariabiliteit voor negatieve klinische uitkomsten tussen verschillende leeftijdscategorieën en patiëntpopulaties?

Methode

Voor deze systematische review gebruikten we relevante MeSH-termen en vrije tekst woorden voor bloeddrukvariabiliteit en leeftijdscategorieën in elektronische databases (PubMed, MEDLINE, Embase, Web of Science, COCHRANE, CINAHL en ScienceDirect, 1950 - november 2013). Referentielijsten werden bestudeerd voor additionele relevante studies. Onderscheid werd gemaakt tussen 1) leeftijd en 2) deelnemers met of zonder additionele risicofactoren voor hart- en vaatziekten (hoog- of laag-risico).

Resultaat

De zoektocht leverde 868 resultaten op; 20 studies werden geïncludeerd. Bloeddrukvariabiliteit was op alle leeftijden in beide risico-categorieën voorspellend voor incidente cardiovasculaire ziekten en totale mortaliteit. Op oudere leeftijd was bloeddrukvariabiliteit in beide risicogroepen tevens voorspellend voor cardiovasculaire mortaliteit, incidente beroerte en cognitieve achteruitgang. Variabiliteit in systolische bloeddruk voorspelde negatieve uitkomsten op alle leeftijden, variabiliteit in diastolische bloeddruk alleen op oudere leeftijd. De associatie tussen bloeddrukvariabiliteit en negatieve uitkomsten was het duidelijkst in populaties met een hoog risico op hart- en vaatziekten. De associatie tussen bloeddrukvariabiliteit en cognitieve achteruitgang op middelbare leeftijd is nog niet onderzocht.

Beschouwing

De voorspellende waarde van bloeddrukvariabiliteit voor negatieve klinische uitkomsten verschilt tussen leeftijdscategorieën en patiëntpopulaties. Verder onderzoek is nodig om te bepalen of bloeddrukvariabiliteit daadwerkelijk een klinisch relevante voorspeller is voor negatieve uitkomsten bij ouderen.

10. Poster

I-CARE studie: Improving care after coloncancer treatment; personalised care to enhance quality of life

*J. Wind, L.A. Duineveld, T. Wieldraaijer, K.M. van Asselt, H.C. van Weert
ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Coloncarcinoom patiënten worden na een curatieve behandeling vijf jaar lang gevolgd ter opsporing van een eventueel recidief (nacontrole). Hoewel nacontrole momenteel wordt uitgevoerd door chirurgen is er een toenemende vraag naar gestructureerde nazorg waarbij er ook aandacht is voor lichamelijke en psychosociale problemen. Hierbij wordt de huisarts gezien als toekomstige coördinator. Daarnaast is het

voor patiënten belangrijk dat zij hun revalidatie zoveel mogelijk op het individu afgestemd en in hun eigen omgeving kunnen bewerkstelligen. Recent onderzoek laat zien dat internet applicaties de nazorg kunnen verbeteren. Een belangrijke ontwikkeling op dit terrein is het OncoKompas. Beide hierboven genoemde ontwikkelingen zijn onderwerp van de I-CARE studie.

Methode

De studie bestaat uit 2 delen. Ten eerste een multi-center prospectieve cohort studie (inclusie tot april 2014). Ten tweede een multi-center gerandomiseerde studie volgens een 2×2 factorial design met een berekende groeps grootte van 300 patiënten gebaseerd op het primaire eindpunt QoL. Op basis van de randomisatie worden patiënten toegewezen in een van de vier groepen; 1. follow-up en nazorg in de tweede lijn 2. follow-up en nazorg in de tweede lijn met het gebruik van het Oncokompas, 3. follow-up en nazorg in de eerste lijn, en 4. follow-up en nazorg in de eerste lijn met het gebruik van het Oncokompas. Geplande startdatum is eind 2014.

Resultaat

Deze studie zal zorgen voor een belangrijke wetenschappelijke onderbouwing aangaande de vraag of huisartsen een meer prominente rol moeten krijgen in de zorg voor patiënten met een coloncarcinoom en een onderbouwing voor een goede implementatie van een dergelijk programma.

11. Voordracht

COPD als comorbiditeit: impact op de instelling van nieuw gediagnosticeerde patiënten met diabetes. Een prospectieve observationele studie in de eerste lijn

*H.D.P. Luijckx, M.C.J. Biermans, H. Bor, C. van Weel, A.L.M. Lagro-Janssen, W.J.C. de Grauw, T.S. Schermer
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Raboud, NIJMEGEN, Nederland*

Inleiding

Er is weinig bekend over de invloed van comorbiditeit op uitkomsten van diabetes.

Onderzoeksvraag

Heeft COPD als comorbide aandoening effect op de longitudinale glycaemische instelling (HbA_{1c}) en systolische bloeddruk (SBD) bij type 2 diabetespatiënten in de huisartspraktijk?

Methode

Cohortstudie in een huisartsenregistratienetwerk met inclusie van alle volwassen patiënten met diabetes binnen de onderzoeksperiode (1985-2007). In een mixed model analyse met correctie voor covariaten testten we verschillen in de 5-jaars ontwikkeling van HbA_{1c} en SBD tussen patiëntgroepen met en zonder comorbide COPD. In subgroepanalyses onderzochten we effectmodificatie door leeftijd, geslacht, sociaal-economische status (SES) en body mass index (BMI).

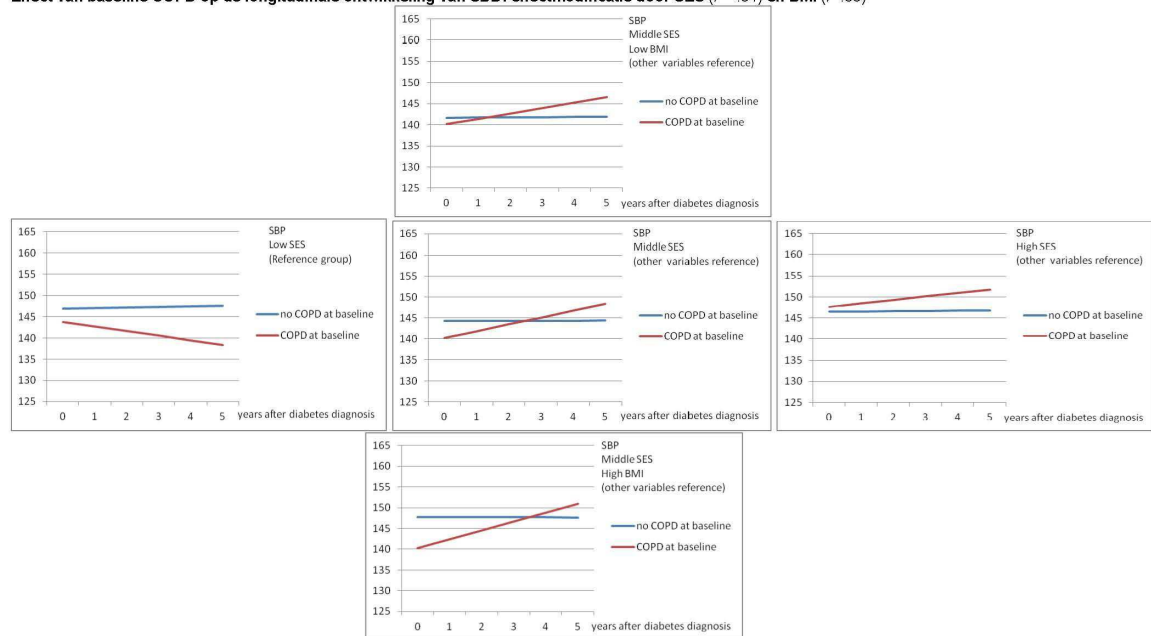
Resultaat

We analyseerden 610 diabetes patiënten met een gemiddelde follow-up van 6,2 jaar. 63 patiënten (10,3%) hadden comorbide COPD. Aanwezigheid van COPD had geen significant effect op de longitudinale ontwikkeling van HbA_{1c} ($p=0.54$) of SBD ($p=0.33$). In subgroepanalyse zagen we echter dat SES ($p<0.01$) en BMI ($p=0.03$) in aanwezigheid van COPD een significant veranderde ontwikkeling van SBD gaven. Patiënten in de midden en hoge SES-klassen met COPD hadden oplopende, patiënten met lage SES en comorbide COPD afnemende bloeddrukwaarden over de tijd. Diabetespatiënten zonder COPD hadden een stabiele SBD in de tijd, maar hogere waarden onder invloed van hogere BMI.

Beschouwing

Longitudinale ontwikkeling van SBD bij diabetespatiënten met comorbide COPD wordt beïnvloed door SES, niet door BMI - in tegenstelling tot diabetespatiënten zonder COPD. De longitudinale ontwikkeling van HbA_{1c} wordt niet significant beïnvloed door COPD. COPD als comorbiditeit beïnvloedt diabetesuitkomsten, maar interacties met andere patiëntkarakteristieken zijn complex. Dit vraagt om gericht vervolgonderzoek.

Effect van baseline COPD op de longitudinale ontwikkeling van SBD: effectmodificatie door SES ($P < .01$) en BMI ($P .03$)



Aditionele effecten:

Variabele	Effect op SBD (mmHg)	P-waarde
Leeftijd: laag	-5.0	< .0001
Leeftijd: hoog	+4.0	
Psychische comorbiditeit (op baseline)	-3.2	.03
Hartvaatziekten als comorbiditeit (op baseline)	+4.1	< .01

Referentie categorie: man, lage SES, mediane leeftijd, mediane BMI, geen (andere) comorbiditeit.

Resultaten van de subgroepanalyse

12. Poster

De ontwikkeling van toetsingscriteria arts-patiënt communicatie bij Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Een Delphi-onderzoek

M. Slieker

ErasmusMC, ROTTERDAM, Nederland

Inleiding

Eén van de kernboodschappen uit de NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) is dat een goede arts-patiëntrelatie en communicatie van essentieel belang zijn voor het beleid bij SOLK. In het 3^e jaar van de huisartsopleiding Rotterdam komt arts-patiënt communicatie (APC) bij SOLK uitgebreid in het curriculum aan bod. Voor dit onderwerp was er behoefte aan een breed gedragen criteriumlijst die aansluit bij het onderwijs en waaraan een aios moet voldoen op de APC-toets.

Onderzoeksvraag

Kunnen, middels een Delphi-onderzoek, contextspecifieke toetsingscriteria SOLK worden ontwikkeld die aansluiten op het consultvoeringsonderwijs en leiden tot een meer uniforme beoordeling op de APC-

toets?

Methode

Met behulp van een Delphi-onderzoek werd de opinie van 22 panelleden, bestaand uit deskundigen, huisartsopleiders en docenten van verschillende huisartsopleidingen, op systematische wijze gebundeld en herhaaldelijk uitgevraagd. Resultaten werden steeds anoniem teruggekoppeld aan het panel. De vragenrondes werden vervolgd tot er minimaal 80% consensus over de toetsingscriteria SOLK was bereikt.

Resultaten

Bij een respons van 91% in de 3^e ronde was er 90% consensus bereikt over de toetsingscriteria SOLK. De verkregen lijst bestaat uit 14 items die onderverdeeld zijn in 'houding', 'structuur' en 'gesprekstechnieken'.

Beschouwing

Dit Delphi-onderzoek heeft geleid tot een compacte lijst met toetsingscriteria die handvatten biedt aan huisartsopleiders, docenten en aios. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat APC bij SOLK afgestemd moet zijn op de individuele patiënt. De huisartsopleiding Rotterdam gaat de implementatie van de lijst en de ontwikkeling van de APC-toets verder vervolgen. Er wordt hierbij aangesloten bij de landelijke ontwikkelingen op dit vlak.

Toetsingscriteria SOLK	
Houding	Erkenning <ul style="list-style-type: none">De aios erkent dat de klacht voor de patiënt reëel is.
Structuur	Tempo en Timing <ul style="list-style-type: none">De aios past het tempo en timing van vragen aan op de patiënt; geeft de patiënt ruimte om eigen gedachten te vormen.
Gesprekstechnieken	SCEGS <ul style="list-style-type: none">De aios exploreert de klacht (vanuit het perspectief van de patiënt) in een zo volledig mogelijke context, door met het SCEGS-model alle relevante informatie aan bod te laten komen.De aios exploreert de angsten en ongerustheid van de patiënt.De aios besteedt aandacht aan gedachten (cognities) van de patiënt over de klacht.
	Klachtenregistratie <ul style="list-style-type: none">De aios introduceert de klachtenregistratie bij de patiënt zodanig dat het doel ervan voor de patiënt duidelijk wordt.De aios checkt of zijn instructie door de patiënt goed begrepen en uitvoerbaar isDe aios vraagt bij nabespreking van klachtenregistratie allereerst aan de patiënt wat hem/ haar is opgevallen.De aios vraagt bij de bespreking door op registraties die onduidelijk of onvolledig zijn.De aios geeft zijn/ haar eigen waarnemingen en interpretaties weer van de klachtenregistratie.
	Vicieuze cirkel <ul style="list-style-type: none">De aios visualiseert de vicieuze cirkel en tekent deze, afgestemd op de klacht en de patiënt, op papier voor de patiënt. (NB: Dit hoeft geen cirkel te zijn, kan ook een andere vorm zijn zoals ster, visgraat etc.)De aios legt de cirkel inhoudelijk helder en consistent uit.
	Alarmerende gedachten <ul style="list-style-type: none">De aios vraagt naar alarmerende gedachten van de patiënt, indien het angstniveau van de patiënt te hoog lijkt om een alternatief verklaringsmodel voor de klachten te kunnen accepteren.De aios benoemt de alarmerende gedachten in expliciete bewoordingen.

HAG Rotterdam, december 2013

13. Voordracht

Prevalentie, 2-jaars stabiliteit en voorspellende waarde van multiple-trigger en episodisch viraal piepen in kleuters in de eerstelijns

G. ter Riet¹, K. van Wonderen¹, L. van der Mark¹, J. Mohrs¹, R. Geskus¹, W. van Aalderen¹, P.J.E. Bindels²

¹ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland

²Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

Inleiding

De European Respiratory Society introduceerde in 2008 de termen “multiple-trigger wheeze”(MTW) en “episodic (viral) wheeze”(EVW) voor kinderen met klachten van piepende ademhaling om zo medicamenteuze behandeling te helpen sturen.

Onderzoeksvragen

Wat is de prevalentie van MTW en EVW, hun 2-jaars stabiliteit en voorspellende waarde t.a.v. astma?

Methode

Vijfhonderdvijfenzestig een tot drie-jarige kinderen in de eerstelijns met een geschiedenis van piepen, kortademigheid en/of hoesten werden prospectief gevolgd tot hun zesde verjaardag waarna de diagnose astma gestandaardiseerd werd gesteld. MTW en EVW status werden gemeten m.b.v. de ISAAC vragenlijst bij de start, na 1 en 2 jaar. We onderscheidde 5 fenotypes: stabiele MTW, stabiele EVW, stabiel gemengd piepen, stabiel niet-piepen en niet-stabiel piepen en bepaalden hun 2-jaars stabiliteit, rekening houdend met behandeling met inhalatie-corticosteroiden (ICS). We gebruikten logistische regressie om de associaties met astma te schatten.

Resultaat

Tweehonderdeenentachtig kinderen hadden complete informatie. MTW en EVW waren stabiel in 10/281 (3.6%, 95%BI 1.9-6.4) en respectievelijk 24/281 (8.5%, 95%BI 5.8-12.4) kinderen. De odds om astma te krijgen voor kinderen met stabiele MTW en stabiele EVW was 14.4 (1.7-119) en 3.6 (1.2-11.3) keer groter dan voor niet-stabiele piepers (kinderen die 1 of twee van de drie keer meldden niet te hebben gepiept). Behandeling met ICS was geassocieerd met verhoogde stabiliteit van MTW en EVW en met verlaagde stabiliteit van stabiel niet-piepen.

Beschouwing

Stabiel multiple-trigger en stabiel episodische viraal piepen zijn relatief zeldzaam. Maar een tot drie-jarigen met stabiel MTW hebben wel een sterk verhoogd risico om op de leeftijd van zes astma te hebben.

14. Voordracht

Betrouwbaarheid van door ouders gerapporteerde alarmsymptomen bij kinderen met koorts op de huisartsenpost

M. Kool¹, L. Cao¹, H.A. Moll², B.W. Koes², A.M. Bohnen¹, M.Y. Berger³

¹Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum, ROTTERDAM, Nederland

²Erasmus MC, Sophia's Children's Hospital, ROTTERDAM, Nederland

³Universitair Medisch Centrum Groningen, GRONINGEN, Nederland

Inleiding

Telefonische triage van kinderen met koorts op de huisartsenpost is gebaseerd op door ouders gerapporteerde alarmsymptomen.

Onderzoeksvraag

Wat is de betrouwbaarheid van door ouders gerapporteerde alarmsymptomen bij kinderen met koorts op de huisartsenpost?

Methode

In een prospectief cohortonderzoek bij kinderen (leeftijd: 3 maanden - 6 jaar) waarvoor de ouders contact opnamen met de huisartsenpost vanwege koorts werden door ouders gerapporteerde 'alarmsymptomen bij triage' structureel genoteerd door de triagist. Alle kinderen werden binnen 24 uur bezocht door een researchverpleegkundige die ouders interviewde over 'alarmsymptomen ten tijde van de triage' en 'alarmsymptomen ten tijde van het huisbezoek'. Tevens werd een lichamenlijk onderzoek verricht. Wij onderzochten de reproduceerbaarheid van door ouders gerapporteerde alarmsymptomen door 'alarmsymptomen bij triage' te vergelijken met 'alarmsymptomen ten tijde van triage' (kappa). We berekenden sensitiviteit en specificiteit van 'alarmsymptomen ten tijde van het huisbezoek' met bevindingen van het lichamenlijk onderzoek.

Resultaten

In totaal werden 422 kinderen geïncludeerd. Reproduceerbaarheid van door ouders gerapporteerde alarmsymptomen varieerden van 0,30-0,50 (kappa). 'Bleke of grauwe huid' had de hoogste sensitiviteit (52,8%, 95%BI: 39,4-66,3). Specificiteit was het hoogst bij 'suf of moeilijk wakker te krijgen' (81,5%, 95%BI:77,5-85,4).

Beschouwing

Reproduceerbaarheid van door ouders gerapporteerde alarmsymptomen was laag tot gemiddeld. De associaties tussen alarmsymptomen en bevindingen bij lichamenlijk onderzoek waren slecht. Van de alarmsymptomen gevonden bij lichamenlijk onderzoek werd tot wel 68% niet genoemd door ouders. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of triage kan worden verbeterd door educatie van ouders en triagisten over de interpretatie van alarmsymptomen, of door huisartsen de telefonische triage uit te laten voeren.

15. Poster

Zuurremming als mogelijke risicofactor voor metformine geassocieerde vitamine B12 deficiëntie

L.M. Isfordink¹, H.E. Hart², H. Smeets²

¹*Universiteit Medisch Centrum, UTRECHT, Nederland*

²*Julius Centrum, UTRECHT, Nederland*

Inleiding

Metformine is geassocieerd met vitamine B12 deficiëntie. Ook zuurremmers zijn hiermee geassocieerd. De literatuur is echter niet eenduidig of zuurremmers een extra risicofactor zijn voor metformine geassocieerde B12 deficiëntie bij Diabetes Mellitus type 2 patiënten.

Onderzoeksvraag

Is additioneel gebruik van zuurremmers (protonpompremmers en H2-antagonisten) bij type2 Diabetes Mellitus een risicofactor is voor metformine gerelateerde vitamine B12 deficiëntie?

Methode

Prospectieve cohort studie met controlegroep gematcht op leeftijd en geslacht van 2006-2010. Data (ICPC en ATC codes) werden verkregen via het Julius Huisartsen Netwerk. De primaire uitkomstmaat was behandeling voor vitamine B12 deficiëntie, als proxy-indicator voor B12 deficiëntie. Secundaire uitkomstmaat was B12 deficiëntie gemeten in het laboratorium. De associatie met exposure-time werd geanalyseerd middels een Cox regressie analyse.

Resultaten

4922 patiënten met Diabetes Mellitus type 2 werden geïncludeerd. Er was een significant verschil in behandeling voor B12 deficiëntie tussen patiënten (968) die metformine gebruikten en patiënten (606) die additioneel zuurremmers gebruikten (17 versus 19, HR 2,4; 95% CI 1,2 - 4,6). Dit verschil bleek ook significant voor additioneel gebruik van proton pomp remmers, maar niet voor (het geringe aantal) gebruikers van H2-antagonisten. Voor de secundaire uitkomstmaat was het verschil tussen metformine gebruikers en additioneel gebruik van zuurremming niet significant (HR 1,7; 95% CI 0,752 - 3,645).

Conclusie

Additioneel gebruik van protonpompremmers is mogelijk een risicofactor voor de behandeling met vitamine B12 preparaten. Dit effect werd niet gevonden voor vitamine B12 bepalingen in het laboratorium. Artsen moeten alert zijn op B12 deficiëntie bij patiënten die tegelijk metformine en protonpompremmers gebruiken.

16. Voordracht

Doelen van nacontrole bij borstkanker: percepties van patiënten

*C. Roorda-Lukkien, A.J. Berendsen, C. Scholing, L. Jansen, M. de Fouw, M.Y. Berger, G.H. de Bock
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

In toenemende mate wordt de nacontrole bij borstkanker overgedragen aan de huisarts. Uit kwalitatief onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUMG blijkt dat 57% van de geïnterviewde vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis nacontrole door de huisarts zou accepteren, ondanks een voorkeur voor specialistische nacontrole. De percepties van patiënten ten aanzien van de doelen van nacontrole zijn onderzocht in een tweede kwalitatieve analyse.

Onderzoeksvraag

Wat zijn volgens patiënten de doelen van de nacontrole bij borstkanker?

Methode

Interviewtranscripten van 61 patiënten uit huisartspraktijken van het Registratie Netwerk Groningen werden geïncludeerd in de analyse. Tijdens de interviews kregen deze patiënten een open vraag voorgelegd over de doelen van de nacontrole. De transcripten werden door twee onderzoekers thematisch geanalyseerd.

Resultaat

Opsporing van het opnieuw optreden van borstkanker (n = 40) en geruststelling (n = 29) werden het vaakst genoemd door de patiënten. Psychologische ondersteuning (n = 10), evaluatie van zorg (n = 5), inkomsten voor ziekenhuizen (n = 1) en wondverzorging (n = 1) werden minder vaak genoemd. Patiënten hadden verschillende en soms onrealistische verwachtingen over de opsporing van gemetastaseerde borstkanker, de kans om opnieuw borstkanker te krijgen en de effectiviteit van de nacontrole. Naast geruststelling rapporteerden patiënten angst voor de controleafspraken en het gevoel steeds opnieuw geconfronteerd te worden met borstkanker.

Beschouwing

Vanuit de patiënt gezien zijn opsporing en geruststelling de belangrijkste doelen van de nacontrole bij borstkanker. Om onrealistische verwachtingen bij patiënten te voorkomen, dienen patiënten meer in detail te worden voorgelicht over de doelen en effectiviteit van de nacontrole.

17. Poster

Zorg door verpleegkundig specialist versus huisarts voor kinderen met luchtweginfecties: een systematische review

M.P. Kappers¹, A.C. van de Pol¹, C.C. Butler², F.G. Cleveringa³, N.J. de Wit¹, M.E.L. Bartelink¹, R.A.M.J. Damoiseaux¹

¹*Universiteit Utrecht, UTRECHT, Nederland*

²*University of Oxford, Department of Primary Care Health Sciences, OXFORD, Engeland*

³*Gezondheidshuis Stadshagen, ZWOLLE, Nederland*

Inleiding

Verpleegkundig specialisten (VSen) worden steeds vaker ingezet in de zorg voor kinderen met luchtweginfecties (LWIs) in de huisartsenpraktijk. Dit biedt kansen om antibioticagebruik te verminderen en zelfzorg te stimuleren.

Onderzoeksvraag

Zijn de uitkomsten van de zorg door een VS voor kinderen met LWIs vergelijkbaar met die van zorg door een huisarts (HA) wat betreft het voorschrijven van antibiotica, reconsultaties, complicaties en verwijzingen?

Methode

MEDLINE/Pubmed, CINAHL en de Cochraine-database werden systematisch doorzocht (tot maart 2013). Alle Engelstalige artikelen met informatie over de vergelijking tussen VS en HA als eerste aanspreekpunt in de zorg voor kinderen met LWIs werden geïncludeerd.

Resultaten

We hebben geen gerandomiseerde studies gevonden. Vier niet-gerandomiseerde studies (7545 patiënten) werden geïncludeerd. Inherent aan het niet-gerandomiseerde design was het risico op selectiebias groot; slechts twee studies hebben deels gecorrigeerd voor confounders. Het voorschrijven van antibiotica was vergelijkbaar tussen VS en HA (in twee studies voor de VS en HA respectievelijk 68% versus (vs.) 73% en 59% vs. 55%). Reconsultatie was vergelijkbaar of minder frequent (in vier studies voor de VS en HA respectievelijk 11% vs. 21%; 35% vs. 35%; 3% vs. 1% en 21% vs. 20%). We hebben geen studies gevonden over complicaties en verwijzingen.

Conclusie

De beschikbare literatuur suggereert dat de zorg door een VS vergelijkbaar is met zorg geleverd door de HA, gekeken naar antibioticavoorschriften en reconsultaties. De beschikbare literatuur is echter beperkt en van lage kwaliteit; een gerandomiseerde studie is nodig voor de besluitvorming over het inzetten van VSen voor kinderen met LWIs.

18. Poster

Het effect van uitnodigingsstrategieën op deelname aan het Preventieconsult van een multiculturele populatie met een lage sociaaleconomische status

I. Groenenberg¹, M.R. Crone¹, S. van Dijk¹, J. Ben Meftah¹, B.J.C. Middelkoop¹, A.M. Stiggelbout¹, W.J.J. Assendelft²

¹*LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, LEIDEN, Nederland*

²*UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, NIJMEGEN, Nederland*

Inleiding

Het doel van het preventieconsult is mensen opsporen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen. Kwetsbare groepen -lagere SES, allochtonen- zijn ondervertegenwoordigd in zulke health

checks terwijl ze vaker een verhoogd risico hebben.

Onderzoeksvragen

Wat is het bereik en de deelname van kwetsbare groepen aan het Preventieconsult? Welke patiënt karakteristieken spelen hierbij een rol?

Methode

Onderzoekspopulatie: Turken, Marokkanen, Surinamers en Nederlanders met een lagere SES (45-70 jaar), uit zes huisartspraktijken. Patiënten werden per brief uitgenodigd mee te doen aan het Preventieconsult (n=1690), non-responders werden telefonisch benaderd, uiteindelijke non-responders werden face-to-face benaderd door hun huisarts. De invloed van patiënt karakteristieken op bereik en deelname werd geanalyseerd d.m.v. logistische regressie.

Resultaten

Bereik en deelname waren 66% en 43% respectievelijk. Bereik d.m.v. de brief was 41%, waarvan 65% deelnam aan het Preventieconsult. Vervolgens was het bereik d.m.v. de telefonische benadering 41%, waarvan 65% deelnam. Tot slot was het bereik van de face-to-face benadering 3%, waarvan 26% deelnam.

Vrouwen werden beter bereikt dan mannen (OR: 1.44 CI: 1.17-1.78). Nederlanders werden significant vaker bereikt (77%) dan Turken (71%), Marokkanen (61%), Hindoestaanse Surinamers (61%), maar vooral t.o.v. Creoolse Surinamers (48%, OR: 3.60, CI: 2.31-5.61). De invloed van geslacht en etniciteit op daadwerkelijke deelname was ook significant en in dezelfde richting.

Conclusie

De brief was een succesvolle uitnodigingsstrategie. De telefonische benadering droeg bij aan beter bereik en meer deelname, de face-to-face strategie nauwelijks. Vervolgonderzoek zal aanvullende determinanten van kwetsbare groepen onderzoeken, zodat toekomstige interventies deelname aan health checks kan vergroten van met name mannen en Creoolse Surinamers.

19. Poster

De rol van de huisarts tijdens curatieve behandeling voor darmkanker

*D. Brandenburg, C. Roorda, F. Groenhof, K. Havenga, M.Y. Berger, G.H. de Bock, A.J Berendsen
Universitair Medisch Centrum Groningen, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

De opvatting dat de huisarts meer betrokken moet zijn tijdens de curatieve behandeling van kanker wint aan populariteit. Het is onduidelijk in hoeverre huisartsen al een rol spelen tijdens de behandeling voor darmkanker. De huidige richtlijnen voor colon- en rectumcarcinoom beschrijven geen rol voor de huisarts.

Onderzoeksvraag

Wat is het verschil in zorggebruik (1998 - 2007) tussen patiënten die behandeld werden voor colorectaal carcinoom (CRC) (n=124) en dat van eerstelijns patiënten zonder darmkanker (n=358)?

Resultaten

CRC patiënten hadden een hoger eerstelijns zorggebruik in het jaar na diagnose dan patiënten zonder CRC. Gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en zorggebruik voor diagnose hadden CRC patiënten 57% (range 23-92%) meer consulten, 68% (range 36-108%) meer medicatievoorschriften en 35% (range 4-90%) meer verwijzingen in het jaar na diagnose vergeleken met patiënten zonder CRC. Het type behandeling en tumorstadium hadden geen effect op het zorggebruik. CRC patiënten hadden meer contacten met hun huisarts dan patiënten zonder CRC voor problemen gerelateerd aan anemie, buikpijn, obstipatie, huidproblemen en urineweginfecties. Bij deze patiënten werden bovendien meer antacida,

laxantia, middelen tegen anemie, analgetica en psycholeptica (met name hypnotica en sedativa) voorgeschreven.

Conclusie

De huisarts speelt een duidelijke rol in het jaar na de CRC diagnose. Deze rol lijkt verband te houden met de gevolgen van de behandeling voor darmkanker en met psychologische problemen. Richtlijnen en communicatie over de rol van de huisarts tijdens CRC behandeling kunnen leiden tot een meer effectieve zorg voor darmkanker patiënten.

20. Poster

Zelfmanagement op maat: een kwalitatieve studie naar besliskundige processen bij verpleegkundigen

*I.D. Bos-Touwen, E. Dijkkamp, M. Kars, J.C.A. Trappenburg, N.J. de Wit, M.J. Schuurmans
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, UTRECHT, Nederland*

Inleiding

Zelfmanagement op maat aanbieden wordt gezien als een veelbelovende manier om de effectiviteit van zelfmanagement interventies te vergroten, echter het besliskundig proces achter zorg op maat is onvoldoende helder.

Onderzoeksvraag

Hoe maken verpleegkundigen een inschatting van de chronisch zieke patiënt en hoe bieden zij vervolgens zelfmanagement op maat aan?

Methode

Er is een kwalitatieve studie uitgevoerd waarbij 15 verpleegkundigen zijn geïnterviewd, die werkzaam zijn in de chronische zorg in 1e en 2e lijn.

Resultaten

De perceptie van verpleegkundigen op zelfmanagement is van invloed op de manier waarop zorg op maat geleverd wordt. Substantiële verschillen werden gezien in de wijze waarop een inschatting van een patiënt wordt gemaakt en hoe vervolgens de zorg op het individu wordt aangepast. Vanuit het perspectief van de verpleegkundige kunnen 4 patiënt typologieën onderscheiden worden waarop de zorg wordt geïndividualiseerd: de patiënt die niet wil, de patiënt met minder capaciteiten, de patiënt die passief is en wil dat de zorgverlener zegt wat er moet gebeuren en de ideale patiënt. Hoe verpleegkundigen vanuit deze inschatting zelfmanagement op maat aanbieden loopt sterk uiteen.

Conclusie

De perceptie van zelfmanagement en de wijze waarop een inschatting van de patiënt verkregen wordt lopen sterk uiteen en lijken bepalend voor de individualisering van zelfmanagement. Meer gerichte educatie over zelfmanagement en het maken van een goede inschatting van de individuele patiënt kan leiden tot meer efficiënte zorg die beter aansluit bij de specifieke noden en wensen van de patiënt.

21. Poster

Voorspellende waarde van bloeddrukvariabiliteit voor sterfte op zeer hoge leeftijd: de Leiden 85-plus Studie

*S. Quaedflieg, R.K.E. Poortvliet, W. de Ruijter, J. Gussekloo, W.P.J. den Elzen, A.J.M. de Craen
LUNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, LEIDEN, Nederland*

Inleiding

Op middelbare leeftijd is toegenomen bloeddrukvariabiliteit in verband gebracht met een verhoogd

risico op negatieve klinische uitkomsten.

Onderzoeksvraag

Is bloeddrukvariabiliteit een voorspeller voor sterfte op zeer hoge leeftijd?

Methode

Deze studie is een onderdeel van de Leiden 85-plus Studie, een prospectieve cohortstudie van 85-jarigen in Leiden (n=599). De bloeddruk werd op 85 tot 87-jarige leeftijd jaarlijks 2 keer gemeten met een interval van 2 weken. 442 deelnemers (30,5% mannen) hadden tenminste 2 bloeddrukmetingen, waarvan tenminste 1 meting op 85 jaar en 1 meting op 87 jaar. De bloeddrukvariabiliteit werd gedefinieerd als de standaard deviatie (SD) en ingedeeld in tertielen. Uitkomstmaat was het 5-jaars sterfterisico vanaf 87 jaar. Cox proportional hazard modellen werden gecorrigeerd voor gemiddelde bloeddruk en geslacht.

Resultaat

In het gecorrigeerde model was systolische bloeddrukvariabiliteit voorspellend voor sterfte (tertiel 1 [$<11,7$ mmHg] referentie, tertielt 2 [$11,7-17,1$ mmHg] Hazard Ratio (HR) 1,13 [95% BI 0,82-1,54], tertielt 3 [$>17,1$ mmHg] HR 1,42 [95% BI 1,03-1,96], P-trend=0,03). Ook diastolische bloeddrukvariabiliteit voorspelde een verhoogd 5-jaars sterfterisico (tertielt 1 [$<6,6$ mmHg] referentie, tertielt 2 [$6,6-9,3$ mmHg] HR 1,07 [95% BI 0,77-1,48], tertielt 3 [$>9,3$ mmHg] HR 1,38 [95% BI 1,01-1,89], P-trend=0,04).

Conclusie

Ook op zeer hoge leeftijd is zowel systolische als diastolische bloeddrukvariabiliteit een voorspeller van een verhoogd 5-jaars sterfterisico. De klinische relevantie hiervan is vooralsnog onduidelijk.

22. Poster

Pilot stuurinformatie integrale zorg op wijk niveau in Utrecht (SIZU)

F.L. Buchner¹, H. Schreurs², E.J.C. van Ameijden², M.E. Numans¹

¹LUNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, LEIDEN, Nederland

²Volksgezondheid, Gemeente Utrecht, UTRECHT, Nederland

Inleiding

Samenwerking op wijkniveau tussen welzijn, preventie en zorg is een middel om (gezondheids)verschillen te verkleinen, te komen tot proactief beleid en kosten te verlagen. Aan geïntegreerde wijk zorg wordt dan ook door veel huisartsen meegewerkt. Kennis over stapeling van problemen op meerdere gebieden bij dezelfde persoon ontbreekt vaak, maar kan de kwaliteit van integrale zorg verbeteren.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen van integrale monitoring door koppeling van databronnen op individueel niveau voor het opsporen van gestapelde problematiek?

Methode

Voor dit pilotonderzoek zijn databronnen geïnventariseerd en kenmerkende problemen en informatiebehoefte in kaart gebracht. Routinezorg gegevens uit 2010 van gemeente, welzijn en zorgverleners zijn op individueel niveau gekoppeld. Aan de hand van deze data is van de wijk Utrecht Noordwest een overzicht gemaakt, waarvan de bruikbaarheid is geëvalueerd.

Resultaat

Registraties van de gemeente (leeftijd, etniciteit, gezinssamenstelling, uitkering), dominante ziektekostenverzekeraar (eerste- en tweedelijnszorggebruik), welzijnsorganisatie, gespecialiseerde psychiatrische zorg (diagnose) en schulphulpverlening zijn op individueel niveau gekoppeld en vergeleken met o.a. huisartsgegevens. Clustering van problematiek en hoog-risicogroepen konden

geïdentificeerd worden. Dit heeft geleid tot een bruikbaar wijkbeeld ten aanzien van individueel gestapelde problematiek en zorgbehoeften.

Conclusie

Met datakoppeling kan informatie uit losstaande databestanden worden verrijkt. Deze methode kan gebruikt worden voor de identificatie van risicogroepen waardoor gerichte proactieve sturing met interventies mogelijk wordt. Aandachtspunten zijn bescherming van de privacy en de kwaliteit en volledigheid van de gebruikte databronnen. Efficiëntere, geautomatiseerde, en 'real time' datakoppelingen zijn nodig voor verdere implementatie. Het effect op de kwaliteit van zorg moet prospectief worden getoetst.

23. Voordracht

Zelf gerapporteerde, belemmerende klachten door ouderen

*S.C.E. van Blijswijk, O.Y.A. Chan, W.P.J. den Elzen, J. Gussekloo, J.W. Blom
LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, LEIDEN, Nederland*

Inleiding

Om de mogelijkheden van proactieve zorg na te gaan is het belangrijk te weten welke klachten ouderen zelf als belemmerend ervaren.

Onderzoeksvragen

Welke klachten rapporteren ouderen als meest belemmerend in het dagelijks leven? Is er een verband tussen het aantal gerapporteerde belemmerende klachten, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven?

Methode

Binnen de ISCOPE-studie ontvingen 11476 patiënten (75+) ingeschreven in 59 huisartsenpraktijken een korte vragenlijst (respons 63,5%). Twee onderzoekers codeerden de antwoorden van de eerste 3001 respondenten op de open vraag 'Welke gezondheidsklachten belemmeren u op dit moment het meest in het dagelijks leven?' volgens ICPC. Tijdens huisbezoeken werd bij 1367 van deze deelnemers (45,6%) het dagelijks functioneren (Groningen Activiteiten Restrictie Schaal [GARS]) en de ervaren kwaliteit van leven (Cantril's ladder) gemeten.

Resultaat

De mediane leeftijd was 80,7 jaar (IQR 77,8-85,1); 62,6% was vrouw. In totaal werden 5263 klachten genoemd. Het mediane aantal klachten was 1 (IQR 0-3; range 0-14). 1026 personen (34,2%) rapporteerden geen belemmerende problemen. Meest genoemd werden pijn (n=631; 21,0%), problemen met lopen/staan (n=630; 21,0%) en moeheid/zwakte (n=274; 9,1%). Per genoemde belemmerende klacht was de GARS-score 1,4 punten hoger (lineaire regressie, 95% BI 1,0-1,7; P<0,001) en de Cantril-score 0,11 lager (95% BI 0,08-0,15; P<0,001).

Conclusie

Het aantal zelf gerapporteerde, belemmerende klachten door ouderen is geassocieerd met verminderd dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. Pijn, problemen met staan/lopen, en moeheid/zwakte worden het meest frequent gerapporteerd. Wat het effect is van een proactieve behandeling van deze klachten, waarin de wensen van de ouderen worden meegenomen, is een belangrijke vervolgvraag.

24. Poster

De behandeldoelenschuif: een hulpmiddel om behandeldoelen van hoogbejaarde patiënten met multimorbiditeit te verhelderen

*J.J.G.T. van Summeren, J. Schuling, F.M. Haaijer-Ruskamp
Rijksuniversiteit Groningen, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Bij hoogbejaarde patiënten met multimorbiditeit leidt behandeling volgens ziekte-specifieke richtlijnen tot een stapeling van medicatie. Ouderen blijken goed te kunnen prioriteren tussen vier algemene behandeldoelen: levensverlenging, onafhankelijkheid behouden, pijn verminderen en andere klachten verminderen. Dit zou transitie naar meer persoonsgerichte zorg kunnen faciliteren.

Onderzoeksvraag

Is de behandeldoelenschuif bruikbaar in de huisartspraktijk om behandelvoorkeuren van hoogbejaarden met multimorbiditeit te verhelderen?

Methode

In deze cross-sectionele pilot studie worden patiënten ≥ 80 jaar, ≥ 2 chronische ziekten en het gebruik van ≥ 6 geneesmiddelen geïnccludeerd (N=96 patiënten van 17 huisartsen). De behandeldoelenschuif is een A5 van kunststof met vier VAS schalen, waarmee hoogbejaarden de behandeldoelen rangschikken volgens het trade-off principe (Figuur 1). De bruikbaarheid van de behandeldoelenschuif wordt gemeten met een vragenlijst voor huisarts en patiënt.

Resultaten

Voorlopige resultaten laten zien dat patiënten (N=28 van 6 huisartsen), met een gemiddelde leeftijd van $84,5 \pm 4.02$ jaar, het doel van de behandeldoelenschuif begrijpen. Als belangrijkste noemde 33% van de patiënten onafhankelijkheid, 30% levensverlenging, 22% andere klachten verminderen en 15% pijn verminderen. Leeftijd is niet gecorreleerd met de score op de behandeldoelenschuif. De gemiddelde consultduur was ± 16 minuten, wat in 23 van de 28 gesprekken niet te lang werd gevonden door de huisartsen.

Conclusie

De behandeldoelenschuif lijkt goed toepasbaar in de huisartspraktijk om behandeldoelen van patiënten te verhelderen. De grote variabiliteit in rangordening benadrukt hoe belangrijk een individuele benadering is. In een volgende fase wordt onderzocht, of de score op de schuif bijdraagt tot het voorschrijven van medicatie op maat.

25. Voordracht

SeMaS: een screeningstool voor het bieden van gepersonaliseerde zelfmanagementondersteuning

N.W.D. Eikelenboom¹, J. van Lieshout¹, I. Smeele², J.E. Jacobs¹, M.L.F. Klomp², M. Wensing¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, NIJMEGEN, Nederland

²De Ondernemende Huisarts, EINDHOVEN, Nederland

Inleiding

In eerder onderzoek hebben we een instrument (SeMaS) gevalideerd dat screent op persoonsgebonden factoren die bepalend zijn voor de mogelijkheden tot zelfmanagement. Het doel van SeMaS is om gepersonaliseerde zelfmanagementondersteuning te geven en eventuele barrières weg te nemen.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van het toepassen van SeMaS op de mate van zelfmanagement?

Methode

Alle vijftien groepspraktijken van zorggroep DOH in Eindhoven en omgeving zijn gerandomiseerd naar interventie- en controlegroep. Chronische patiënten met een geplande controleafspraak bij de POH zijn at random geselecteerd. Patiënten vulden op baseline en na 6 maanden de SeMaS, Patiënt Activatie Meetinstrument (PAM), en leefstijlvragenlijsten in. POH's van de interventiegroep werden getraind in het gebruik van SeMaS. In de interventiegroep werden de resultaten van de SeMaS in een grafisch profiel weergegeven waarmee de POH gepersonaliseerde zelfmanagementondersteuning kon bieden. Met de POHs zijn interviews gehouden. Middels dossieronderzoek onderzochten we o.a. individuele zorgplannen en zorggebruik.

Resultaten

In totaal zijn 764 patiënten geïncludeerd. De voorlopige resultaten van de vragenlijsten laten geen verschil zien in de PAM-score tussen de interventie- en controlegroep. Definitieve analyses, evenals subgroep analyses, worden op het congres gepresenteerd.

De interviews met de POHs laten een overwegend positief beeld zien. Zij gaven aan dat ze andere gesprekken kregen met patiënten, en dat ze verder kwamen in het zelfmanagement met deze patiënt.

Conclusie

Interviews laten zien dat SeMaS een positieve bijdrage levert aan het leveren van persoonlijke zelfmanagementondersteuning. Definitieve analyses moeten laten zien of het toepassen van SeMaS ook effect heeft op het zelfmanagement.

26. Poster

Hoe organiseer ik als huisarts de zorg voor het obese kind?

*A.A.H. Schalkwijk, P.J.M. Elders, S.D.M. Bot, G. Nijpels
VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

De prevalentie van obesitas bij kinderen neemt toe. In november 2010 is zowel de NHG-Standaard obesitas als de multidisciplinaire Zorgstandaard Obesitas uitgebracht. Het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde van het VUniversitair Medisch Centrum in Amsterdam is vervolgens een onderzoek gestart om de zorgstandaard te implementeren in de eerste lijn.

Onderzoeksvragen

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van de zorgstandaard?
Waar moet de organisatie van de regio aan voldoen om deze zorg te realiseren?

Methode

Een jaar na de start van de implementatie heeft er een evaluatiebijeenkomst (focusgroep) plaatsgevonden met huisartsen, jeugdartsen en kinderartsen. Voorafgaand heeft men een vragenlijst ingevuld. Allen waren vanaf het begin betrokken bij de implementatie.

Resultaten

Ervaren bevorderende factoren van de implementatie waren:

- 1) Starten met samenwerkingsafspraken (communicatie, werkwijze) met jeugdartsen en kinderartsen
- 2) Terugkerende casuïstiekbesprekingen.

Ervaren belemmerende factoren waren:

- 1) ICT beperkingen van de JGZ waardoor huisartsen niet geïnformeerd werden
- 2) Uitval van de uitvoerende coördinatoren van zorg.

Benoemde randvoorwaarden waren:

- 1) Samenwerkingsafspraken over wijze van onderling informeren
- 2) Afspraken maken wie de uitvoerende coördinerende rol op zich neemt
- 3) Affiniteit bij de huisartsen voor deze zorg.

Conclusie

Belangrijke aandachtspunten om zorg voor obese kinderen uit te voeren zijn dat er goede (samenwerkings)afspraken worden gemaakt over de wijze van onderling informeren. Als de huisarts geen affiniteit heeft met de zorg voor obese kinderen dan heeft het de voorkeur om de uitvoerende regiefunctie bij de JGZ te beleggen. De huisarts dient altijd geïnformeerd te worden over uitvoerend beleid.

27. Poster

Patiënt vragenlijst over medicatiegebruik en geneesmiddel gerelateerde problemen vanuit het patiëntenperspectief

F. Willeboordse¹, L.P van den Eijkel², L.H. Grundeken², P.J.M Elders², J.G Hugtenburg², F.G. Schellevis¹

¹*VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM en NIVEL, UTRECHT, Nederland*

²*VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Medicatiebeoordelingen hebben als doel geneesmiddel gerelateerde problemen (GGPs) te verminderen en medicatiegebruik te optimaliseren. Sommige GGPs, zoals bijwerkingen en gebruikersproblemen, kunnen alleen via inbreng van patiënten worden geïdentificeerd. Actieve inbreng van patiënten is echter tijdrovend. Er is behoefte aan een efficiënte methode om patiënt-specifieke data over medicatiegebruik te achterhalen.

Onderzoeksvraag

In hoeverre komt de door ons ontwikkelde schriftelijke patiëntvragenlijst over medicatiegebruik bij ouderen overeen met patiëntinformatie verkregen tijdens een patiëntinterview?

Methode

Wij onderzochten twee doelgroepen: ouderen met polyfarmacie en ouderen die het afgelopen jaar de huisarts zagen voor geriatrische problemen. We ontwikkelden een patiëntvragenlijst met twee constructen: medicatiegebruik per medicijn en identificatie van GGPs vanuit het patiëntenperspectief. *Face* en *content* validiteit werden onderzocht via patiënt- en expertbijdragen. Patiënten werden geïdentificeerd uit negen huisartspraktijken in Haarlem, vulden de vragenlijst in en werden vervolgens thuis geïnterviewd. Geobserveerde overeenkomst, sensitiviteit en specificiteit zijn berekend per onderwerp.

Resultaten

In de studie participeerden 98 patiënten (respons 61%). Er was een goede overeenkomst van 85% tussen vragenlijst en interview op medicatieniveau. Bij 41% van de patiënten kwam de medicatielijst volledig overeen. Op GGP niveau lag de overeenkomst tussen de 70-90%. Er werden relatief weinig medicatieproblemen geïdentificeerd, waardoor er een matige sensitiviteit en hoge specificiteit werd gevonden.

Beschouwing

Wij vonden een goede overeenkomst tussen de vragenlijst en het interview. De vragenlijst lijkt een bruikbaar en efficiënt hulpmiddel bij medicatiebeoordelingen. Er zijn echter subgroepen waarbij een interview wel nodig is. Met deze vragenlijst kunnen medicatiebeoordelingen met patiënteninbreng haalbaarder worden om in de praktijk uit te voeren.

Patiëntkenmerken van adolescenten met overgewicht en obesitas in Australische huisartspraktijken

W.D. Paulis¹, M. Palmer², P. Chondros², S. Kauer², M. van Middelkoop¹, L.A. Sancì²

¹Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

²Primary Health Care Academic Centre; The University of Melbourne, MELBOURNE, Australië

Inleiding

De eerstelijns gezondheidszorg heeft een belangrijke rol in de aanpak van overgewicht en obesitas. Voor een effectieve aanpak is het belangrijk dat de huisarts het profiel van zijn patiënten kent. Het is onbekend of jongeren met overgewicht en obesitas verschillen van jongeren met normaal gewicht in hoe en hoe vaak ze klachten presenteren bij de huisarts.

Onderzoeksvraag

Zijn de patiëntkenmerken van adolescenten met ondergewicht, overgewicht en obesitas anders dan van adolescenten met een normaal gewicht?

Methode

Een cross-sectioneel ontwerp met data van 683 adolescenten (14-24 jaar) die de huisarts bezochten in Victoria, Australië. Aantal, type klachten en consulten, stemming, kwaliteit van leven en eet- en beweeggedrag werden uitgevraagd in een computer geassisteerd telefonisch interview.

Resultaten

Adolescenten met overgewicht (β : 1.57, 95%CI [0.08, 3.05]) en obesitas (β : 3.00, 95%CI [0.74, 5.27]) consulteerden de huisarts significant vaker dan adolescenten met een normaal gewicht. Het type klachten dat werd gerapporteerd verschilde echter niet. De reden voor het huisartsconsult was vrijwel nooit een probleem met het gewicht. Wel rapporteerden adolescenten met obesitas een significant slechtere fysieke kwaliteit van leven en gaven zij significant vaker aan ontevreden te zijn over hun eetgedrag.

Conclusie

Voor een effectieve aanpak van overgewicht en obesitas zal de huisarts het gesprek over de aanpak van overgewicht met adolescenten moeten beginnen. Daar lijken ook handvatten voor te zijn, gezien adolescenten met overgewicht en obesitas vaker op consult komen en adolescenten met obesitas aangeven ontevreden te zijn met hun huidige eetgedrag.

Getrainde huisartsen brengen gezond eet- en beweeggedrag in consulten met adolescenten vaker ter sprake; resultaten van een Australische RCT

W.D. Paulis¹, M. van Middelkoop¹, S. Kauer², G. Patton³, L.A. Sancì²

¹Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

²Primary Health Care Academic Centre; The University of Melbourne, MELBOURNE, Australië

³Royal Children's Hospital, MELBOURNE, Australië

Inleiding

Huisartsen ervaren barrières in het ter sprake brengen van gewicht in consulten met adolescenten.

Onderzoeksvragen

Hoe vaak wordt eet- en beweeggedrag door de huisarts ter sprake gebracht in consulten met adolescenten? Wat is het effect van een trainingsprogramma voor huisartsen op het aantal consulten

waarin dit gedrag ter sprake wordt gebracht? Heeft dit effect op eet- en beweeggedrag en BMI van adolescenten?

Methode

Een RCT met 40 Australische huisartspraktijken. Huisartsen uit interventiepraktijken kregen een training om een breed scala risicogedrag bij adolescenten te screenen. Huisartsen uit controlepraktijken bezochten een seminar. Data van adolescenten (N=901, 14-24 jaar) werden verzameld na de interventie en op de 3 en de 12 maanden follow-up.

Resultaten

Huisartsen in de interventiepraktijken brachten zowel eet- (OR 1.71, 95% CI [1.09, 2.68]) als beweeggedrag (OR 2.04, 95% CI [1.29, 3.23]) significant vaker te sprake na de interventie (28% van de consulten) dan huisartsen in controlepraktijken (22%). Adolescenten uit interventie- en controlepraktijken verschilden niet in BMI, eet- en beweeggedrag op follow-up. Vierentwintig procent van alle adolescenten had overgewicht of obesitas, de helft van hen was bereid eet- en beweeggedrag te veranderen, maar de meerderheid gaf aan dat de huisarts dit gedrag bij hen niet ter sprake had gebracht.

Conclusie

Getrainde huisartsen brengen eet- en beweeggedrag in meer consulten ter sprake. Dit is niet geassocieerd met veranderingen in BMI en gedrag van adolescenten op follow-up. Er lijken mogelijkheden gemist, gezien een grote groep aangaf bereid te zijn eet- en beweeggedrag te veranderen, maar rapporteerde dat de huisarts dit gedrag bij hen niet ter sprake had gebracht.

30. Voordracht

Osteoporose-preventie heeft geen prioriteit in de huisartsenpraktijk

W. van Hout, H. Pauli, P.J.M. Elders

VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Osteoporose is een van de grootste risicofactoren voor het krijgen van fracturen op latere leeftijd. In de nieuwe NHG-Standaard fractuurpreventie worden twee belangrijke peilers geïdentificeerd: case finding en therapietrouw.

Onderzoeksvraag

Welke factoren zijn van invloed op het implementeren van de nieuwe standaard fractuurpreventie?

Methoden

We hebben 23 huisartsen uit 15 praktijken geïnterviewd over 2 belangrijke peilers uit de nieuwe NHG – Standaard Fractuurpreventie nadat ze een nascholing over de nieuwe richtlijn ontvangen hadden. Daarnaast hebben we ze gevraagd naar factoren die het implementeren van de richtlijn in positieve of negatieve zin beïnvloeden. Alle semi-gestructureerde interviews zijn door 2 onderzoekers geanalyseerd en vervolgens vergeleken. Er is geïnterviewd tot saturatie werd bereikt.

Resultaten

Factoren die van invloed bleken waren de adoptie van de richtlijn en het gebrek aan financiële compensatie. Er speelde twijfel over inmenging van de farmaceutische industrie, de effectiviteit van botsparende middelen, het negatieve imago ervan en twijfel over het nut van behandelen op patiënt-niveau.

Belemmerende factoren bij de implementatie waren het ontbreken van financiële compensatie en de vraag of de verantwoordelijkheid van fractuurpreventie in de eerste lijn ligt.

Belemmerende factoren bij het bevorderen van de therapietrouw was de mening dat patiënten hier zelf verantwoordelijk voor zouden moeten zijn en de angst voor betutteling. Tevens speelden twijfels over de rolverdeling tussen huisarts en apotheek en het ontbreken van organisatie om therapietrouw te sturen een

rol.

Beschouwing

Meerdere factoren werden gevonden die ervoor zorgen dat andere onderwerpen in de huisartspraktijk meer prioriteit krijgen dan osteoporose-preventie.

31. Voordracht

Diagnostische testen voor chronische inflammatoire darmziekte bij kinderen in de eerste lijn, een systematische review en meta-analyse

*G.A. Holtman, Y. Lisman-van Leeuwen, M.Y. Berger
Rijksuniversiteit van Groningen, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

De klinische presentatie van kinderen met inflammatoire darmziekte (IBD) is specifiek en overlapt met functionele gastro-intestinale aandoeningen. Niet-invasieve testen kunnen de arts helpen bij dit diagnostisch dilemma.

Onderzoeksvraag

Wat is de diagnostische waarde van niet-invasieve testen voor IBD bij kinderen die zich presenteren met chronische gastro-intestinale symptomen?

Methode

In Medline en Embase werd tot november 2013 gezocht naar diagnostische studies voor IBD bij kinderen met chronische gastro-intestinale symptomen, met een dwarsdoorsnede, cohort of case-control opzet, data voor het maken van een 2x2 tabel van testresultaten en bevestiging van IBD met een endoscopie en histopathologie of een klinische follow-up van minimaal 12 maanden. Twee onafhankelijke reviewers selecteerden de studies, extraeerden de gegevens en evalueerden methodologische kwaliteit met de QUADAS-2. Klinisch homogene studies werden geanalyseerd in een meta-analyse.

Resultaat

Negentien studies werden geïncludeerd. Fecaal calprotectine (n=885) had een gepoolde sensitiviteit en specificiteit van respectievelijk 0.98 (95% betrouwbaarheidsinterval 0.92-0.99) en 0.78 (0.61-0.89). Gepoolde sensitiviteit van C-reactive protein (n=480), bezinking (n=691), hemoglobine (n=1066), en trombocyten (n=554) was respectievelijk 0.60 (0.43-0.76); 0.63 (0.52-0.73); 0.41 (0.26-0.57); 0.56 (0.33-0.76) en specificiteit was respectievelijk 0.93 (0.82-0.97); 0.91 (0.80-0.96); 0.89 (0.80-0.94); 0.92 (0.87-0.95). Eén studie rapporteerde de testkarakteristieken van echografie met een sensitiviteit van 0.74 en specificiteit van 0.78.

Conclusie

Fecaal calprotectine is een goede test om IBD aan te tonen bij kinderen met gastro-intestinale symptomen in de tweede en derde lijn. Andere testen voldoen niet of kunnen IBD uitsluiten. Verder onderzoek naar de diagnostische waarde van deze testen in de eerste lijn is nodig.

32. Voordracht

Waarom komen ze steeds weer terug? Psychosociale oorzaken van langdurig frequent bezoek aan de huisarts

F.T.M. Smits¹, H.J. Brouwer¹, A.H. Zwinderman², J. Mohrs¹, A.H. Schene³, H.C.P.M. van Weert¹, G. ter Riet¹

¹ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, afdeling huisartsgeneeskunde, AMSTERDAM, Nederland

²ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, afdeling Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, AMSTERDAM, Nederland

³ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, afdeling psychiatrie, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Langdurig frequente huisartsbezoekers (LFB's) lijden vaak aan multimorbiditeit, hebben veel (onontdekte) psychosociale problematiek en geven soms minder arbeidsvreugde bij de arts. Ervan uitgaande dat patiënten somatisch adequaat worden behandeld, zou winst behaald kunnen worden in het opsporen en behandelen van psychosociale aandoeningen. De precieze etiologie van langdurig frequent huisartsbezoek (FB) is echter onduidelijk. Beter begrip daarvan zou kunnen helpen bij het ontwikkelen van meer gerichte preventie van langdurig FB.

Onderzoeksvraag

Wat is de invloed van psychosociale factoren en huisartskenmerken op langdurig frequent huisartsbezoek?

Methode

Prospectief cohort onderzoek met 2 jaar follow-up bij 623 FB's in 2009. We gebruikten multiële ordinale logistische regressie-analyse met 0, 1 of 2 jaar FB als afhankelijke variabele. Demografische en somatische factoren werden behandeld als confounders.

Resultaat

Paniek (odds ratio (OR) 1,63; 95% betrouwbaarheidsinterval interval van 1,03-2,24), gegeneraliseerde angst (OR 2,00; 1,57-2,44) en het aantal levensgebeurtenissen gedurende 3 jaar (OR 1,06; 1,01-1,10 per gebeurtenis; spreiding van 0 tot 12) en, op baseline, ziektegedrag ('illness behaviour') (OR 1,13; 1,05-1,20 per punt; 28 puntsschaal) en gebrek aan 'mastery' (OR 1,08; 1,01-1,15 per punt; 28 puntsschaal) waren geassocieerd met LFB. Combinaties van somatische, psychologische en sociale aandoeningen gaven geen synergistische effecten. Huisartskenmerken hadden nauwelijks effect.

Conclusie

Paniek, gegeneraliseerde angst, levensgebeurtenissen, ziektegedrag en geringe 'mastery' zijn onafhankelijk geassocieerd met voortgezet FB. Preventie van LFB zou zich moeten richten op effectieve behandeling van deze factoren.

33. Voordracht

Detectie van recidieven van coloncarcinoom tijdens nacontrole na curatieve behandeling; een retrospectieve studie

L.A.M. Duineveld¹, J. Wind¹, K.M. van Asselt¹, W.A. Bemelman¹, R.B. van den Heuvel¹, A. Smits², H.C.P.M. van Weert¹

¹ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland

²Antonius Ziekenhuis, NIEUWEGEIN, Nederland

Inleiding

Patiënten met coloncarcinoom worden na curatieve behandeling vijf jaar lang gevolgd in het kader van

nacontrole, welke bestaat uit periodieke CEA bepaling en echografie van de lever. Hoewel nacontrole momenteel wordt uitgevoerd door chirurgen, is er een toenemende vraag naar gestructureerde nazorg. Hierbij wordt de huisarts gezien als toekomstige coördinator. Alvorens deze taakverschuiving kan optreden, is inzage nodig over de opsporing van recidieven. De vraag is op welke manier en op welk moment recidieven van een coloncarcinoom worden gedetecteerd tijdens nacontrole.

Methode

Een retrospectief beschrijvend dossier onderzoek in twee Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2007-2012. Alle curatief behandelde patiënten met een stadium I, II en III coloncarcinoom werden geïnccludeerd. De data-extractie werd uitgevoerd door twee onafhankelijke onderzoekers.

Voorlopige resultaten

Er werden 419 patiënten geïnccludeerd. Eenenvestig patiënten (9.8%) kregen een recidief. Vijfentwintig recidieven (61%) werden gedetecteerd in het kader van een geplande nacontrole. De overige 34% werd opgespoord tijdens een extra consult wegens klachten.

In totaal hadden 23 patiënten (56%) een asymptomatisch recidief, waarvan er 21 werden geconstateerd tijdens een geplande nacontrole. Deze asymptomatische recidieven kwamen in 76% van de gevallen aan het licht door een afwijkende CEA waarde of echografie. De overige 18 recidieven waren symptomatisch, waarvan 93% werd vastgesteld tijdens een extra consult. De meest frequente symptomen van een recidief waren buikpijn, misselijkheid en braken.

Conclusie

De meerderheid van de recidieven van een coloncarcinoom wordt opgespoord met behulp van geplande nacontroles. Zowel chirurgen als huisartsen moeten bedacht zijn op symptomen die kunnen wijzen op een recidief.

34. Voordracht

RECODE: de effectiviteit van geïntegreerde zorg voor COPD patiënten in de eerste lijn

A.L. Kruis¹, M.R.S. Boland², W.J.J. Assendelft³, J. Gussekloo⁴, A. Tsiachristas², T. Stijnen⁵, C. Blom⁶, J.K. Sont⁷, M.P.M.H. Rutten-van Molken², N.H. Chavannes⁴

¹Leids Universitair Medisch Centrum, LEIDEN, Nederland

²Erasmus MC, Institute for Medical Technology Assessment, ROTTERDAM, Nederland

³UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, afdeling eerstelijns en gemeenschapszorg, NIJMEGEN, Nederland

⁴LUNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, afdeling publieke gezondheid en eerstelijnszorg, LEIDEN, Nederland

⁵LUNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, afdeling medische statistiek en bioinformatica, LEIDEN, Nederland

⁶Stichting Zorgdraad foundation, OOSTERBEEK, Nederland

⁷LUNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, afdeling medische besliskunde, LEIDEN, Nederland

Inleiding

In Nederland wordt er momenteel op brede schaal een geïntegreerd ziektemanagementprogramma (IDM) voor COPD geïmplementeerd. Het bewijs over de effectiviteit is echter nog niet volledig.

Methode

We hebben gedurende vierentwintig maanden binnen twee groepen parallel een cluster gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd om de effecten van geïntegreerde diseasemanagement in de eerste lijn aan COPD patiënten vergeleken met de gebruikelijke zorg te evalueren. De voornaamste uitkomst was verschil in gezondheidsstatus na 12 maanden, gemeten door de CCQ (Clinical COPD Questionnaire), kwaliteit van leven, MRC, verergering-gerelateerde resultaten, SMAS, IPAQ en PACIC werden ook aan

een deskundig onderzoek onderworpen.

Resultaten

Van een totaal van 1086 patiënten van 40 clusters voegden wij onwillekeurig 554 toe aan de IDM groep en 532 aan de gebruikelijke zorg groep. Er was geen verschil tussen beide groepen op de CCQ na 12 maanden (MD -0.01; 95% CI -0.1-0.08; p=0.8). Op elk tijdstip vonden we geen verschillen op secundaire uitkomsten tussen beide groepen, behalve voor de PACIC follow-up/coördinatie domein, wat een indicatie is van verhoogde tevredenheid over de zorg. De mate van verergering was laag en matige en hevige mate van verergering verschilden niet tussen beide groepen.

Conclusie

In deze studie vonden wij geen additioneel voordeel van de IDM benadering of de gebruikelijke zorg in de eerste lijn, behalve een verhoogde tevredenheid. Tegengestelde bevindingen met eerdere positieve studies kunnen worden verklaard door verschillen in interventies (intensiteit, provider-geleverd), studipopulatie (lage ziektegraad, minder gemotiveerd) of suboptimale implementatie in een al goed ontwikkeld Nederlands gezondheidszorg systeem.

35. Voordracht

Percutane Naald Fasciotomie (PNF) door de huisarts als behandeling voor Dupuytren-contracturen

S.P.A. Wubbels¹, G.M. Bekkering², M.G.M.P. Meijer², T.R.J. Schermer¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, NIJMEGEN, Nederland

²Huisartsenpraktijk Bekkering, RHEDEN, Nederland

Inleiding

Huisartsenbezoek voor contracturen aan de vingers door de ziekte van Dupuytren, heeft een incidentie van ongeveer 1:1000 patiëntjaren (Okkes et al, Transitie Project). Percutane Naald Fasciotomie (PNF) is een steeds vaker gebruikte techniek om Dupuytren-contracturen te behandelen. Normaliter wordt PNF alleen uitgevoerd door (plastisch) chirurgen.

Onderzoeksvraag

Hoe zijn de behandelresultaten in termen van verbetering van contracturen, functieverbetering en het aantal complicaties bij patiënten met Dupuytren-contracturen 6 weken na percutane naald fasciotomie (PNF) door een getrainde huisarts?

Methode

Patiënten met Dupuytren-contracturen werden in een huisartsenpraktijk behandeld met PNF door één getrainde huisarts. Primaire effectmaat was de procentuele verbetering van de contractuur in TPED (Total Passive Extension Deficit). Secundaire effectmaten waren verbetering van de functionaliteit (score op de Disability of the Arm and Shoulder vragenlijst) en het aantal complicaties na 6 weken. We gebruikten een studie van twee Nederlandse plastisch chirurgen met dezelfde effectmaten en observatietijd als externe referentie (van Rijssen et al, 2006).

Resultaat

De huisarts behandelde 102 vingers in 68 patiënten. Verbetering van de contractuur was gemiddeld 63% (95% BI 62,4-63,6%), nagenoeg gelijk aan de verbetering bij de plastisch chirurgen van 62% (95% BI:61,4-62,6). De algemene functionaliteit verbeterde van 10,8 naar 4,4 punten (p <0,001) op de DASH-score. Bij de huisarts noch de plastisch chirurgen traden ernstige complicaties op.

Conclusie

PNF behandeling door een getrainde huisarts is na 6 weken even effectief en veilig als bij de twee Nederlandse plastisch chirurgen. Voor een laagdrempelige behandeling en kostenbesparing kan worden overwogen meer huisartsen op te leiden in het uitvoeren van deze techniek.

36. Poster

Kwalitatief onderzoek naar het Uitwisselen van Ervaringen op de huisartsopleiding

M. Veen

Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

Inleiding

Het uitwisselen van ervaringen (UvE) is al ruim 40 jaar deel van het terugkomdagonderwijs. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar wat er geleerd wordt tijdens het UvE. Het huidige onderzoek richt zich daarom op een beschrijving van deze onderwijsvorm.

Onderzoeksvraag

Welke thematiek brengen aios in bij het UvE? Het antwoord op deze vraag geeft ons inzicht in de aard en de diversiteit van onderwerpen die aios relevant achten voor hun professionele ontwikkeling.

Methode

Het onderzoeksmateriaal bestaat uit 47 UvE sessies opgenomen in de periode 2010-2011 in Rotterdam, resulterend in ca. 80 uur aan video, 176 casus. De casus zijn ingedeeld op thematiek die ter sprake komt door gebruik te maken van het Conversatie Analyse construct 'participant concerns'. Dat wil zeggen dat we zo dicht mogelijk bij de eigen woorden van de aios zijn gebleven bij het verwoorden van de thematiek van de ingebrachte casus.

Resultaat

De onderwerpen die tijdens het UvE aan de orde komen zijn zeer divers en bespannen, net als het huisartsenvak, een breed spectrum. Aios zijn veel bezig met de vraag wat de verantwoordelijkheid en taak van de huisarts inhoudt en hoe hiermee om te gaan. Aan conflicten met de opleider, de oorzaak van het handelen van de aios en lastige patiënten wordt, als ze aan de orde komen, relatief veel tijd besteed.

Beschouwing

Om inzicht te krijgen in of deze resultaten ook landelijk gelden, is de volgende stap om ook op andere opleidingen opnames te maken en deze te analyseren.

37. Voordracht

Effect van bekkenfysiotherapie en pessariumbehandeling bij een matig-ernstige genitale prolaps

*C.M.C.R. Panman, M. Wiegersma, B.J. Kollen, M.Y. Berger, Y. Lisman-van Leeuwen, J.H. Dekker
Rijksuniversiteit Groningen, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Een genitale prolaps is een veel voorkomende aandoening. Zowel bekkenfysiotherapie als een pessariumbehandeling zijn veel gebruikte behandelingen in de eerste lijn maar deze behandelingen zijn nooit onderling vergeleken.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van bekkenfysiotherapie vergeleken met een pessariumbehandeling bij vrouwen ≥ 55 jaar met een symptomatische matig-ernstige genitale prolaps?

Methode

Vrouwen ≥ 55 jaar met een symptomatische matig-ernstige genitale prolaps (op/voorbij het hymen) uit de eerste lijn werden geïncludeerd in een gerandomiseerde gecontroleerde trial. Follow-up vond plaats na 3 maanden. Primaire uitkomstmaat was verbetering van bekkenbodemsymptomen, gemeten met de Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20, score 0-300). Secundaire uitkomstmaat was de mate van

prolaps, volgens een gestandaardiseerde methode om een prolaps te kwantificeren: de POP-Q. In de pessariumgroep werd het pessarium 24 uur voor deze meting verwijderd.

Resultaat

Er werden 160 vrouwen gerandomiseerd (79 bekkenfysiotherapie, 81 pessarium). Na 3 maanden waren de PFDI-20 scores verbeterd (bekkenfysiotherapie: $7,61 \pm 31,4$ punten (12,2%); $p=0,01$; pessarium: $4,34 \pm 27,4$ punten (8,0%); $p=0,24$). Er was geen verschil tussen beide behandelingen na 3 maanden (verschil $-0,52$; 95% BI $-1,39$ – $0,35$; $p=0,58$). In de bekkenfysiotherapiegroep lieten meer vrouwen verbetering van de voorwandprolaps zien (26,5% vs. 7,1% in de pessarium groep, $p=0,013$). Voor prolaps van achterwand en uterus/vaginapop was er geen verschil.

Beschouwing

Na 3 maanden kon alleen voor bekkenfysiotherapie een significant behandel-effect worden aangetoond bij vrouwen ≥ 55 jaar met een matig-ernstige genitale prolaps maar dit effect was kleiner dan het minimaal klinisch relevante verschil. Er werd geen significant verschil in effect aangetoond tussen de pessarium en bekkenfysiotherapie behandeling.

38. Voordracht

Veelvoorkomende ziekteclusters bij ouderen: Een eerste stap naar zorg op maat voor mensen met multimorbiditeit

E.J. Sinnige¹, J.C. Korevaar¹, G.P. Westert², P. Spreeuwenberg¹, F.G. Schellevis¹, J.C.C. Braspenning²

¹NIVEL, UTRECHT, Nederland

²IQ Healthcare, NIJMEGEN, Nederland

Inleiding

Beslissingen over passende zorg worden vooral ondersteund met richtlijnen voor enkelvoudige aandoeningen. Inzicht in prevalenties van veelvoorkomende chronische ziektecombinaties bij patiënten met multimorbiditeit zou een eerste stap zijn in het ontwikkelen van richtlijnen over zorg op maat.

Onderzoeksvraag

Wat zijn veelvoorkomende chronische ziekteclusters bij patiënten van 55 jaar en ouder met hartfalen, diabetes mellitus, dementie of migraine?

Methode

120.480 patiënten (≥ 55 jaar) met tenminste één chronische aandoening zijn geselecteerd uit 158 huisartsenpraktijken van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn in de periode 2002-2011. De prevalentie van multimorbiditeit bij 24 chronische aandoeningen is geanalyseerd. Ook is bepaald wat veelvoorkomende ziekteclusters waren bij 4 index-aandoeningen (hartfalen, diabetes mellitus, dementie, migraine) in vergelijking met de populatie zonder deze aandoeningen, maar wel met minimaal één andere chronische aandoening.

Resultaten

Een overgrote meerderheid van de patiënten had multimorbiditeit; variërend van 70% voor migraine tot 98% voor hartfalen. Er zijn veel hartfalen-specifieke ziektecombinaties met frequenties hoger dan verwacht gevonden, bijvoorbeeld *hartritmestoornissen met COPD* (bijna 8 keer frequenter dan verwacht). Ook bij dementiepatiënten zijn veel ziektecombinaties gevonden met onderling hoog frequente relaties, met name *hartfalen-depressie* (ratio 3.9), en *hartfalen-beroerte* (ratio 3.5). Er zijn weinig ziektecombinaties die specifiek bij migraine vaker voorkomen, alleen *depressie met nek/rugklachten* (ratio 2.1) lijkt gerelateerd aan migraine.

Beschouwing

Dit onderzoek toont in detail aan welke ziekteclusters zeer frequent voorkomen bij patiënten met hartfalen, diabetes, dementie of migraine. Deze bevindingen kunnen aanknopingspunten vormen om richtlijnen uit te breiden, of voor bepaalde combinaties van aandoeningen te ontwikkelen. Kortom, de zorg meer op maat te maken.

39. Poster

***“Het alleen zijn maakt me somber”*: eenzaamheid bij ouderen met depressieve klachten**

H.W.J. van Marwijk¹, I. van Beljouw², E. van Exel², M. Stek²

¹*VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

²*GGZ inGeest, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Depressiviteit en eenzaamheid komen vaak samen voor bij ouderen. Het is echter nog onbekend welke invloed eenzaamheid heeft op het functioneren van ouderen met depressieve klachten, en hoe ouderen deze gevoelens zelf ervaren.

Onderzoeksvragen

Wat zijn de gevolgen van eenzaamheid op het psychisch functioneren van ouderen met depressieve klachten? Hoe beleven ouderen met depressieve klachten hun emotionele problemen?

Methoden

249 thuiswonende ouderen met depressieve klachten volgens de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9 > 6) werden geïncludeerd. Bij alle ouderen namen we vragenlijsten af, en daarnaast hielden we diepte-interviews met een subgroep van eenzame (n=11) en niet-eenzame ouderen (n=13; op basis van Eenzaamheidsschaal-scores). We onderzochten de verschillen in psychisch functioneren en beleving van emotionele problemen tussen eenzame en niet-eenzame ouderen met depressieve klachten.

Resultaten

Eenzaamheid kwam erg vaak voor bij ouderen met depressieve klachten (87.7%). Eenzame ouderen functioneerden psychisch slechter dan niet-eenzamen: ze hadden vaker een depressie of dysthymie, ernstigere depressieve klachten, meer angstgevoelens en een lagere kwaliteit van leven. Ouderen gaven aan dat ze hun depressieve klachten als een logisch gevolg beschouwden van hun eenzaamheidsgevoelens.

Eenzame ouderen ervoeren weinig regie in de beleving van deze eenzaamheidsgevoelens: de oorzaken hiervoor werden extern geattribueerd naar ervaren tekortkomingen in het sociale netwerk. Ze uitten vooral een behoefte aan een luisterend oor, in tegenstelling tot niet-eenzame ouderen die vaker aangaven te willen leren omgaan met hun klachten.

Conclusie

Verdere bestudering van eenzaamheid bij ouderen is van belang gezien prevalentie en gevolgen.

40. Voordracht

Effect van bekkenfysiotherapie bij een milde genitale prolaps

*M. Wiegersma, C.M.C.R. Panman, B.J. Kollen, M.Y. Berger, Y. Lisman - van Leeuwen, J.H. Dekker
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Een genitale prolaps komt veel voor. Behandel mogelijkheden zijn bekkenfysiotherapie, pessarium of operatie. Bij een milde prolaps wordt vaak gekozen voor een expectatief beleid of bekkenfysiotherapie. Evidence over toepassing van bekkenfysiotherapie in de eerste lijn is schaars.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van bekkenfysiotherapie vergeleken met een expectatief beleid bij vrouwen ≥ 55 jaar met een symptomatische milde prolaps?

Methode

Vrouwen ≥ 55 jaar met een symptomatische milde prolaps (niet voorbij het hymen) uit de eerste lijn werden geïncludeerd in een gerandomiseerde gecontroleerde trial. Primaire uitkomstmaat was verbetering van bekkenbodemsymptomen na 3 maanden, gemeten met de Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20, score 0-300). Een verbetering van $\geq 25\%$ werd aangehouden als klinisch relevant behandelresultaat. Secundaire uitkomstmaat was verbetering in mate van prolaps na 3 maanden, gemeten volgens een gestandaardiseerde methode (POP-Q meting).

Resultaat

Er werden 145 vrouwen gerandomiseerd naar bekkenfysiotherapie en 142 vrouwen naar een expectatief beleid. De PFDI-20 score was na 3 maanden significant verbeterd in beide groepen (bekkenfysiotherapie $-18,4 \pm 27,8$ punten (28,0%); $p < 0,001$ en expectatief $-6,4 \pm 20,0$ punten (11,1%); $p = 0,001$). Alleen de verbetering in de bekkenfysiotherapiegroep was klinisch relevant. De bekkenfysiotherapiegroep was meer verbeterd dan de expectatieve groep (verschil $-12,0$; 95% BI $-18,3$ – $-5,8$; $p < 0,001$). In de bekkenfysiotherapiegroep hadden meer vrouwen een verbetering van de voorwandprolaps (27,1% versus 15,6% in de expectatieve groep, $p = 0,031$). Voor prolaps van achterwand en uterus/vaginatop was er geen verschil.

Beschouwing

Bij vrouwen ≥ 55 jaar met een symptomatische milde prolaps geeft bekkenfysiotherapie na 3 maanden een klinisch relevante verbetering van bekkenbodemsymptomen en is significant beter dan een expectatief beleid.

41. Voordracht

Kosteneffectiviteit van systematische opsporing en behandeling van zeer frequent de huisarts bezoekende patiënten: Markov model Monte Carlo studie

G. ter Riet¹, F.T.M.S. Smits¹, V.M.H.C. Coup², H.J.B. Brouwer¹, J.M. Mohrs¹, A.H.S. Schene¹, H.C.P.M. van Weert¹, J.E. Bosmans³

¹ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland

²VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland

³Vrije Universiteit, EMGO+, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Frequente bezoekers (FB) aan de huisarts zijn patiënten die, gezien hun leeftijd en geslacht, in een bepaald jaar boven de 90^e percentiel van het aantal bezoeken zitten. Veel (langdurige) FB's lijden aan onderliggende psychiatrische ziekte(s) die niet altijd bekend zijn of worden behandeld.

Onderzoeksvragen

Zou systematische opsporing en behandeling van depressie en angst bij FB's kosteneffectief zijn vergeleken met de in Nederland gebruikelijke zorg? En kunnen we zo'n programma, voor zover zinvol, beter richten op eenjaars- of op tweejaars FB's?

Methode

We ontwikkelden een Markov model waarin we het beloop van een cohort van 10.000 eenjaars FB's (1jFB) over een periode van 5 jaar simuleerden. De primaire uitkomsten waren het aantal jaren dat werd doorgebracht als niet-FB vrij van depressie of angst en de voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren. Vijfentwintig behandelscenario's werden gesimuleerd waarin de behandel-effecten waren uitgedrukt als

risicoreducties van respectievelijk 10, 20, 40 en 100%. In sommige scenario's werd verondersteld dat effectieve behandeling van depressie of angst ook zou leiden tot minder bezoek.

Resultaat

Voor alle scenario's was de winst in het aantal jaren dat werd doorgebracht als niet-FB vrij van depressie of angst klein. Behandeling van 1jFB's resulteerde in grotere gezondheidswinst en kostenbesparingen dan behandeling van 2jFB's. De aanname dat effectieve behandeling van bijvoorbeeld depressie ook effect heeft op bezoekfrequenties had relatief veel invloed. Mogelijk kosteneffectieve scenario's vereisen behandel-effecten van minstens 40%.

Conclusie

Vergeleken met in Nederland gebruikelijke zorg lijkt systematische opsporing en behandeling van depressie en angst in FB's momenteel niet kosteneffectief.

43. Poster

Welke vragen stellen patiënten aan de chirurg na curatieve behandeling van darmkanker?

*K.M. van Asselt, L.A.M. Duineveld, E.M.A. Smets, J. Wind, F. Asgarali
ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Het aantal mensen met darmkanker stijgt. Na behandeling van stadium 1, 2 en 3 blijven patiënten 5 jaar onder controle voor het opsporen van metastasen of recidieven. De gezondheidsraad heeft aangegeven dat deze nacontroles in de eerste lijn zouden kunnen plaatsvinden. Voordat deze zorg daadwerkelijk door de huisarts wordt overgenomen is het goed om te weten wat de behoeften zijn van darmkanker patiënten. Welke vragen stellen de patiënten eigenlijk tijdens deze nacontroles?

Methode

19 patiënten (3 ziekenhuizen) zijn geobserveerd tijdens de nacontroles. Van deze consulten zijn geluidsopnames gemaakt, daarnaast hebben de patiënten een beknopte vragenlijst ingevuld over tevredenheid. De transcripten zijn onafhankelijk geanalyseerd door 2 onderzoekers.

Resultaten

Patiënten stellen nauwelijks vragen tijdens de nacontrole en zijn tevreden over het consult. Alle indirecte vragen en opmerkingen konden worden gerangschikt naar verschillende thema's, naar wie het initiatief nam voor het betreffende thema en naar de mate waarin het thema besproken werd. Voorbeelden van thema's zijn; vragen over testresultaten, lichamelijke klachten, psychosociale klachten, logistieke vragen. De chirurg lijkt met name door te vragen bij onzekerheid rond de testuitslagen en lichamelijke klachten zoals defecatiepatroon. De chirurg vraagt weinig door op andere gebieden.

Beschouwing

Onduidelijk blijft het waarom patiënten weinig vragen hebben, terwijl uit onderzoek blijkt dat er wel fysieke en psychosociale problemen zijn bij mensen die behandeld zijn voor dikkedarmkanker. Zouden de patiënten in een andere setting (zoals bij de huisarts) meer vragen stellen? Dit onderzoek zal in de eerste lijn worden herhaald als patiënten de nazorg via de huisarts zullen krijgen.

44. Poster

Zorg op maat in de laatste levensfase

*E.E. Bolt, H.R. Pasma, B.D. Onwuteaka-Philipsen
VUniversitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Zorg aan het eind van het leven wordt vaak gekenmerkt door complexiteit. Dit wordt onder andere veroorzaakt door multimorbiditeit, de aanwezigheid van niet-medische problemen, de betrokkenheid van meerdere hulpverleners uit zowel de eerste als de tweede lijn en het gelijktijdig nastreven van curatieve als palliatieve behandeldoelen. Meer nog dan zorg in andere levensfasen staat de wens van de patiënt centraal. Maar wat willen patiënten, en op welke vlakken gaat het soms mis?

Onderzoeksvraag

Wat kenmerkt passende en niet-passende zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en naasten?

Methode

Via verschillende patiënten- ouderen- en medische organisaties zijn mensen opgeroepen een online vragenlijst in te vullen, bestaande uit open vragen over hun ervaring met zorg in de laatste levensfase.

Resultaat

We hebben 429 verhalen van passende zorg en 309 verhalen van niet-passende zorg ontvangen van 595 patiënten en naasten. Belangrijke factoren van passende zorg waren het volgen van de wens van de patiënt (41%), goede begeleiding (38%) en communicatie (39%), zorg op de gewenste locatie (46%) en goede lichamelijke verzorging (28%). Het doorgaan met curatieve behandeling werd vaak als niet-passend gezien (38%), het afzien van behandelen vaak als passend (25%).

Conclusie

De tevredenheid over zorg in de laatste levensfase wordt bepaald door vele factoren. Voor passende zorg speelt het nemen van de 'juiste' behandelbeslissingen een grote rol, maar minstens zo belangrijk zijn aspecten op het vlak van begeleiding en communicatie, locatie en verzorging. Om al deze aspecten goed te laten verlopen, lijken een holistische benadering en goede coördinatie van zorg essentieel.

45. Voordracht

Voorspellers van duizeligheid bij ouderen: resultaten van prospectief cohortonderzoek gedurende 10 jaar

O.R. Maarsingh¹, H. Stam², P.M. van de Ven³, N.M. van Schoor⁴, M.J. Ridd⁵, J.C. van der Wouden²

¹*VU Universitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Netherlands*

²*VU Universitair Medisch Centrum, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, AMSTERDAM, Nederland*

³*VU Universitair Medisch Centrum, afdeling epidemiologie en biostatistiek, AMSTERDAM, Nederland*

⁴*VU Universitair Medisch Centrum, EMGO, AMSTERDAM, Nederland*

⁵*NIHR School for Primary Care Research, University of Bristol, BRISTOL, Engeland*

Inleiding

De huidige diagnose-georiënteerde benadering van duizeligheid is voor ouderen minder geschikt. Vaak wordt er geen oorzaak gevonden of zijn de therapeutische mogelijkheden beperkt. Mogelijk levert identificatie van lange-termijn voorspellers van duizeligheid aanknopingspunten voor behandeling bij deze groep.

Onderzoeksvraag

Welke factoren voorspellen terugkerende duizeligheid na zeven en tien jaar bij ouderen in de algemene populatie?

Methode

Prospectief cohortonderzoek bij 1379 mensen van ≥ 60 jaar afkomstig uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Terugkerende duizeligheid werd vastgesteld door middel van face-to-face interviews. We onderzochten 26 kandidaatvoorspellers afkomstig uit zes verschillende domeinen, i.e.

socio-demografisch, medische voorgeschiedenis, medicatie, psychologisch, sensorisch en houdings- en bewegingsapparaat. Met behulp van multiële regressie analyse construeerden we twee modellen met aanwezigheid van terugkerende duizeligheid na zeven en tien jaar follow-up als afhankelijke variabelen. We berekenden de calibratie en discriminatie van beide modellen en maakten gebruik van bootstrapping om te corrigeren voor overschatting.

Resultaat

Voorspellers van terugkerende duizeligheid na zeven jaar waren alleen wonen, voorgeschiedenis van duizeligheid, voorgeschiedenis van artritis, gebruik van nitraten, aanwezigheid van angst- of stemmingsstoornis, verminderde visus en functiebeperking van de onderste extremiteiten. Voorspellers van duizeligheid na tien jaar waren voorgeschiedenis van duizeligheid en functiebeperking van de onderste extremiteiten. Beide modellen lieten goede calibratie (Hosmer-Lemeshow: 0,36 en 0,31) en acceptabele discriminatie zien (gecorrigeerde AUC: 0,77 en 0,71).

Beschouwing

Duizeligheid bij ouderen is vaak multifactorieel bepaald. Behandeling op maat, gericht op behandelbare voorspellers van duizeligheid (bijvoorbeeld fysiotherapie bij functiebeperking van de onderste extremiteiten), lijkt een zinvolle aanvulling op de huidige diagnose-georiënteerde benadering van duizeligheid bij ouderen.

46. Poster

Zorggebruik van patiënten met colorectaal carcinoom voorafgaand aan de diagnose

*A. van der Voort, C. Roorda-Lukkien, D. Brandenburg, M. Y. Berger, G. H. de Bock, A. J. Berendsen
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUMG, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Uit recent onderzoek naar de rol van de huisarts tijdens de behandelfase van colorectaal carcinoom (CRC) en mammacarcinoom blijkt dat het zorggebruik van patiënten met CRC en mammacarcinoom verhoogd is in het jaar na de diagnose vergeleken met patiënten uit een referentiepopulatie. Opvallend is dat bij patiënten met CRC het zorggebruik ook in het jaar vóór de diagnose verhoogd blijkt vergeleken met de referentiepopulatie. Dit was bij patiënten met mammacarcinoom niet het geval.

Onderzoeksvraag

Het doel van deze studie is inzicht te verkrijgen in de aard en het verloop van het eerstelijnszorggebruik voorafgaand aan de diagnose CRC. Hoe frequent bezoeken patiënten met CRC voorafgaand aan de diagnose hun huisarts en vanaf wanneer is een verhoging in het zorggebruik te zien? Wat zijn de redenen voor het verhoogde zorggebruik?

Methode

Retrospectief longitudinaal onderzoek naar zorggebruik van patiënten met CRC, geselecteerd uit de database van het Registratie Netwerk Groningen en gematcht met drie controlepatiënten op geslacht, leeftijd en huisarts. De uitkomstmaten zijn zowel het aantal contacten (face-to-face), prescripties en verwijzingen als het percentage patiënten met contacten, prescripties en verwijzingen per maand. Daarnaast wordt de aard van deze contacten met behulp van ICPC codes en de aard van de prescripties met behulp van ATC codes onderzocht. De onderzoeksperiode betreft de jaren voor de diagnose van CRC.

Resultaat

Er zijn 201 studiepatiënten geïncludeerd die zijn gematcht met 582 controlepatiënten.

Beschouwing

De resultaten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in de rol van de huisarts in het diagnostisch

proces van CRC.

47. Voordracht

Ervaren problemen door mantelzorgers bij het zorgen voor ouderen met cognitieve problemen

J.W. Blom¹, S. van Bruggen¹, C. Bode², D.P. Touwen¹, D.P. Engberts¹, J. Gussekloo¹

¹*LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, LEIDEN, Nederland*

²*Universiteit van Twente, ENSCHEDE, Nederland*

Inleiding

Mantelzorgers ervaren problemen bij het zorgen voor hun naaste. Kennis over en aandacht voor deze problemen is belangrijk bij het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers.

Onderzoeksvragen

Wat zijn de soort en ernst van de problemen die mantelzorgers ervaren bij het zorgen voor ouderen?

Verschillen deze problemen bij zorgvragers met en zonder cognitieve problemen?

Methode

Via de Sociale Verzekeringsbank is aan 6000 mantelzorgers van een naaste van 75+ jaar een vragenlijst gestuurd naar ervaren problemen en ervaren moeilijkheid. Deze 23 problemen werden geïnventariseerd uit voorbereidende diepte-interviews, en betrof 3 aspecten van het zorgen: zwaarte van de zorg (6 items), veiligheid van de zorgvrager (6 items), relatie met zorgvrager (11 items). We berekenden prevalentie van problemen en moeilijkheid in totaal, per domein en per probleem. We berekenden impact door de prevalentie van moeilijkheid te wegen met totale prevalentie per probleem.

Resultaten

De gemiddelde leeftijd van 3341 mantelzorgers was 63 (SD 13), 54% was vrouw en meestal kind van de oudere (54%). Verreweg de grootste impact had het gemis van de mogelijkheid om gezamenlijke uitstapjes te doen (82% waarvan 68% dit moeilijk vond). Bij zorgvragers met cognitieve problemen nam de impact bij alle problemen toe en was het hoogst in het sociale/relatieve domein. Zonder cognitieve problemen lag de hoogste impact in het zorgzwaarte domein.

Beschouwing

Mantelzorgers ervaren een scala aan problemen, waarbij het missen van gezamenlijke activiteiten een grote rol blijkt te spelen. Mogelijk kan hulp aan mantelzorgers bij het anticiperen op de specifieke problemen bij zorgvragers met cognitieve problemen ondersteuning bieden.

48. Poster

Detectie en Diagnose van AtriumFibrilleren (D2AF)

N. Verbiest - van Gorp¹, S.B. Uittenbogaart², P.M.G. Erkens¹, W.A.M. Lucassen², J.A. Knottnerus¹, H.E.J.H. Stoffers¹, H.C.P.M. van Weert¹

¹*Maastricht University, MAASTRICHT,, Nederland*

²*ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM-UvA, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Atriumfibrilleren (AF) is een veelvoorkomende aritmie waarvan de prevalentie toeneemt met de leeftijd. AF is geassocieerd met een verhoogd risico op ischemisch CVA en overlijden. Antitrombotica reduceren dit risico. Echter, AF is vaak asymptomatisch of paroxysmaal, wat opsporing en diagnostiek bemoeilijkt. In ons door ZonMw gehonoreerde project onderzoeken we de opbrengst van een opportunistisch screeningsprogramma op AF.

Onderzoeksvraag

Hoeveel nieuwe gevallen van AF worden opgespoord bij het toepassen van opportunistische screening met behulp van diverse technieken in vergelijking met controlepraktijken?

Methode

We stellen een cluster gerandomiseerde trial voor bij patiënten ouder dan vijftien jaar die de huisartspraktijk bezoeken. De interventiegroep ondergaat een diagnostisch protocol bestaande uit enerzijds detectie van een irregulaire pols d.m.v. het voelen van de pols, een hand-ECG en een elektronische bloeddrukmeter met AF-detectie en anderzijds ECG-opnames d.m.v. een 12-lead ECG plus bij een deel van de mensen een 'automatic triggered event recorder'. De controlegroep ontvangt care 'as usual'. De primaire uitkomstmaat is het verschil in incidentie van AF. Tevens stellen we de diagnostische eigenschappen vast van de verschillende technieken voor irregulaire polsdetectie. Verder voeren we kosteneffectiviteitsanalyses uit, beschrijven we patiëntprofielen en formuleren we een predictiemodel voor AF.

Resultaat

Met dit onderzoek verwachten we aan te kunnen tonen of opportunistische screening op AF zinvol is. Daarnaast kunnen we de meest (kosten) effectieve techniek voor opportunistische screening vaststellen.

Beschouwing

Onze studie draagt bij aan het bieden van huisartsgeneeskunde op maat. Het zal leiden tot detectie van meer AF-patiënten en uiteindelijk tot een reductie van ischemische CVA's.

49. Poster

Het effect van C-reactive protein sneltesten op het voorschrijven van antibiotica voor patiënten met acuut hoesten in de huisartsenpraktijk.

M.C. Minnaard¹, A.C. van de Pol¹, R.M. Hopstaken², S. van Delft², B.D.L. Broekhuizen¹, T.J.M. Verheij¹, N.J. de Wit¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, UTRECHT, Nederland

²Salto Diagnostisch Centrum, UTRECHT, Nederland

Inleiding

In experimentele settings blijkt het gebruik van C-reactive protein (CRP) sneltesten bij patiënten met acuut hoesten tot afname van het aantal antibioticavoorschriften te leiden, maar het effect in de dagelijkse praktijk is niet bekend.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van het gebruik van CRP sneltesten in de dagelijkse praktijk op de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven? En houden huisartsen zich aan het advies van de richtlijn om de testen te gebruiken bij matig zieke patiënten?

Methode

Veertig huisartsen uit Utrecht en Rotterdam includeerden volwassenen met acuut hoesten en rapporteerden hun beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven voor ("pre-test") en na ("post-test") het verkrijgen van CRP sneltest resultaten. Primaire uitkomstmaat was het verschil tussen "pre-test" en "post-test" percentage antibioticavoorschriften (op groepsniveau). Secundaire uitkomstmaat was het percentage veranderingen in de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven.

Resultaat

Er werden 735 CRP sneltesten aangevraagd waarvan 41% bij matig zieke patiënten. Op groepsniveau werd geen significant verschil tussen het aantal antibioticavoorschriften "pre-test" en "post-test" gevonden (32% resp. 28%, P=0.056). Huisartsen veranderden hun beslissing na het verkrijgen van CRP

sneltest resultaten in 200 patiënten (27%); in 114 patiënten (15%) veranderden de huisartsen hun beslissing van wel een voorschrift naar geen voorschrift, en in 86 patiënten (12%) vice versa.

Beschouwing Wij vonden na gebruik van CRP sneltesten in de dagelijkse praktijk geen afname van het aantal antibioticavoorschriften op groepsniveau. Wel had de sneltest invloed op individuele beslissingen wel of geen antibiotica voor te schrijven.

50. Voordracht

Validatie van een model voor diabetische retinopathie screening op maat

A.A.W.A. van der Heijden¹, I. Walraven¹, E. van 't Riet¹, T. Aspelund², S.H. Lund², P. Elders¹, B.C.P. Polak¹, A.C. Moll¹, J.E.E. Keunen³, J.M. Dekker¹, G. Nijpels¹

¹*Universitair Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

²*University of Iceland, REYKJAVIC, IJsland*

³*UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, NIJMEGEN, Nederland*

Inleiding

Diabetes patiënten worden (twee-) jaarlijks gescreend voor retinopathie. Gezien het groeiende aantal mensen met type 2 diabetes, de lage incidentie van ernstige retinopathie en de mogelijkheid om ernstige retinopathie te voorspellen, is het mogelijk om de screeningsfrequentie voor retinopathie individueel te bepalen via een predictiemodel.

Onderzoeksvraag

Kan de screening frequentie van retinopathie veilig worden verlaagd gebruikmakend van een predictiemodel?

Methode

Het bestaande Aspelund predictiemodel voor het bepalen van de screeningsfrequentie gebaseerd op het risicoprofiel van de patiënt, werd gevalideerd in 3,319 mensen met type 2 diabetes van het Diabetes Zorg Systeem West-Friesland. Fundus foto's werden gecodeerd volgens het EURODIAB codeer systeem, waarbij graad 3-5 werd geclassificeerd als visusbedreigende retinopathie (VR). We testten het vermogen van het model om onderscheid te maken in laag en hoog risico patiënten en het absolute risico op VR te schatten. Het aantal gemiste gevallen van VR en het aantal fundus foto's op basis van het model werden berekend.

Resultaat

Tijdens een follow-up periode van gemiddeld:53 maanden, ontwikkelden 76 (2.3%) patiënten VR. Het gemiddelde screeningsinterval volgens het model was 31 maanden, wat leidt tot een reductie van 61% vergeleken met jaarlijkse screening en 23% vergeleken met tweejaarlijkse screening. In 9 patiënten (11.8%) werd VR gemiddeld 24 maanden later gedetecteerd vergeleken met de huidige richtlijnen. Het model was goed in staat om hoog en laag risico patiënten te onderscheiden. Het model gaf een lichte overschatting van het absolute individuele risico op VR.

Beschouwing

Door gebruik te maken van het model kan de screeningsfrequentie veilig worden verlaagd.

51. Poster

Proactief risico management voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB)-een systematische review

*E.J. Bakker-van Gijssel, J. Naaldenberg, H.M.J. van Schrojenstein-Lantman-de Va, W.J.J. Assendelft
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM ST Radboud, NIJMEGEN, Nederland*

Inleiding

Proactief risicomanagement, in de vorm van de module complexe ouderenzorg of CVRM, wordt in de Nederlandse huisartsenpraktijken succesvol toegepast. Mensen met verstandelijke beperkingen (VB) zijn een mogelijke nieuwe doelgroep voor proactief risicomanagement. Zij hebben een hogere prevalentie van gezondheidsproblemen. Hun zorgbehoefte wordt vaak niet herkend. Internationaal onderzoek heeft laten zien dat proactief risicomanagement voor mensen met VB de eerstelijnszorg kansen biedt. De organisatie van de gezondheidszorg in het buitenland verschilt echter sterk met die van Nederland. Inzicht krijgen in de implementatiecontext van bestaand proactief risicomanagement voor mensen met VB is daarom belangrijk.

Onderzoeksvraag

Wat zijn karakteristieken (domeinen, items, implementatie context, etc.) van internationaal gepubliceerde initiatieven voor proactief risicomanagement (instrumenten) voor mensen met VB.

Methode

Een systematische literatuur review tussen 2000-2013 werd uitgevoerd met woorden gerelateerd aan “verstandelijke beperkingen” en “gezondheidsscreening”. De zoektocht werd uitgevoerd in Pubmed, CINAHL, PsycINFO en EMBASE.

Resultaat

Er werden in totaal 2123 artikelen gevonden. Hiervan bleven 51 over voor nadere bestudering. In de presentatie zal er een overzicht gegeven worden van de verschillende proactief risicomanagement instrumenten voor mensen met VB, de geïnccludeerde gezondheidsitems, de patiënten groep waarop ze van toepassing zijn, de implementatiecontext en hun uitvoerders.

Beschouwing

Dit resultaat zal inzicht geven in de bestaande proactief risicomanagement instrumenten en hun implementatiecontext. Deze informatie is behulpzaam bij het ontwikkelen van zo'n instrument in een nieuwe context, zoals de Nederlandse huisartspraktijk. De huidige kanteling in de zorg met een prominentere rol voor de eerstelijns en de gemeentes zal vragen om deze geneeskunde-op-maat.

52. Voordracht

Herstel Q-koortspatiënten geleidelijk gedurende 24 maanden na diagnose

J.A.F. van Loenhout¹, J.L.A. Hautvast¹, J.H. Vercoulen¹, R.P. Akkermans¹, C.J. Wijkmans², J. van der Velden¹, W.J. Paget¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, NIJMEGEN, Nederland

²GGD Hart voor Brabant, 'S-HERTOGENBOSCH, Nederland

Inleiding

Tussen 2007 en 2011 zijn in Nederland 4107 gevallen van Q-koorts geregistreerd. Een dergelijk grote uitbraak geeft de mogelijkheid om het herstel van Q-koortspatiënten te bestuderen.

Onderzoeksvraag

Hoe is het verloop van de gezondheidsstatus van Q-koortspatiënten tot 24 maanden na diagnose, en

welke persoonlijke kenmerken zijn geassocieerd met een verminderde gezondheidsstatus?

Methode

Q-koortspatiënten (n=336) werden gevraagd op zes momenten na aanvang ziekte (3, 6, 9, 12, 18, 24 maanden) een vragenlijst in te vullen. Hiermee werden 12 aspecten van gezondheidsstatus gemeten en vergeleken met controlegroepen. Daarnaast zijn persoonlijke kenmerken in kaart gebracht, waarbij de associatie met gezondheidsstatus 12 maanden na aanvang ziekte werd bepaald, en 24 maanden voor patiënten met een ernstig ziektebeloop.

Resultaat

Negen uit twaalf aspecten van gezondheidsstatus verbeteren significant en lineair over een periode van 24 maanden, en naderen de scores van controlegroepen. Kenmerken die op baseline zijn gemeten en die geassocieerd zijn met verminderde scores op de aspecten 'Vermoeidheid', 'Algemene Kwaliteit van Leven' en 'Rolbeperkingen door Fysiek Probleem', zijn: vrouw zijn, jong zijn en het hebben van een onderliggend gezondheidsprobleem. Later gemeten kenmerken die geassocieerd zijn met een verminderde gezondheidsstatus na 12 maanden en voor patiënten met een ernstig ziektebeloop na 24 maanden, zijn: ziekenhuisopname (alleen voor 12 maanden), medicijngebruik, het volgen van aanvullende behandeling voor Q-koorts en geen alcoholconsumptie.

Beschouwing

Q-koortspatiënten herstellen geleidelijk. De resultaten kunnen worden gebruikt door zorgverleners om het verwachte ziekteverloop aan patiënten te presenteren en om patiënten te identificeren die een verhoogd risico hebben op een verminderd herstel.

53. Voordracht

Palliatieve sedatie in Nederlandse huisartspraktijken 2005-2012. Trends, redenen en betrokkenheid bij besluitvorming.

*G.A. Donker, C. van Dijk
NIVEL, UTRECHT, Nederland*

Inleiding

Er is weinig bekend over de trend van en redenen voor palliatieve sedatie in de huisartspraktijk en hoe de besluitvorming plaatsvindt.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de trends in en de redenen voor het toepassen van palliatieve sedatie en wie is betrokken bij de besluitvorming in de periode 2005-2012?

Methode

Registratiegegevens uit huisartspraktijken (Peilstations) behorende tot NIVEL Zorgregistraties eerste lijn en vragenlijsten ingevuld door huisartsen na het toepassen van palliatieve sedatie werden geanalyseerd voor de periode 2005-2012 met multilevel-analyses om te corrigeren voor praktijkvariatie en niet-normale verdeling.

Resultaat

In de periode 2005-2012 werden 201 gevallen van palliatieve sedatie in 56 huisartspraktijken gerapporteerd. De incidentie fluctueerde per jaar zonder significante toe- of afname over de hele periode. Palliatieve sedatie werd toegepast bij 5,6% van alle gerapporteerde overledenen; het vaakst bij jongere patiënten (≤ 64 jaar) met kanker. Het gemiddelde aantal refractaire symptomen was 2,6 (SD: 1,2); vooral pijn (70%), dyspneu (49%) en angst (39,3%). Misselijkheid, braken en angst kwamen vaker bij kanker dan bij andere aandoeningen voor als een reden voor palliatieve sedatie ($P < 0.05$ voor alle vergelijkingen). Meestal was de patiënt betrokken bij de besluitvorming voorafgaand aan palliatieve

sedatie (87,4%); patiënten met een chronische hartaandoening of COPD minder vaak dan patiënten met kanker ($p < 0,05$).

Beschouwing

Er is geen stijgende trend in het toepassen van palliatieve sedatie in de Nederlandse huisartspraktijk. Identificatie van patiënten met chronische respiratoire of cardiovasculaire aandoeningen en/of dreigend cognitief verval om tijdig opties mee te bespreken is belangrijk, omdat de communicatiemogelijkheden bij hen snel kunnen afnemen.

54. Poster

Echografie bij schouderpijn behulpzaam bij een behandelplan op maat

*R.P.G. Ottenheijm, J.C. Cals, R.A. de Bie, G.J. Dinant
Universiteit Maastricht, MAASTRICHT, Nederland*

Inleiding

In de NHG-Standaard Schouderklachten wordt geadviseerd een specifieke diagnose te stellen en patiënten stapsgewijs te behandelen. De onderliggende aandoening wordt dus niet meegenomen bij de beslissing welke behandeling het meest passend is. Door het opnemen van echografie in het diagnostisch proces kunnen echografisch vastgestelde specifieke aandoeningen worden gekoppeld aan gerichte behandelingen. Zo zou dan een indeling in diagnostische subgroepen en dientengevolge gerichtere behandeling mogelijk kunnen worden. Echter, het is nog onbekend wat de prevalentie is van de diverse subacromiale aandoeningen en of er dus diagnostische subgroepen te definiëren zijn.

Onderzoeksvraag

Welke echografische aandoeningen worden aangetoond bij patiënten met acute schouderpijn in de huisartspraktijk en zijn op basis hiervan diagnostische subgroepen te definiëren?

Methode

Binnen een lopende kosten-effectiviteitsstudie (MUST-studie), werden 129 patiënten met een klachtduur korter dan drie maanden, waarbij de huisarts het vermoeden had van een subacromiale aandoening, verwezen voor geprotocolleerde echografie. Van de diverse vastgestelde schouderaandoeningen werden frequentie verdelingen gemaakt.

Resultaten

De meest frequent gediagnosticeerde aandoening was tendinitis calcarea (50,4%), gevolgd door tendinopathie (28,7%), bursitis (20,2%) en partiële dikte rupturen (19,4%). Bij 17,1% van de patiënten werd geen afwijking gezien. Bij 91,5% van de patiënten ouder dan 40 jaar werd minimaal één aandoening gediagnosticeerd.

Beschouwing

Leeftijd blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor het hebben van een subacromiale aandoening. Met behulp van echografie zijn patiënten met niet-chronische schouderpijn in te delen in diagnostische subgroepen, waardoor een behandeling gericht op de aandoening mogelijk is. De effecten van deze aanpak zijn nog onbekend.

55. Poster

'Er stond in de agenda dat ik naar de dokter moest'- een kwalitatieve studie naar de uitwisseling van gezondheidsinformatie bij personen met verstandelijke beperkingen in de huisartspraktijk

*M. Mastebroek, J. Naaldenberg, A.L.M. Lagro-Janssen, H.M.J.V. Schrojenstein Lantman-de Valk
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM St Radboud, NIJMEGEN, Nederland*

Inleiding

Huisartsen hebben actuele en complete informatie nodig over de gezondheidstoestand van hun patiënt. Bij patiënten met verstandelijke beperkingen (VB) is het lastiger om deze informatie bij de patiënt zelf te achterhalen, door de verstandelijke beperking zelf, maar ook door organisatorische problemen, zoals het ontbreken van een geïnformeerde begeleider tijdens het consult. Het terugkoppelen van informatie over het behandelplan wordt eveneens door deze factoren bemoeilijkt. De kwaliteit van de huisartsenzorg en gezondheid van mensen met VB kan hierdoor onder druk komen te staan.

Onderzoeksvraag

Welke belemmeringen worden er ervaren in de uitwisseling van gezondheidsinformatie tussen huisartsen, mensen met VB, hun begeleiders en familieleden en hoe kan deze uitwisseling verbeterd worden?

Methode

Semi-gestructureerde interviews en focusgroepen met de verschillende betrokkenen (n=101) werden ingezet om inzicht te verkrijgen in de samenwerking en het delen van gezondheidsinformatie zowel voor, tijdens, als na het huisartsbezoek.

Resultaat

De resultaten van de interviews met patiënten met VB en huisartsen worden gepresenteerd, met aandacht voor: bereikbaarheid en beschikbaarheid van personen en hulpmiddelen; praktijkorganisatie en samenwerking tussen zorgorganisatie en huisarts (praktijk); kennis en (communicatieve) vaardigheden van begeleiders, patiënten en huisarts; continuïteit van begeleiding en huisarts; gezondheidsvaardigheden en self-advocacy.

Beschouwing

Deze resultaten bieden inzicht in mogelijkheden voor betere uitwisseling van gezondheidsinformatie en geneeskunde op maat bij patiënten met VB.

56. Voordracht

Optimale onderhoudstherapie van astma om exacerbaties te voorkomen: een netwerk meta-analyse

R.J.B. Loijmans¹, A. Gemperli², J. Cohen¹, S.M. Rubinstein³, P.J. Sterk¹, H.K. Reddel⁴, P. Ji², G. ter Riet¹

¹ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland

²Universiteit Bern, BERN, Zwitserland

³Vrije Universiteit, AMSTERDAM, Nederland

⁴Universiteit van Sidney, SIDNEY, Australië

Inleiding

Ondanks verschillende meta-analyses is niet bekend wat de beste onderhoudsbehandeling is om exacerbaties van astma te voorkomen. Dit komt doordat bestaande meta-analyses zich beperkten tot het vergelijken van 2 interventies en door verschillend gebruik van uitkomstdefinities.

Onderzoeksvraag

Welke farmacologische onderhoudsbehandeling voor astma is de beste om exacerbaties te voorkomen?

Methode

Er werd een systematische review verricht gevolgd door een netwerk meta-analyse. Geselecteerde trials includeerden volwassenen met astma, die een farmacologische onderhoudsbehandeling ondergingen voor minstens een half jaar en werden beschreven in voltekst artikelen. We gebruikten een hiërarchisch random-effects model gebaseerd op Poisson regressie. Lage dosis inhalatiecorticosteroid (ICS) was de referentiestrategie. Markov-keten Monte-Carlo simulaties werden gebruikt om relatieve behandel-effecten en een rangorde naar effectiviteit met 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI) te

berekenen. Primaire en secundaire uitkomstmaat waren respectievelijk het aantal ernstige exacerbaties en het totale aantal exacerbaties per patiënt per jaar.

Resultaat

We includeerden 64 trials met 59,622 patiënt-jaren follow-up, waarin 15 strategieën en placebo met elkaar werden vergeleken. Voor zowel de preventie van ernstige exacerbaties als van het totaal aantal exacerbaties werden gecombineerde preparaten met inhalatie-corticosteroiden en langwerkende bèta-agonisten in een onderhouds- en relieverstrategie (zogenaamde SMART therapie) als eerste gerangschikt. De rate ratio's vergeleken met lage doses inhalatie-steroiden waren respectievelijk 0.44 (95% BI 0.29-0.66) en 0.54 (0.42-0.69).

Beschouwing

Therapie op maat, waarbij de patiënt zichzelf titreert op geleide van klachten verdient een prominenter plek in de onderhoudsbehandeling van astma.

57. Poster

Huisartsencontacten bij kanker en bijkomende chronische ziektes

*J.C. Korevaar, M.J. Heins, F.G. Schellevis, P.M. Rijken, G.A. Donker
NIVEL, UTRECHT, Nederland*

Inleiding

Tweederde van de patiënten met kanker heeft een of meer chronische ziektes. Bekend is dat patiënten met kanker ook jaren na de diagnose nog steeds een hoger zorggebruik hebben, minder bekend is de invloed van andere chronische aandoeningen op dit zorggebruik.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van specifieke chronische ziektes op het huisartsbezoek na de diagnose kanker?

Methoden

Met data van NIVEL Zorgregistraties is het aantal huisartsbezoeken twee tot vijf jaar na de diagnose kanker bepaald voor patiënten zonder bijkomende chronische ziekte, patiënten met coronaire vaatziekten en patiënten met COPD erbij. Voor elke groep zijn per patiënt 2 controles zonder kanker geselecteerd met dezelfde leeftijd, geslacht, chronische ziekte en huisartspraktijk.

Resultaat

We selecteerden 1607 patiënten met kanker zonder bijkomende chronische ziekte, 465 met kanker en coronaire vaatziekten en 397 met kanker en COPD. Patiënten met kanker zonder chronische ziekte brachten gemiddeld 7 bezoeken per jaar, patiënten met coronaire vaatziekten gemiddeld 11 en met COPD 12. Het aantal bezoeken nam toe met het aantal chronische ziektes, oplopend tot 17 bij COPD met 4 bijkomende chronische ziektes en 12 bij coronaire vaatziekten met 4 bijkomende chronische ziektes. Wanneer het aantal bezoeken echter werd vergeleken met de controles en kanker werd meegeteld als een chronische ziekte, was er geen verschil tussen patiënten en controles.

Beschouwing

De toename in huisartsencontacten met het aantal chronische ziektes is vergelijkbaar bij patiënten met en zonder kanker. Twee tot vijf jaar na de diagnose lijkt kanker het zelfde effect te hebben op huisartsbezoek als een chronische ziekte.

58. Poster

Patiënten van de ene huisartspraktijk houden vaker receptgeneesmiddelen over dan die van een andere praktijk

*P.M. Reitsma, L. van Dijk, J.C. Korevaar, J.D. de Jong
NIVEL, UTRECHT, Nederland*

Inleiding

Veel mensen houden weleens receptgeneesmiddelen over. Dit is nooit helemaal te voorkomen, maar misschien zijn er mogelijkheden om dit te verminderen. Een belangrijke vraag is waarom mensen receptgeneesmiddelen overhouden. Ligt dit aan de mensen of speelt de huisarts hierin ook een rol? Onduidelijk is of het overhouden van receptgeneesmiddelen verschilt tussen huisartsenpraktijken. Variatie kan erop duiden dat zorg in de huisartsenpraktijk efficiënter kan.

Onderzoeksvraag

In hoeverre zijn er verschillen tussen huisartspraktijken in hoe vaak patiënten receptgeneesmiddelen overhouden?

Methode

In 2013 ontvingen 1565 leden (respons 72%, 57% vrouw, Mleeftijd=58,2 jaar, SDleeftijd=14,9 jaar) van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL een vragenlijst met vragen over het gebruik van receptgeneesmiddelen en het overhouden hiervan. Deze panelleden zijn geworven via zeven huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn en hebben toestemming gegeven voor het koppelen van hun antwoorden op de vragenlijst met hun gegevens over zorggebruik zoals geregistreerd bij hun huisarts.

Resultaat

Zes van de tien respondenten gebruiken regelmatig receptgeneesmiddelen. Ruim een derde hiervan houdt weleens receptgeneesmiddelen over. De verschillen tussen praktijken hierin variëren tussen de 23% en de 41%. Eerste analyses laten zien dat deze praktijkvariatie aanwezig blijft wanneer gecorrigeerd wordt voor samenstelling van de patiëntenpopulatie, aantal (verschillende) voorschriften, en aantal contacten met de huisarts per patiënt.

Beschouwing

Door ongewenste variatie te voorkomen kan het overhouden van receptgeneesmiddelen worden teruggedrongen. Verder onderzoek is nodig om vast te kunnen stellen waardoor de praktijkvariatie wat betreft het overhouden van receptgeneesmiddelen wordt veroorzaakt en of dit duidt op zorg die efficiënter kan.

59. Poster

De diagnostische waarde van transvaginale echografie in premenopauzale vrouwen met abnormaal uterien bloedverlies - een systematische review

*M.J. van den Brink, S. Wiewel-Verschueren, E.Klinkert, J.H. Dekker, M.Y. Berger, Y. Lisman-van Leeuwen
UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUMG, GRONINGEN, Nederland*

Inleiding

Abnormaal uterien bloedverlies (AUB) is een veelvoorkomend gezondheidsprobleem bij premenopauzale vrouwen. Bij twijfel over onderliggende uteruspathologie als oorzaak voor het AUB, is beeldvormend onderzoek middels transvaginale echografie (TVE) de eerste stap. TVE kan door de huisarts in eigen beheer aangevraagd worden, hierbij is kennis over de nauwkeurigheid van de test van

belang.

Onderzoeksvraag

Wat is de diagnostische waarde van een TVE in premenopauzale vrouwen met AUB voor het aantonen dan wel uitsluiten van uteruspathologie?

Methode

Systematische review waarbij gezocht werd in Medline, Embase, de Cochrane Library en MEDION database, zonder taal- of datumrestrictie. Voorts werden handmatig referenties nagezocht. Selectie van artikelen, data extractie en beoordeling op kwaliteit middels het QUADAS-2 instrument vond plaats door twee auteurs, onafhankelijk van elkaar. Voor de data-extractie werd gebruik gemaakt van Review-Manager®.

Resultaat

Er werden 2139 artikelen gevonden, waarvan 21 artikelen relevant waren voor inclusie. De sensitiviteit van TVS voor het aantonen van uteruspathologie varieerde van 60-100%, de specificiteit varieerde van 55-100%. De sensitiviteit en specificiteit was het hoogst voor submukeuze myomen met een range van 62-90% respectievelijk 89-100%. Voor poliepen en endometriumhyperplasie varieerde de sensitiviteit van 33-85% respectievelijk 37-88% en de specificiteit van 76-100% respectievelijk 68-93%.

Beschouwing

TVS is een redelijk goede test voor het aantonen van submukeuze myomen, maar minder betrouwbaar voor het beoordelen van poliepen en hyperplasie. Er was een grote spreiding in de gevonden sensitiviteit en specificiteit van TVS. Verklarende factoren voor de heterogeniteit in de geïncludeerde studies waren verschillen in definitie van de uitkomstmaat en selectie van de studiepopulatie.

60. Poster

Eenzaamheid is een prognostisch ongunstige factor voor het beloop van depressie bij ouderen; een 2-jarig longitudinale analyse

F. Holvast¹, H. Burger¹, M.M.W. de Waal², H.W.J. van Marwijk³, H.C. Comijs⁴, P.F.M. Verhaak¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Groningen, GRONINGEN, Nederland

²LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, LEIDEN, Nederland

³VUniversitair Medisch Centrum en EMGO instituut, afdeling huisartsgeneeskunde en EMGO instituut, AMSTERDAM, Nederland

⁴VUniversitair Medisch Centrum en EMGO instituut, afdeling psychiatrie, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Depressie komt veel voor bij ouderen. Van de ouderen die de huisarts bezoeken, ongeacht de reden van het bezoek, heeft 6-9% een depressie. Behandeling voor de depressie vindt vaak in de eerste lijn plaats. De prognose van een depressie op latere leeftijd is somber. Het is daarom belangrijk prognostische factoren vast te stellen, om zo kwetsbare ouderen te identificeren en interventies te faciliteren. Een factor die vaak geassocieerd wordt met depressie is eenzaamheid. Het is echter onbekend of eenzaamheid van invloed is op het beloop van een depressie op latere leeftijd.

Onderzoeksvraag

In hoeverre voorspelt eenzaamheid het (niet) herstellen van een depressie bij ouderen?

Methode

longitudinale analyse na 2-jarige follow-up van de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO; 60+). Een regressie analyse werd verricht met als afhankelijke variabele ernst van depressieve symptomen en als onafhankelijke variabele eenzaamheid, daarbij corrigerend voor andere prognostische

factoren.

Resultaat

Na twee jaar was 50% van de respondenten niet hersteld van de depressie. Eenzame ouderen waren vaker niet hersteld dan niet-eenzame ouderen. Na de regressie analyse bleek eenzaamheid een onafhankelijke voorspeller voor het niet herstellen van een depressie na twee jaar.

Beschouwing

Het is belangrijk dat huisartsen zich realiseren dat eenzaamheid een prognostisch ongunstige factor is. Wellicht zou het stimuleren van ouderen om te participeren in sociale activiteiten bijdragen aan het sneller herstellen van een depressie.

61. Poster

Maatwerk in de behandeling van ≥ 80 jaar met een mammacarcinoom, welke factoren bepalen het beredeneerd afwijken van de richtlijn?

L.J. Meijer

NIVEL, UTRECHT, Nederland

Inleiding

Het aantal vrouwen dat na hun 80-ste een mammacarcinoom krijgt, neemt toe. Richtlijnen zijn voor deze groep niet altijd toepasbaar. Afwegen van relevante factoren moet in een concrete situatie tot maatwerk in de behandeling van de patiënt leiden.

Onderzoeksvraag

Welke factoren beïnvloeden het al of niet volgen van richtlijnen bij vrouwen ≥ 80 jaar met een mamacarcinoom?

Methoden

Retrospectieve kwalitatieve dossieranalyse van (6) patiënten met een gediagnostiseerd mammacarcinoom na de 80 jaar uit één huisartsenpraktijk. Het proces van besluitvorming wordt geanalyseerd en gecategoriseerd. Betrokken in de analyse worden: leeftijd, wijze van ontdekken, co-morbiditeit, voorgeschiedenis, woonsituatie, inbedding in een steunsysteem, contacten van/met betrokkenen, overleg huisarts-specialist. Het keuzeprocess voor een behandeling wordt geanalyseerd.

Resultaat

De helft van de patiënten met een gediagnostiseerd mammacarcinoom boven de 80 jaar is volgens de richtlijnen behandeld. Bij beide groepen zijn kinderen of een SPV-er betrokken. Co-morbiditeit zoals: hypertensie, atriumfibrilleren, diabetes, osteoporose, nierinsufficiëntie komt in beide groepen voor. In de niet volgens de richtlijnen behandelde groep komt een CVA, Non-Hodgkin lymfoom, een basaalcelcarcinoom en persoonlijkheidsstoornis met langdurige opname voor. Het contact tussen huisarts en specialist verschilt per situatie.

Beschouwing

De wensen van een patiënt, het risico op complicaties en co-morbiditeit spelen een rol in de besluitvorming bij mammacarcinoombehandeling boven 80 jaar. De omgeving van de patiënt wordt actief bij de besluitvorming betrokken. Na afronding van diagnostiek is het wegen van de behandelingsmogelijkheden volgens de richtlijn noodzakelijk. Een overlegmoment van patiënt, betrokkenen, huisarts en specialist is wenselijk.

62. Voordracht

Kosteneffectiviteitsanalyse van Om U: proactieve huisartsenzorg voor kwetsbare oudere patiënten

I. Drubbel¹, R.E.J. Neslo¹, N. Bleijenberg¹, M.J. Schuurmans², V.H. ten Dam¹, M.E. Numans¹, G.A. de Wit¹, N.J. de Wit¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, Julius Centrum, UTRECHT, Nederland

²UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, afdeling revalidatie, verplegingswetenschap en sport, UTRECHT, Nederland

Inleiding

Huisartsen spelen een belangrijke rol in de zorg voor kwetsbare ouderen. De eerstelijnszorg is momenteel echter vaak reactief, waardoor niet aan de behoeftes van kwetsbare ouderen voldaan wordt. Een omslag naar proactieve zorg is daarom noodzakelijk.

Onderzoeksvraag

Is de Om U proactieve huisartsenzorg, bestaande uit systematische identificatie van potentieel kwetsbare ouderen met behulp van routinezorgdata (U-PRIM) en een gestructureerd zorgprogramma door de praktijkverpleegkundige ouderenzorg (U-CARE) kosteneffectief vergeleken met gebruikelijke huisartsenzorg?

Methode

Kosteneffectiviteitsanalyse naast een clustergerandomiseerde trial met 12 maanden follow-up. In 39 huisartsenpraktijken werden 3092 potentieel kwetsbare patiënten ≥ 60 jaar geïnccludeerd. Met vragenlijsten en HIS-data berekenden we quality adjusted life years (QALYs) en de kosten van het zorggebruik. Vervolgens vergeleken we de kosten en QALYs in de U-PRIM groep en in de U-PRIM + U-CARE groep met de controlegroep.

Resultaat

De gemiddelde totale kosten per patiënt waren € 6651 (± 14686 SD) voor U-PRIM, € 6825 (± 11452 SD) voor U-PRIM + U-CARE en € 7601 (± 15717) voor gebruikelijke zorg. QALY verschillen waren slechts minimaal. Bij een willingness-to-pay van €20,000 / QALY was er 36% kans dat U-PRIM kosteneffectief was, en 75% kans dat U-PRIM + U-CARE kosteneffectief was vergeleken met gebruikelijke zorg.

Beschouwing

Systematische identificatie van kwetsbare ouderen gevolgd door een proactief zorgprogramma uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen ouderenzorg heeft een grote kans om kosteneffectief te zijn. Brede implementatie kan tot substantiële besparingen op het zorgbudget leiden, doordat de proactieve huisartsenzorg leidt tot efficiënt gebruik van beschikbare middelen.

63. Voordracht

Voorspellen van het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten voor thuiswonende ouderen met behulp van routinezorgdata uit het HIS

I. Drubbel¹, N.J. de Wit¹, N.P.A. Zuithoff¹, N. Bleijenberg¹, M.J. Schuurmans², M.E. Numans¹

¹UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, Julius Centrum, UTRECHT, Nederland

²UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM Utrecht, afdeling revalidatie, verplegingswetenschap en sport, UTRECHT, Nederland

Inleiding

Identificatie van ouderen met een hoog risico op negatieve gezondheidsuitkomsten is een noodzakelijke

eerste stap voor proactieve huisartsenzorg aan deze kwetsbare groep. Gebruikmakend van routinezorgdata zou deze screening eenvoudig te implementeren zijn in de dagelijkse praktijk.

Onderzoeksvraag

Kan een prognostisch model gebaseerd op routinezorgdata uit het HIS het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten in oudere patiënten in de huisartsenpraktijk voorspellen?

Methode

Prognostische cohort studie met 5-jaar follow-up onder alle patiënten ≥ 60 jaar uit 21 huisartsenpraktijken. We verzamelden baseline informatie over potentiële predictoren uit het HIS. De gecombineerde uitkomstmaat was verpleeghuisopname en overlijden. Drie prognostische modellen werden vergeleken met Cox regressie analyse: model 1 met leeftijd, geslacht, polyfarmacie, aantal dagen sinds laatste huisartsenconsultatie en frailty index (FI) score; in model 2 werd de FI score vervangen door geriatrische events, psychosociale events en multimorbiditeit; en in model 3 werden alle beschikbare predictoren meegenomen.

Resultaat

In totaal werden 13,420 patiënten geïnccludeerd (7,443 vrouwen, gemiddelde leeftijd 71 jaar, SD 8.6), van wie 2,013 patiënten (15%) in het verpleeghuis werden opgenomen of overleden. Elke set predictoren had een goed discriminerend vermogen, waarbij model 3 de beste resultaten liet zien (c-statistic 0.781, 95% BI 0.771-0.791). Hoog-risico patiënten hadden een 8 maal groter risico op verpleeghuisopname of overlijden binnen 5 jaar dan laag-risico patiënten.

Beschouwing

Huisartsen kunnen met gebruik van een prognostisch model op basis van routinezorgdata uit het HIS ouderen identificeren met een hoog risico op verpleeghuisopname of overlijden, waardoor zij effectieve, proactieve zorg kunnen bieden aan deze kwetsbare groep.

65. Voordracht

Prognostische factoren van chronische buikpijn bij kinderen in de eerste lijn

L.A.A. Spee¹, Y. Lisman-van Leeuwen², M.A. Benninga³, S.M.A. Bierma-Zeinstra¹, M.Y. Berger²

¹ErasmusMC, ROTTERDAM, Nederland

²Universitair Medisch Centrum Groningen, GRONINGEN, Nederland

³Emma Kinderziekenhuis/ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

De huisarts ziet regelmatig kinderen met buikpijn. Bij sommigen wordt de buikpijn chronisch met impact op het dagelijks functioneren. Idealiter zou de huisarts deze kinderen vroegtijdig identificeren om zijn beleid hierop aan te passen. Er zijn echter weinig factoren bekend die chronische buikpijn voorspellen.

Onderzoeksvraag

Welke gegevens uit de anamnese tijdens de eerste presentatie aan de huisarts kunnen het bestaan van chronische buikpijn met impact op het dagelijks functioneren één jaar later voorspellen?

Methode

Prospectieve cohort studie van kinderen van 4 t/m 16 jaar die zich met een nieuwe episode van buikpijn aan de huisarts presenteren. Data werd verzameld met behulp van vragenlijsten. Met multivariabele logistische regressie werden prognostische factoren geïdentificeerd voor het hebben van chronische buikpijn één jaar later.

Resultaten

Er waren 283/305 (92.8%) geïncludeerde kinderen beschikbaar voor follow-up (gemiddelde leeftijd 8.3±2.9 jaar, 62.5% meisjes). Na één jaar had 39.2% chronische buikpijn. Positief voorspellende factoren voor chronische buikpijn één jaar later waren een leeftijd ≥ 10 jaar, 's nachts wakker worden van de buikpijn, aanwezigheid van meerdere somatisch onvoldoende verklaarde klachten en chronische buikpijn op moment van presentatie. Pijn in epigastrio was negatief voorspellend. Het risico op chronische buikpijn bedroeg 19.4% zonder en 65.5% met ≥ 3 prognostische factoren. Het onderscheidend vermogen van deze prognostische factoren was matig (area under curve=0.67) en verklaarden gezamenlijk 12% van de variatie in de uitkomstmaat.

Beschouwing

Met behulp van anamnestiche gegevens uit het eerste consult alleen is de huisarts niet in staat om de prognose van kinderen met buikpijn goed in te schatten.

66. Voordracht

Interventies bij frequente huisartsbezoekers in de eerstelijns: een systematische review

*D. Haroun, G. ter Riet, F.T. Smits, F. van Etten
Academisch Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Veel patiënten die hun huisarts exceptioneel vaak bezoeken hebben somatische- en psychische ziekten en emotionele- en sociale problemen. Deze frequente huisartsbezoekers (FB's) kosten hun huisarts disproportioneel veel tijd. Recent onderzoek toonde dat paniek, gegeneraliseerde angst, levensgebeurtenissen en ziektegedrag onafhankelijk geassocieerd zijn met FB. Interventies gericht op deze factoren zouden kwaliteit van leven, morbiditeit en het aantal consulten positief kunnen beïnvloeden.

Methode

Systematische review van interventies op FB's of hun behandelaars in de eerstelijns. Uitkomsten waren: kwaliteit van leven (KvL), morbiditeit en het aantal consulten. Een informatiespecialist maakte de zoekstrategie voor PubMed, Embase en CINAHL.

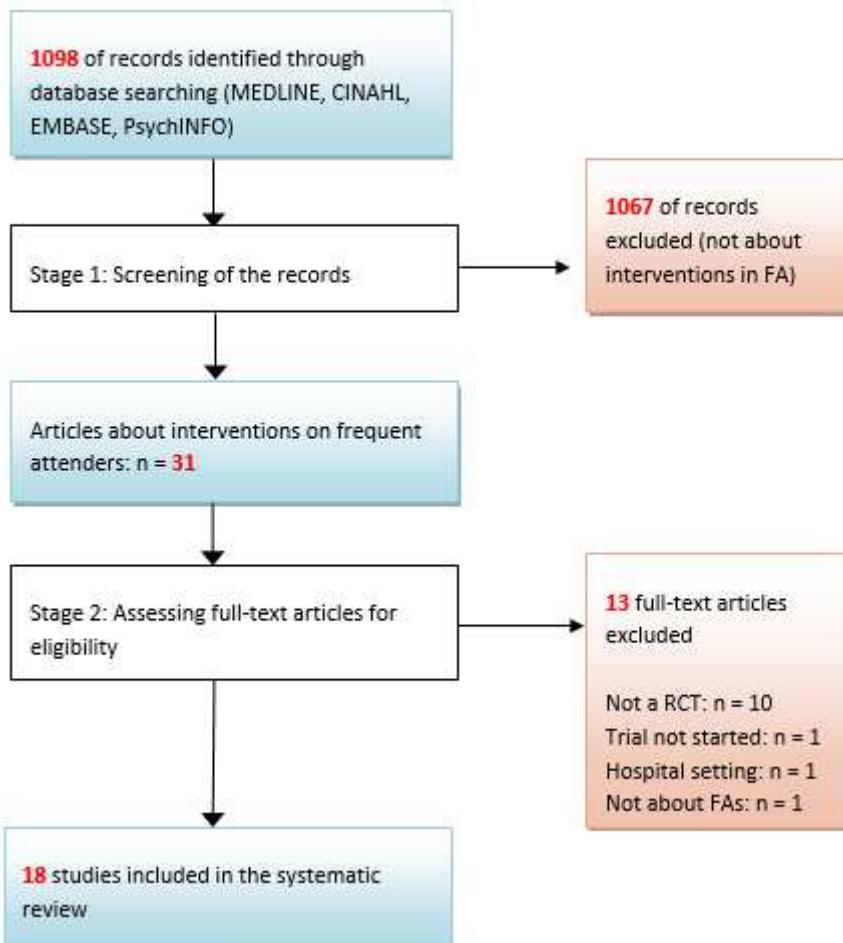
Resultaten

Achttien randomized trials voldeden aan de inclusiecriteria. Heterogeniteit qua patiëntpopulaties, interventies en uitkomstmaten verhinderden statistische pooling. In één methodologisch goed uitgevoerde studie (waarin huisartsen gezamenlijk FB's analyseerden) werd het aantal consulten succesvol verminderd (-5,08/jaar, $p < .001$). Hoewel twee studies bij depressieve FB's enigszins succesvol waren in het verminderen van depressie, hadden ze geen invloed op zorggebruik. In een studie bij FB's met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK), waarin o.a. cognitieve therapie werd toegepast verbeterde de KvL (SF36 Odds ratio 1,92, 95% BI:1,08-3,40) en de morbiditeit (CES-D 3,17, 95% BI:1,27-5,08).

Beschouwing

De evidentie rond werkzaamheid van interventies bij FB's in de eerstelijns is heterogeen. Gezamenlijke analyse door huisartsen van de beweegredenen voor frequent bezoek van de FB's en vaststellen van een gerichte aanpak is mogelijk effectief in het verlagen van de bezoekfrequentie. Cognitieve therapie bij FB's met SOLK verbetert mogelijk de KvL en verlaagt mogelijk morbiditeit. Meer studies naar interventies zou meer uitsluitsel kunnen geven.

Figure 1. Flow diagram: Selection of articles



Picture 1:
Selectie van artikelen

67. Voordracht

Het minimale klinisch relevante verschil van functieverlies bij ouderen, een prospectief cohort

*J.J.M. Suijker, M. van Rijn, E.P. Moll van Charante, S.E. de Rooij, B.M. Buurman
Academisch Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland*

Inleiding

Achteruitgang in (Instrumentele) Activiteiten van het Dagelijks Leven ((I)ADL) wordt in onderzoek en in de praktijk vaak gebruikt als uitkomstmaat. Het is onduidelijk welke achteruitgang in (I)ADL klinisch relevant is. Het Minimale Klinisch Relevante Verschil (MKRV) kan gedefinieerd worden als 'het kleinste verschil in score op een schaal die gemeten wordt, die patiënten ervaren als relevant'. De MKRV maakt het mogelijk om achteruitgang in (I)ADL functioneren te interpreteren.

Methode

De studie betreft een prospectief cohort onderzoek bij thuiswonende ouderen van 70 jaar en ouder. Ouderen met een terminale ziekte of met dementie werden geëxcludeerd. Bij aanvang van de studie en na 6 maanden werd middels een schriftelijke vragenlijst het (I)ADL functioneren gemeten m.b.v. de Katz-ADL index score en de IADL schaal van Lawton en Brody. De 'zelf-ervaren' achteruitgang in (I)ADL functioneren werd gebruikt als extern criterium. Het MKRV werd over een periode van 6 maanden op twee verschillende manieren berekend; de Gemiddelde Verschil Waarde (GVW) en het optimale afkappunt van Receiver Operating Characteristics (ROC) curve.

Resultaten

Er werden 2753 ouderen geïncludeerd met een gemiddelde leeftijd van 77.0 (\pm 5.8) jaar. De GVW was 0.80 en 0.81 punten voor respectievelijk ADL-, en IADL achteruitgang. Het optimale afkappunt van de ROC curve was 0.5 punten voor ADL en IADL achteruitgang bij een AUC van 0.69 (95% BI 0.63-0.76) voor ADL en 0.68 (95% BI 0.63-0.71) voor IADL achteruitgang.

Conclusie

Thuiswonende ouderen ervaren een achteruitgang in (I)ADL van minimaal 0.5 punten op de Katz-ADL index of de IADL schaal van Lawton en Brody als relevant.

68. Voordracht

De behandeling van pijn in de voorvoet bij oudere mensen; een RCT die een behandeling door de podotherapeut vergelijkt met het geven van een schoenadvies

B.C. van der Zwaard^{1, 2}, H.E. van der Horst¹, D.L. Knot³, B. Vanwanseele^{2,4}, P.J.M. Elders¹*

¹EMGO+ instituut, Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderen geneeskunde, VU medisch centrum, AMSTERDAM, Nederland

²Fontys Paramedische Hogeschool, EINDHOVEN, Nederland

³VU medisch centrum, EMGO+ Instituut, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, AMSTERDAM, Nederland

⁴KU Leuven, afdeling kinesologie, LEUVEN, België

Inleiding

Pijn in de voorvoet is een klacht die geregeld voorkomt in de huisartsenpraktijk. Onderbouwing van mogelijke behandelingen zijn echter schaars. Het doel van deze studie is om een podotherapeutische behandeling te vergelijken met een schoenadvies voor patiënten van 50 jaar en ouder met non-traumatische pijn in de voorvoet in de huisartsenpraktijk.

Methode

In deze RCT zijn patiënten met hinderende pijn in de voorvoet gerekruteerd in de huisartsenpraktijk. Exclusiecriteria: behandeling van de klacht in de voorgaande 6 maanden, reumatoïde artritis, diabetische neuropathie of een klacht die niet gerelateerd is aan het bewegingsapparaat (vb. wratten). Deelnemers kregen informatie over schoenen, dan wel een verwijzing naar de podotherapeut. Pijn in de voet, voetfunctie, algemene gezondheid en sociale participatie werden door middel van een vragenlijst een jaar lang elke drie maanden gemeten. De resultaten werden geanalyseerd met behulp van Multi-level analyse met de niveaus: (i) uitkomst variabele, (ii) het individu en (iii) de huisarts.

Resultaten

Er worden geen verschillen gevonden tussen de twee behandelmethoden. Beide behandelmethoden verminderen de hoeveelheid pijn en disfunctioneren van de voet over de tijd.

Conclusie

Deze studie toont aan dat het verschaffen van schoenadvies aan mensen die de huisarts consulteren met pijn in de voorvoet even effectief is als een verwijzing naar de podotherapeut. Gebaseerd op dit resultaat zouden huisartsen terughoudend moeten zijn met het verwijzen van deze patiënten naar een podotherapeut en zouden zij kunnen starten met het geven van informatie over goed passend schoeisel en schoeisel met goede functionele eigenschappen.

CAT's Nominaties

CAT 1

Laagmoleculaire heparines bij tromboflebitis

Sibrich Singelsma, Wouter de Ruijter, Antonette Smelt

LUMC, LEIDEN, Nederland

Inleiding

Bij een patiënt met een persisterende tromboflebitis van het onderbeen die ondanks NSAIDs niet opknapte adviseerde de internist om fraxiparine te starten. Dit leidde tot vermindering van de trombus en pijn. De vraag is of er een grotere rol moet komen voor laagmoleculaire heparines in de huidige behandeladviezen.

Onderzoeksvraag/PICO

Geeft behandeling van oppervlakkige tromboflebitis van het been met laagmoleculaire heparines betere reductie in pijn en trombuslengte dan behandeling met NSAIDs?

Methode/literatuursearch

We doorzochten de Cochrane Library met de Mesh terms "treatment" AND "superficial thrombophlebitis" en doorzochten PubMed met de zoektermen ("Heparin, Low-Molecular-Weight"[Mesh] AND "Thrombophlebitis/therapy"[Mesh]) AND "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal/therapeutic use"[Mesh]. Dit leverde uiteindelijk twee relevante RCT's op.

Resultaten

Beide RCT's waren dubbeldummy en dubbelblind gerandomiseerd.

Rathbun et al toonden na 14 dagen in de NSAID groep vier patiënten met toename van het trombus tegenover nul patiënten in de laagmoleculaire heparine groep ($p < 0,05$). Na drie maanden was dit verschil niet meer significant ($p = 0,51$).

In de STENOX RCT bleek de incidentie van DVT na 12 dagen niet significant groter in de placebogroep ($p = 0,37$) en de incidentie van oppervlakkige tromboflebitis was in beide groepen significant gedaald. Kans op toename of terugkeer van de tromboflebitis bleek na drie maanden niet verschillend in de behandelgroepen van beide RCT's en er werd geen verschil in ernstige complicaties gevonden.

Conclusies

Er is onvoldoende bewijs dat behandeling van een oppervlakkige tromboflebitis van het been met laag moleculaire heparines effectiever is dan behandeling met NSAIDs wat betreft vermindering van de trombuslengte en vermindering van pijn. Starten van heparines wordt in de huidige behandeladviezen niet aanbevolen. Geadviseerd wordt bij een persisterende tromboflebitis onderliggend lijden uit te laten sluiten.

CAT 2

Chronische jicht, allopurinol en profylaxe?

J. ter Schure

VUmc, AMSTERDAM, Nederland

Inleiding

Na het starten met urinezuur verlagende therapie (ULT) bij chronische jicht wordt een toename in het aantal acute jichtaanvallen gezien.

Onderzoeksvraag

Is het raadzaam –tijdelijk- profylaxe in combinatie met allopurinol te geven?

Methode/literatuursearch

Gezocht werd in PubMed, de Cochrane library en Trip database op 'gout', 'chronic gout', 'allopurinol' en 'prophylaxis'.

Resultaten

Er werd een relevante RCT, een reviewartikel en een post-hoc analyse gevonden. Borstad et al. verrichtte een RCT bij 43 patiënten, behandeld met allopurinol voor chronische jicht. De eerste groep ontving profylaxe met colchicine 2dd 0.6 mg, de tweede een placebo. Bij profylaxe met colchicine werden significant minder acute jichtaanvallen gezien en was er minder pijn tijdens jichtaanvallen. Een recente post-hoc analyse van drie medicatiestudies, opgezet voor het vergelijk van drie vormen van ULT, betrof 4101 jichtpatiënten. Profylaxe werd gegeven met naproxen 2dd 250 mg of colchicine 1dd 0.6 mg, ULT werd gegeven met febuxostat, allopurinol of een placebo. De eerste groep ontving 8 weken profylaxe en toonde nadien een piek in het aantal acute jichtaanvallen tot 40%, in de tweede groep met 6 maanden profylaxe was de aanvalsfrequentie $\leq 5\%$. Ernstige bijwerkingen waren er in beide studies niet. In de review van Schlesinger et al. wordt aanbeveling gedaan om in afwezigheid van contra-indicaties altijd met profylaxe te starten.

Conclusie

Na het starten met ULT wordt een toename van het aantal acute jichtaanvallen gezien. Het is zinvol ter preventie profylaxe te geven.

CAT 3

Intranasale toediening van een triptaan bij clusterhoofdpijn

Linda Schoots-Verkleij

UMC St Radboud, NIJMEGEN, Nederland

Vraagstelling

Clusterhoofdpijn is een ernstige vorm van hoofdpijn waarbij snelle en effectieve pijnstilling gewenst is. Gebruikersgemak is een belangrijke factor in de behandeling. De vraag is derhalve of een intranasaal toegediend triptaan even effectief is als een subcutaan toegediend triptaan.

Methode/literatuursearch

Er werd gezocht in de Cochrane Library en Pubmed. Het meest relevante en tevens meest recente artikel, een Cochrane Systematic Review, werd geselecteerd.

Resultaten

In de Cochrane Review zijn zes RCT's geïncludeerd, waarbij toediening van triptanen via verschillende toedieningswegen met placebo worden vergeleken. In de meta-analyse zijn de toedieningswegen onderling indirect vergeleken. Op de uitkomsten hoofdpijnvrij en hoofdpijnverlichting na 15 minuten wordt een statistisch significant en klinisch relevant verschil in effectiviteit gezien in het voordeel van subcutane toediening.

Bespreking

Het betreft een goed uitgevoerde review met kwalitatief goede geïncludeerde RCT's. Grootste beperking zijn de matig grote patiëntenaantallen in de studies en de indirecte vergelijking van de toedieningswegen. Het bewijs voor superioriteit van subcutane toediening ten opzichte van intranasale toediening wordt hierdoor enigszins verzwakt.

Conclusie

Bij een acute aanval van clusterhoofdpijn heeft intranasale toediening van een triptaan minder effect op verlichting van de pijn dan subcutane toediening. Het bewijs hiervoor wordt enigszins verzwakt door het ontbreken van een directe vergelijking van beide toedieningswegen. Voor meer zekerheid omtrent validiteit zou een studie gewenst zijn die beide toedieningswegen direct met elkaar vergelijkt. Bij het voorschrijven van een triptaan voor een acute aanval van clusterhoofdpijn heeft het kiezen

voor de subcutane toedieningsvorm een sterke voorkeur ten opzichte van de intranasale toedieningsvorm.

CAT 4

Bacteriële vaginose: Is vitamine C een goede behandeloptie?

Lenneke Jobse, Dorien Beijderwellen

Academisch Medisch Centrum/UvA, AMSTERDAM, Nederland

Vraagstelling

Hoeveel effectiever is vitamine C vergeleken met placebo in de behandeling van bacteriële vaginose (BV) in volwassen premenopauzale vrouwen met BV?

Methode/literatuursearch

In Pubmed hebben we in 'All Fields' de volgende search gedaan: (vaginal vitamin c OR vaginal vitamin c tablet) OR (bacterial vaginosis AND vaginal vitamin c).

Resultaten

Na screening op uitkomstmaten, taal en RCT blijven er van de 78 gevonden artikelen 2 relevante artikelen over.

Bespreking

Petersen et al. includeerden 100 patiënten met niet specifieke vaginitis (NSV). 50 patiënten werden behandeld met 250mg vaginale vitamine C en 50 patiënten kregen een placebotablet. Na 1 week was sprake van NSV bij 14% van de patiënten in de vitamine C groep, tegenover 35.7% in de placebogroep. Na 20 dagen was dit 21.7% vs 34.1%. Er werden in de vitamine C groep (niet-significant) minder klachten gerapporteerd, de visgeur was significant vaker verdwenen en er was een duidelijke vermindering van clue cells. Petersen et al. includeerden 277 vrouwen met klachten van bacteriële vaginose (BV). 141 vrouwen werden behandeld met 250mg vaginale vitamine C, 136 vrouwen kregen een placebo.

In de intention-to-treat analyse werd genezing bereikt bij 55.3% van de patiënten in de vitamine C groep en 25.7 in de placebogroep.

In de per-protocol populatie was dit 66.4% (77/116) vs 27.1% (32/118).

Conclusies

Beide studies tonen een duidelijk gunstig effect na een behandeling van bacteriële vaginose met vitamine C. Vitamine C lijkt een effectieve behandeling van bacteriële vaginose. Vergelijking in goede, onafhankelijke RCT's met andere therapieën zoals metronidazol is geïndiceerd.

ALFABETISCHE INDEX

Nr	Naam	Vl.	Titel	Pag.
43	Asselt, van	K.M.	Welke vragen stellen patiënten aan de chirurg na curatieve behandeling van darmkanker?	34
51	Bakker-van Gijssel	E.J.	Proactief risico management voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB)-een systematische review	40
23	Blijswijk, van	S.C.E.	Zelf gerapporteerde, belemmerende klachten door ouderen	20
47	Blom	J.W.	Ervaren problemen door mantelzorgers bij het zorgen voor ouderen met cognitieve problemen.	37
1	Boerman	L.M.	Cardiale disfunctie als lange termijn effect van de behandeling van borstkanker: de BLOC-studie	3
2	Boerman	L.M.	Lange-termijn follow-up voor cardiovasculaire ziekten na chemotherapie en of radiotherapie voor borstkanker in een ongeselecteerde populatie	3
44	Bolt	E.E.	Zorg op maat in de laatste levensfase	34
20	Bos-Touwen	I.D.	Zelfmanagement op maat: een kwalitatieve studie naar besliskundige processen bij verpleegkundigen	18
19	Brandenburg	D.	De rol van de huisarts tijdens curatieve behandeling voor darmkanker	17
59	Brink, van den	M.J.	De diagnostische waarde van transvaginale echografie in premenopauzale vrouwen met abnormaal uterien bloedverlies – een systematische review	45
22	Buchner	F.L.	Pilot stuurinformatie integrale zorg op wijk niveau in Utrecht (SIZU)	19
53	Donker	G.A.	Palliatieve sedatie in Nederlandse huisartspraktijken 2005-2012. Trends, redenen en betrokkenheid bij besluitvorming.	41
62	Drubbel	I.	Kosteneffectiviteitsanalyse van Om U: proactieve huisartsenzorg voor kwetsbare oudere patiënten	48
63	Drubbel	I.	Voorspellen van het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten voor thuiswonende ouderen met behulp van routinezorgdata uit het HIS	48
33	Duineveld	L.A.M.	Detectie van recidieven van coloncarcinoom tijdens nacontrole na curatieve behandeling; een retrospectieve studie	27
8	Dungen, van den	P.	De herkenning van cognitieve stoornissen bij ouderen door huisartsen	8
25	Eikelenboom	N.W.D.	SeMaS: een screeningstool voor het bieden van gepersonaliseerde zelfmanagementondersteuning	21
18	Groenenberg	I.	Het effect van uitnodigingsstrategieën op deelname aan het Preventieconsult van een multiculturele populatie met een lage sociaaleconomische status	16
66	Haroun	D.	Interventies bij frequente huisartsbezoekers in de eerstelijns: een systematische review	50
50	Heijden, van der	A.A.W.A.	Validatie van een model voor diabetische retinopathie screening op maat	39

31	Holtman	G.A.	Diagnostische testen voor chronische inflammatoire darmziekte bij kinderen in de eerste lijn, een systematische review en meta-analyse.	26
60	Holvast	F.	Eenzaamheid is een prognostisch ongunstige factor voor het beloop van depressie bij ouderen; een 2-jarig longitudinale analyse	46
30	Hout, van	W.	Osteoporose-preventie heeft geen prioriteit in de huisartsenpraktijk	25
15	Isfordink	L.M.	Zuurremming als mogelijke risicofactor voor metformine geassocieerde vitamine B12 deficiëntie	14
CAT 4	Jobse	L.	Bacteriële vaginose: Is vitamine C een goede behandeloptie?	55
17	Kappers	M.P.	Zorg door verpleegkundig specialist versus huisarts voor kinderen met luchtweginfecties: een systematische review	16
14	Kool	M.	Betrouwbaarheid van door ouders gerapporteerde alarmsymptomen bij kinderen met koorts op de huisartsenpost	13
57	Korevaar	J.C.	Huisartsencontacten bij kanker en bijkomende chronische ziektes	44
6	Kortekaas	M.F.	PINET: Een cluster-gerandomiseerd onderzoek naar de effecten van EBM onderwijs in de huisartsopleiding	6
7	Kortekaas	M.F.	Het meten van de toepassing van evidence-based practice in de huisartspraktijk	7
34	Kruis	A.L.	RECODE: de effectiviteit van geïntegreerde zorg voor COPD patiënten in de eerste lijn	28
52	Loenhout, van	J.A.F.	Herstel Q-koortspatiënten geleidelijk gedurende 24 maanden na diagnose	40
56	Loijmans	R.J.B.	Optimale onderhoudstherapie van astma om exacerbaties te voorkomen: een netwerk meta-analyse	43
11	Luijks	H.D.P.	COPD als comorbiditeit: impact op de instelling van nieuw gediagnosticeerde patiënten met diabetes. Een prospectieve observationele studie in de eerste lijn.	10
45	Maarsingh	O.R.	Voorspellers van duizeligheid bij ouderen: resultaten van prospectief cohortonderzoek gedurende 10 jaar	35
39	Marwijk, van	H.W.J.	“Het alleen zijn maakt me somber”: eenzaamheid bij ouderen met depressieve klachten	32
55	Mastebroek	M.	‘Er stond in de agenda dat ik naar de dokter moest’ - een kwalitatieve studie naar de uitwisseling van gezondheidsinformatie bij personen met verstandelijke beperkingen in de huisartspraktijk	42
61	Meijer	L.J.	Maatwerk in de behandeling van = 80 jaar met een mammacarcinoom, welke factoren bepalen het beredeneerd afwijken van de richtlijn?	47
49	Minnaard	M.C.	Het effect van C-reactive protein sneltesten op het voorschrijven van antibiotica voor patiënten met acuut hoesten in de huisartsenpraktijk	38
54	Ottenheijm	R.P.G.	Echografie bij schouderpijn behulpzaam bij een behandelplan op maat	42
37	Panman	C.M.C.R.	Effect van bekkenfysiotherapie en pessariumbehandeling bij een matig-ernstige genitale prolaps	30

28	Paulis	W.D.	Patiëntkenmerken van adolescenten met overgewicht en obesitas in Australische huisartspraktijken	24
29	Paulis	W.D.	Getrainde huisartsen brengen gezond eet- en beweggedrag in consulten met adolescenten vaker ter sprake; resultaten van een Australische RCT	24
9	Quaedflieg	S.	Voorspellende waarde van bloeddrukvariabiliteit voor negatieve klinische uitkomsten in verschillende leeftijdscategorieën en patiëntpopulaties	9
21	Quaedflieg	S.	Voorspellende waarde van bloeddrukvariabiliteit voor sterfte op zeer hoge leeftijd: de Leiden 85-plus Studie	18
58	Reitsma	P.M.	Patiënten van de ene huisartspraktijk houden vaker receptgeneesmiddelen over dan die van een andere praktijk	45
13	Riet, ter	G.	Prevalentie, 2-jaars stabiliteit en voorspellende waarde van multiple-trigger en episodisch viraal piepen in kleuters in de eerstelijns	13
41	Riet, ter	G.	Kosteneffectiviteit van systematische opsporing en behandeling van zeer frequent de huisarts bezoekende patiënten: Markov model Monte Carlo studie	33
16	Roorda-Lukkien	C.	Doelen van nacontrole bij borstkanker: percepties van patiënten	15
5	Rutte	A.	Prevalentie en Risicofactoren voor Seksuele Problemen bij Nederlandse Mannen en Vrouwen met Type 2 Diabetes	5
26	Schalkwijk	A.A.H.	Hoe organiseer ik als huisarts de zorg van het obese kind?	22
CAT 3	Schoots-Verkleij	L.	Intranasale toediening van een triptaan bij clusterhoofdpijn	54
CAT 2	Schure, ter	J.	Chronische jicht, allopurinol en profylaxe?	53
CAT 1	Singelsma	S.	Laagmoleculaire heparines bij tromboflebitis	53
38	Sinnige	E.J.	Veelvoorkomende ziekteclusters bij ouderen: Een eerste stap naar zorg op maat voor mensen met multimorbiditeit	31
12	Slieker	M.	De ontwikkeling van toetsingscriteria arts-patiënt communicatie bij Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Een Delphi-onderzoek.	11
32	Smits	F.T.M.	Waarom komen ze steeds weer terug? Psychosociale oorzaken van langdurig frequent bezoek aan de huisarts	27
65	Spee	L.A.A.	Prognostische factoren van chronische buikpijn bij kinderen in de eerste lijn	49
67	Suijker	J.J.	Het minimale klinisch relevante verschil van functieverlies bij ouderen, een prospectief cohort	51
24	Summeren, van	J.J.G.T.	De behandeldoelenschuif: een hulpmiddel om behandeldoelen van hoogbejaarde patiënten met multimorbiditeit te verhelderen	21

3	Teepe	J.	Herkennen van kinkhoest bij volwassenen die hoesten	4
4	Teepe	J.	Beloop van kinkhoest bij volwassenen	5
36	Veen	M.	Kwalitatief onderzoek naar het Uitwisselen van Ervaringen op de huisartsopleiding	30
46	Voort, van der	A.	Zorggebruik van patiënten met colorectaal carcinoom voorafgaand aan de diagnose	36
48	Verbiest-van Gurp	N.	Detectie en Diagnose van AtriumFibrilleren (D2AF)	37
40	Wiegersma	M.	Effect van bekkenfysiotherapie bij een milde genitale prolaps	32
27	Willeboordse	F.	Patiënt vragenlijst over medicatiegebruik en geneesmiddel gerelateerde problemen vanuit het patiëntenperspectief	23
10	Wind	J.	I-CARE studie: Improving Care After coloncanceR treatment; personalised care to Enhance quality of life	9
35	Wubbels	S.P.A.	Percutane Naald Fasciotomie (PNF) door de huisarts als behandeling voor Dupuytren-contracturen	29
68	Zwaard, van der	B.C.	De behandeling van pijn in de voorvoet bij oudere mensen; een RCT die een behandeling door de podotherapeut vergelijkt met het geven van een schoenadvies	52