

Posters staan in de ontvangstruimte gedurende de dag

1 - Een eenvoudige en bruikbare rekentool voor de diagnose van vroege-knieartrose in de huisartspraktijk

Jos Runhaar, Erasmus MC

Rationale

Een vroege diagnose van knieartrose zou kunnen bijdragen aan de effectiviteit van conservatieve behandelingen. De behandeling kan dan worden gestart als de pijn nog niet chronisch is en fysieke beperkingen het dagelijks functioneren van de patiënt nog niet ernstig beperken.

Onderzoeksvraag

Kunnen we het mathematische diagnostische model voor vroege-knieartrose omzetten in een bruikbare rekentool?

Methode

Het diagnostische CREDO model met enkel demografische, zelf-gerapporteerde en lichamelijk onderzoek items (Wang et al. 2022) had goede interne en externe validiteit voor de diagnose van vroege-knieartrose (positief voorspellende waarde van 84%), met de ontwikkeling van klinisch-relevante knieartrose binnen 5 tot 10 jaar als referentie standaard. Voor de ontwikkeling van de rekentool zijn, op basis van de associatie met de referentie standaard, punten toebedeeld aan ieder item. De rekentool is vervolgens toegepast in het cohort van patiënten tussen de 45 en 65 jaar die voor het eerst consulteren voor knieklachten (CHECK studie), waarin het diagnostische model ook werd ontwikkeld. Middels de Youden-index werd het optimale afkappunt van de rekentool (hoogste combinatie sensitiviteit en specificiteit) voor de diagnose van vroege-knieartrose bepaald.

Resultaten

Op basis van zeven items kan een score van 0-12 worden berekend (zie tabel). De rekentool had een redelijke accuratesse (AUC 0.733). Een afkappunt van ≥ 5 had een positief en negatief voorspellende waarde van 62% en 71%.

Conclusie

Een simpele rekentool kan huisartsen helpen bij het diagnosticeren van vroege-knieartrose, op basis van enkele eenvoudig te verkrijgen items uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Op basis van deze diagnose kan de patiënt tijdig worden voorgelicht en kunnen conservatieve behandelingen worden overwogen.

2 - Impact van AI-consultregistratie op efficiëntie, kwaliteit en werkplezier in de huisartspraktijk: pre-post test voor wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsverbetering

Anne Loohuis, UMCG

Rationale

De werkdruk en administratielast in de huisartspraktijk zijn hoog, wat zowel de zorgcapaciteit als het werkplezier van professionals negatief beïnvloedt. Verwachting van verbetering door AI-ondersteunde consultadministratie is hoog en het wordt al veel gebruikt in de praktijk, maar de impact is nog niet goed onderzocht. Juist door evaluatie in de praktijk is het mogelijk om de toegevoegde waarde van de innovatie en belangrijke handvatten voor optimale implementatie vast te stellen.

Onderzoeksvraag

Wat is de impact van AI-ondersteunde consultadministratie op efficiëntie, kwaliteit en het werkplezier in de huisartspraktijk en wat is belangrijk voor kwaliteitsverbetering?

Methode

Dit is een pre-post mixed-methods studie gericht op kwaliteitsverbetering. Het is onderdeel van participatief actieonderzoek in Drenthe, waarin cyclische en systematische implementatie en evaluatie van digitale innovaties in huisartspraktijken plaatsvindt. Dataverzameling voor deze studie vond plaats tussen januari en mei 2025. Huisartsen en praktijkondersteuners maakten gebruik van AI-software Spraakherkenning en Samenvatten. Kwantitatieve uitkomsten zijn verschillen in percentage administratietijd en aantal besproken hulpvragen, bijgehouden met registratielijsten voor en tijdens gebruik van de software en geanalyseerd middels lineaire regressie. Kwalitatieve uitkomsten zijn verwachtingen en ervaringen van zorgverleners via ingevulde online vragenlijsten. Tussentijds vond er afstemming plaats tussen stakeholders. Afrondend vormden stakeholders tijdens een online resultaatpresentatie vervolgacties voor verdere ontwikkeling en implementatie.

Resultaten (preliminary, in september bekend)

Beschrijving van karakteristieken van deelnemers. De verschillen in efficiëntie en de verwachtingen en ervaringen van de zorgverleners. De beschrijving van vervolgacties die de stakeholders vormden aan de hand van de resultaatbespreking.

Conclusie

Deze evaluatie geeft inzicht in de impact van AI-ondersteunde consultadministratie op de huisartsgeneeskundige zorg. Het geeft handvatten voor verbetering van de innovatie en verfijning van implementatie in de dagelijkse praktijk. Het cyclische proces van implementatie en evaluatie ter kwaliteitsverbetering, uitgevoerd met de stakeholders in het systeem, leidt tot optimale inzet van digitale innovaties in de spreekkamer van de huisarts.

3 - Welke communicatievorm en -inhoud is passend voor het informeren van patiënten over digitalisering van hun huisartsenpraktijk: exploratie in een kwalitatief vragenlijstonderzoek

Anne Loohuis, UMCG

Rationale

In huisartspraktijken vindt veel digitale innovatie plaats en patiënten zijn een essentiële stakeholder in implementatie hiervan. Vaak worden innovaties goed binnen de praktijk gecommuniceerd en blijft communicatie richting patiënten oppervlakkig. Passende communicatie richting patiënten over de digitale ontwikkeling in de praktijk is belangrijk voor optimaal gebruik. Met meer inzicht in de wensen en zorgen van patiënten over de inhoud en communicatievorm, is het mogelijk passende communicatiestrategieën te vormen. Dit kan bijdragen aan het tijdig aankaarten van bestaande barrières en het meenemen van patiënten in het implementatieproces.

Onderzoeksvraag

Welke communicatievorm en -inhoud zijn relevant voor het succesvol informeren van patiënten over digitalisering in de huisartsenpraktijk?

Methode

De studie is onderdeel van participatief actieonderzoek in Drenthe, waarin cyclische en systematische implementatie en evaluatie van digitale innovaties in huisartspraktijken plaatsvindt. Dit is een kwalitatieve online vragenlijststudie. In 2024 werden patiënten tussen 40 en 60 jaar uit de keten chronische zorg geworven tijdens een consult of via email. De vragenlijst bestond uit vijf open vragen over hun wensen en zorgen rondom toekomstige digitalisering in hun praktijk en de manier waarop zij daarover geïnformeerd willen worden. De antwoorden worden geanalyseerd door middel van template analysis in voorjaar 2025.

Resultaten (preliminary)

22 Patiënten namen deel, waarvan 41% vrouw met gemiddelde leeftijd 56 (6.6 SD) jaar. Patiënten wensen de communicatie zowel digitaal als analoog als persoonlijk.

Informatie moet begrijpelijk en eenvoudig zijn. De gewenste inhoud is een balans tussen informeren over voordelen en daarnaast het ondervangen van barrières als privacy, inlogprocedures, inclusiviteit, bereikbaarheid en kwaliteit van zorg.

Conclusie

Bij digitale innovatie in een huisartsenpraktijk hoort passende communicatie richting patiënten. Door in vorm en inhoud aan te sluiten bij de patiënt is het mogelijk barrières tijdig aan te kaarten. Zo kan passende communicatie mogelijk bijdragen aan succesvolle implementatie van digitale innovaties in de praktijk.

4 - Wetenschappelijk bewezen app voor urineverlies bij vrouwen (URinControl-app): net zo effectief in de real-world setting?

Anne Loohuis, UMCG

Rationale

Een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek toonde eerder aan dat de URinControl-app behandeling voor urineverlies bij vrouwen een kosteneffectief alternatief is voor standaardzorg. De ernst van urineverlies verbeterde gemiddeld bij deze vrouwen met een klinisch relevant verschil. De app is sinds 2021 gratis beschikbaar en al 30,000 keer gedownload. Maar wat is het effect van de app in de "echte wereld"-setting, nu deze gratis beschikbaar is voor elke vrouw in de app store. Is deze net zo effectief als in eerder gerandomiseerd onderzoek? En welke patiënt factoren dragen bij aan effectiviteit?

Onderzoeksvraag

Wat is de effectiviteit van de URinControl-app-behandeling in de "echte wereld"-setting op de ernst van urine-incontinentie na 6 weken?

Methode

Dit is onderdeel van de implementatiecampagne URinControl-4All, lopend van 2023 tot 2025. Deze analyse van app-downloads tussen 2021 en maart 2025. Het betreft een pre- en postmeting van 2 online vragenlijsten in de URinControl-app na een behandelperiode van 6 weken. De eerste vragenlijst is de ICIQ-UI-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form) en de andere, de PGI-I (Patients Global Impression of Improvement for Incontinence). Bij downloaden is er een optie om bij te dragen aan onderzoek en kunnen vrouwen ervoor kiezen om ook meer persoonskenmerken te delen. Analyses vinden plaats middels lineaire regressie.

Resultaten

Meer dan 30,000 vrouwen hebben de app gedownload. Analyse van verschilscores van ernst van incontinentie en de PGI-I vindt plaats in de zomer van 2025. Ze zijn ten tijde van het NHG wetenschap congres gereed.

Conclusie

Deze data geven meer inzicht in de effectiviteit van de wetenschappelijk bewezen URinControl app in de real-world setting. Dit onderzoek biedt mogelijkheden om de app te verbeteren of mogelijk te individualiseren voor een groter positief behandel effect.

5 - Implementatieonderzoek naar URinControl app-behandeling voor urineverlies: Wat is het effect en bereik van de verschillende implementatiestrategieën?

Susanne Velthuijs, UMCG

Onderbouwing

Eerder onderzoek toonde aan dat de URinControl-app een kosteneffectieve behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen is. De app is laagdrempelig, privé en ervaringen van gebruikers zijn positief. Sinds 2021 is de app beschikbaar en zichtbaar op thuisarts.nl, met een gestaag aantal downloads. Echter zonder implementatie is de app nog geen vast onderdeel van zorg. Belangrijk bij deze, en andere evidence-based apps, is om inzicht te krijgen in passende en effectieve implementatiestrategieën.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van verschillende implementatiestrategieën voor het vergroten van bereik van de URinControl-app?

Methode

In 2023 startte de implementatiecampagne URinControl-4All. Van oktober 2023 tot maart 2025 werden implementatie strategieën gevormd en uitgerold op regionaal en landelijk niveau. Doelen waren het vergroten van maatschappelijke bekendheid en implementatie in bestaande zorgpaden. Deze studie is een mixed-methods onderzoek, kijkend naar de aantallen en ervaringen van implementatiestrategieën.

Implementatieacties werden in de tijd in kaart gebracht, de downloads van de app per bron worden vervolgens gerelateerd aan de tijdslijn. Daarnaast vond kwalitatief onderzoek plaats onder ambassadeurs door middel van een onlinevragenlijst, voor meer inzicht in ervaringen van de verschillende implementatiemethodes.

Resultaten

De preliminaire resultaten toont een totaaloverzicht van het aantal downloads, al meer dan 32.00. Er volgt een overzicht van implementatiestrategieën in de tijd en van het

aantal downloads per gegroepeerde strategie. Daarnaast is er een inzicht in ervaringen van ambassadeurs.

Conclusie

Voor optimalisatie van implementatie van een app voor urineverlies is het vervolgen van de methode waarmee patiënten in contact komen met de app van belang. Middels de evaluatie van ambassadeurs kunnen implementatie methodes worden geoptimaliseerd.

6 - Wat als... je wist welke patiënten proactieve palliatieve zorg nodig hebben?

Eva Bolt, Amsterdam UMC

Rationale

Hoewel vroege en proactieve palliatieve zorg leidt tot betere kwaliteit van leven en minder overbehandeling, wordt het vaak te laat gestart.

Onderzoeksvraag

Leidt identificatie van patiënten met mogelijke palliatieve zorgbehoeften en registratie in een palliatief zorgregister in de huisartsenpraktijk tot betere kwaliteit van palliatieve zorg gedurende 6 maanden?

Primaire uitkomstmaat: een gedocumenteerd gesprek over levenseindewensen

Secundaire uitkomstmaten: inventarisatie van zorgbehoeften op meerdere domeinen, notitie van contactpersoon, medicatiesanering, opstarten/opschalen van thuiszorg, geen SEH-bezoeken, geen ziekenhuisopnames en overlijden in thuissetting.

Methode

Setting: 9 huisartsenpraktijken.

Populatie: Na een voorselectie o.b.v. ICPC codes van patiënten met hoog risico op palliatieve zorgbehoeften (conform PaTz), selecteerden de POH en de huisarts (in 6 interventiepraktijken) of de huisarts-onderzoeker (in 3 controlepraktijken) patiënten voor het palliatief zorgregister (met de surprise question en/of SPICT). Interventiepraktijken ontvingen het palliatief zorgregister en een overzicht van adviezen over proactieve palliatieve zorg. Controlepraktijken kregen het palliatief zorgregister niet te zien.

Dataverzameling: Bij de start en na 6 maanden, uit huisartsendossiers.

De deelnemende huisartsen en POH's werden geïnterviewd over hun ervaringen.

Resultaten

De voorselectie selecteerde 11,2% van de populatie als hoog-risicogroep (spreiding 6,2-17,6%, n=4.686). Hiervan werd 18,1% door de praktijken geselecteerd voor het palliatief zorgregister (spreiding 8,5-43,1%, n=644). Er was geen significant verschil tussen

interventie- en controlepraktijken op primaire en secundaire uitkomstmaten. Er waren grote verschillen tussen praktijken in selectiewijze en in gebruik van het zorgregister. De geïnterviewde POH's en huisartsen vonden de selectiemethode te tijdsintensief en gaven aan dat ze door tijdgebrek en onvoldoende samenwerking hun beoogde doelen niet hadden bereikt.

Conclusie

De huidige voorselectietool is weinig specifiek, daardoor is het selectieproces te tijdsintensief. Een specifiekere voorselectietool kan tijdige identificatie van patiënten met palliatieve zorgbehoeften in de huisartsenpraktijk vergemakkelijken. Echter, identificatie alleen is niet genoeg om de zorg voor deze patiënten te verbeteren. Hiervoor is samenwerking, prioritering en tijdsinvestering nodig.

7 - De waarde van een casemanager bij de begeleiding van post-covid patiënten

Marcia Spoelder-Merckens, Radboudumc

Rationale/onderbouwing

Post-COVID, ofwel aanhoudende klachten na een COVID-19 besmetting, betreft een complex ziektebeeld wat sterk kan variëren in klachtenpatroon en ernst. Een doorverwijzing naar één medisch specialist, paramedicus of sociaal werker blijkt vaak niet voldoende. In de regio Nijmegen zijn patiënten met complexe post-COVID problematiek via de huisarts doorverwezen naar het zorgpad post-COVID, waarna een casemanager de begeleiding en doorverwijzingen naar de juiste zorgverlener(s) overneemt.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de concreet uitgevoerde taken en tijdsbesteding van de casemanager post-COVID? Hoe is het verloop geweest van de symptomatologie en de kwaliteit van leven gedurende het zorgpad en de hermeting één jaar na het beëindigen van het zorgpad?

Methode

Het aangeboden zorgpad van 6 maanden bevat online vragenlijsten, een uitgebreide intake, interprofessioneel overleg (IPO), de siilo app en minimaal twee evaluatiemomenten. Het zorgpad is wetenschappelijk geëvalueerd op het aantal verwijzingen en IPO's, de ingeschakelde zorgverleners, wachttijden, de tijdsregistratie van de casemanagers, en de symptomatologie van de patiënt over de tijd (middels repeated-measures ANOVA's).

Resultaten

De ergotherapeut was de meest ingeschakelde zorgverlener, daaropvolgend de fysiotherapeut, psycholoog, logopedist en diëtist. Veelal werden 2 tot 3 zorgverleners

ingezet. De casemanager besteed gemiddeld 5.3 uur/patiënt, waarvan 46% aan direct patiëntcontact en 40% voorbereidings- en organisatietijd. Op groepsniveau daalde vrijwel alle klachten (o.a. vermoeidheid, pijn, benauwdheid, cognitieve problemen) over de tijd in de statistische analyses. Echter, analyse van de klinische relevantie laat zien dat de patiëntengroep nog substantieel veel klachten ervaart na 6 maanden. Significante verbetering van de kwaliteit van leven werd met name bereikt doordat patiënten aangaven meer te kunnen deelnemen aan dagelijkse activiteiten (gezin, huishouden, werk).

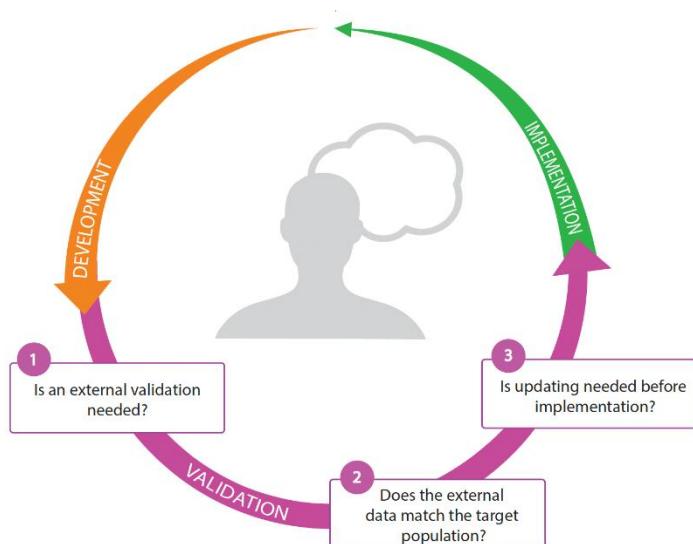
Conclusie

De patiëntengroep ervaart ernstige gezondheidsklachten waarvoor erkenning, ondersteuning, hulp en behandeling noodzakelijk is. De casemanager ontlast de huisarts, de patiënt en het gezin door regie te pakken in de coördinatie zodat er ook daadwerkelijk goede zorg gegeven kan worden.

8 - Een 'gevalideerd' voorspelmodel bestaat niet: drie misvattingen

Hannah la Roi-Teeuw, UMC Utrecht, Julius Centrum

Klinische predictiemodellen voorspellen kansen op gezondheidsuitkomsten. Deze informatie ondersteunt onder andere (shared) decision making in de huisartspraktijk. Helaas bereikt de meerderheid van de ontwikkelde voorspelmodellen nooit de spreekkamer. Vaak wordt gewezen op het grootschalige gebrek aan externe validatie van predictiemodellen als oorzaak hiervoor. Hoewel wij externe validatie in het algemeen sterk aanbevelen, betogen wij dat een externe validatie studie in veel gevallen niet noodzakelijk is, of juist niet voldoende, voor implementatie van een voorspelmodel in de praktijk. De term 'gevalideerd model' is op zichzelf nietszeggend! We verduidelijken dit aan de hand van drie veelvoorkomende misvattingen over externe validatie. Zo betwisten wij dat externe validatie altijd nodig is. Verder bestaat er geen 'beste' standaard onderzoeksoptzet voor een externe validatie studie, en zijn er soms juist meerdere externe validaties nodig. Deze poster – gebaseerd op ons onlangs gepubliceerde artikel – helpt huisartsen en onderzoekers om wetenschappelijke externe validatie studies te ontwerpen, interpreteren en op waarde te schatten.



9 - Zorgpad bij patiënten die contact opnemen met de huisartsenpost voor hartfalen

Anne Nelissen, UMC Utrecht, Julius Centrum

Rationale

Hartfalen (HF) is een veelvoorkomende en ernstige aandoening met hoge morbiditeit en mortaliteit. Ondanks vooruitgang in medische behandelopties blijft de prognose slecht. Er is weinig bekend over het beloop als patiënten met HF contact opnemen met de huisartsenpost (HAP).

Onderzoeksvraag en Methode

De Opticall database werd gebruikt: een cohort van patiënten die wegens kortademigheid contact hebben opgenomen met de HAP in de periode 2020-2021. Wij analyseerden de gegevens van patiënten waar hartfalen de onderliggende oorzaak was en beschreven de karakteristieken van deze patiënten en de medische vervolgstappen die gezet zijn.

Resultaten

102 patiënten werden geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 79,6 jaar ($\pm 11,1$) en 47,1% was man. Bij 78,9% was het niet de patiënt zelf die initieel belde. Zevenveertig (50,5%) patiënten kregen een hoge urgentie (U1 of U2) toegewezen en 46 (49,5%) een lage urgentie (U3-U5). Tien (9,8%) patiënten werden direct naar de spoedeisende hulp verwezen zonder een huisarts te zien. De overige 92 patiënten (92%) werden beoordeeld door de huisarts op de HAP: 62 (60,8%) kreeg een huisbezoek van de huisarts, 15 werd op de HAP gezien door de huisarts en bij 15 was er alleen een telefonisch consult. Van de 92 patiënten die op de HAP werden gezien, werden 41 (42%) verwezen naar de spoedeisende hulp na een eerste beoordeling van de huisarts. In de overige 51 patiënten

werd bij 67% een lisdiureticum gestart of opgehoogd. Van de 51 verwezen patiënten (10 direct en 41 na beoordeling van de huisarts) werd 41 (80%) opgenomen. De totale sterfte binnen zes maanden was 32,3%.

Conclusie

Patiënten met hartfalen die wegens kortademigheid de HAP bellen zijn kwetsbaar en lopen een hoog risico op ziekenhuisopname en vroegtijdig overlijden. Het is goed dat er meer aandacht komt voor deze kwetsbare groep in verder onderzoek.

10 - Meer dan Meten: Wetenschap én Ervaring in het Gesprek over Vitaliteit in de Huisartspraktijk

Ellen Ricke, Amsterdam UMC

Rationale

De vitaliteit van huisartsen en hun teams is essentieel voor hoogwaardige patiëntenzorg. Toenemende burn-outcijfers tonen de noodzaak van proactieve interventies. De WellNext Scan, een gevalideerd instrument dat oorspronkelijk is ontwikkeld voor ziekenhuizen, meet vitaliteit en identificeert organisatorische, culturele en individuele beïnvloedende factoren. Hoewel data inzicht bieden, ontstaat duurzame verandering pas door betekenisvolle teamgesprekken over werkcultuur en gedeelde verantwoordelijkheid voor vitaliteit.

Doel

Deze studie onderzoekt de aanpassing, implementatie en disseminatie van de WellNext Scan in huisartspraktijken. Het doel is niet alleen om vitaliteit te meten, maar ook om teamreflectie en actie te structureren.

Methode

Met een participatieve aanpak werd de WellNext Scan aangepast voor gebruik in huisartspraktijken via focusgroepen met stakeholders zoals huisartsen, coaches en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Ook werd de taal aangepast naar B1-niveau om toegankelijkheid te garanderen. Daarnaast is een gestructureerd gesprekskader, de RoadMap, ontwikkeld om teams te begeleiden bij het interpreteren van de resultaten en het starten van gesprekken over werkgerelateerde vitaliteit.

Resultaten & discussie

De WellNext Scan voor huisartspraktijken biedt inzicht in vitaliteit op teamniveau. Toch leidt data op zichzelf niet tot verandering—het teamgesprek is cruciaal. Met de RoadMap en een coach, voeren teams betekenisvolle gesprekken die bijdragen aan psychologische veiligheid, teamcohesie en gedeelde verantwoordelijkheid. De kracht van deze aanpak ligt in het gezamenlijke leerproces omdat het teams helpt resultaten te

interpreteren, ervaringen te delen en praktische strategieën te ontwikkelen die aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Deze studie laat zien hoe de balans tussen wetenschappelijke meting en praktijkgerichte reflectie duurzame verbeteringen in de vitaliteit binnen de huisartsenzorg kan stimuleren.

Conclusie

De implementatie van de WellNext Scan in de huisartspraktijk verschuift de focus van passieve data naar actieve teambetrokkenheid en laat zien dat vitaliteit niet alleen wordt verbeterd door meten, maar vooral door het gesprek dat daarop volgt.

11 - De toepassing van een theoretisch raamwerk voor interprofessioneel teamleiderschap in de dagelijkse praktijk. Lessen uit het Primus inter Pares programma

Anneke van Dijk, Universiteit Maastricht

Introductie en onderzoeksvraag

De toenemende zorg voor thuiswonende ouderen met een complexe zorgvraag vraagt om interprofessionele samenwerking. Om deze samenwerking efficiënt en duurzaam in te richten, is leiderschap nodig. Een theoretisch raamwerk over informeel leiderschap in eerstelijnszorg teams onderscheidt vier leiderschapsrollen: een initiator, visionair, tutor en overzichtsbewaarder. De vraag is hoe teams in de eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen dit raamwerk toepassen en welke rol de huisarts hierin speelt.

Methode

In een participatief actieonderzoek zijn in 2024 vijf eerstelijnszorgteams in Limburg gestart met het tweejarig 'Primus inter Pares-programma'. Dit programma bestaat uit vijf gezamenlijke interactieve sessies, acht individuele teambijeenkomsten en acht onlinegesprekken tussen de deelnemende huisartsen. In het programma krijgen teams handvatten om de leiderschapsrollen toe te passen in hun eigen context, gericht op het versterken van de interprofessionele samenwerking. De teams worden gedurende de looptijd van het programma gevolgd via observaties en vragenlijsten. De evaluatie richt zich op de ontwikkeling van de samenwerking en de rol van de huisarts in het teamleiderschap.

Resultaten

Op dit moment, maart 2025, hebben drie van de vijf plenaire bijeenkomsten plaatsgevonden. De interprofessionele eerstelijnszorgteams, divers qua samenstelling en lokale context, nemen dankzij het Primus inter Pares programma tijd voor reflectie op hun samenwerking. Hier volgen allerlei acties op, met name gericht op verdere kennismaking en het concreet maken van afspraken. Huisartsen hebben een

beslissende stem in het komen tot gezamenlijke afspraken. Het denken vanuit de vier leiderschapsrollen blijkt voor de teams ingewikkeld.

Conclusie

Het 'Primus inter Pares-programma' faciliteert dat interprofessionele teams regelmatig reflecteren op de samenwerking. Om de vertaalslag te maken van leiderschapsrollen naar dagelijkse praktijk, hebben eerstelijnszorgteams baat bij een handreiking waarmee concreet invulling kan worden gegeven aan de teamspirit, een gezamenlijke visie, het leerklimaat en de spelregels van samenwerking. De huisarts speelt een cruciale rol als overzichtsbeewaarder.

12 - APPLE: Anthropological Project for strengthening Prevention and Lifestyle counseling in primary care

Susanne Boers, Amarant Huisartsen

Inleiding

Ondanks voldoende kennis over en aanbod voor leefstijlverbetering laten statistieken zien dat het naleven van een 'gezonde leefstijl' voor veel mensen ingewikkeld is. Er is een kloof tussen 'weten' en 'doen': tussen het onderschrijven en in de praktijk brengen van een 'gezonde leefstijl'.

Huisartsen hebben een belangrijke rol in leefstijladvisering, het verwijzen naar leefstijlinterventies en de samenwerking met wijkprofessionals.

Deze kloof willen wij in dit vierjarige project (start 1-12-2023) begrijpen om leefstijladvisering in de huisartspraktijk te versterken.

Onderzoeksvraag

Wat is de huidige praktijk van het geven van leefstijl(adviezen) tijdens consulten van huisartsen en POH in Kampen?

Methode

We observeerden spreekuren van huisartsen en POH (n=20) om te leren over de plek van leefstijladvies in de huidige zorgpraktijk.

Resultaat

In de geobserveerde consulten (n=25) met POH kwam leefstijl altijd ter sprake. In de consulten met de huisarts (n=80) gebeurde dit in slechts 20% van de consulten (n=20), terwijl leefstijl in 50% van de gevallen wel relevant werd geacht in relatie tot de klacht van de patiënt. Patiënten brengen leefstijl zelden zelf ter sprake, noch bij de POH, noch bij de huisarts. Daarnaast wordt er nauwelijks actief geëxploreerd naar leefstijlfactoren of de bredere context van de patiënt, zoals diens wensen, voorkeuren en de relevantie

van leefstijlaanpassingen. Ook wordt zelden toegelicht waarom leefstijl vanuit een medisch gezondheidsperspectief relevant is.

Conclusie

Naar leefstijlonderwerpen wordt regelmatig (door huisartsen) of altijd (door POH) gevraagd. Leefstijladviezen worden nauwelijks gegeven, laat staan concrete en duidelijke adviezen of een vorm van monitoring om gedragsverandering te stimuleren. Hoewel de eerstelijnszorg het belang van een gezonde leefstijl benadrukt, wordt er in de dagelijkse zorgpraktijk (consulten) weinig concrete leefstijladviezen gegeven.

13 - Passende eerstelijnszorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychosociale problemen: tussen wens en werkelijkheid?

Iris Linden, Maastricht University

Introductie

Huisartsen zien steeds meer patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) en psychische problemen. Ongeveer 6,4% van de Nederlandse bevolking heeft een LVB en is kwetsbaarder voor stressvolle gebeurtenissen en sociaal-economische uitdagingen, wat kan leiden tot psychische problemen. Huisartsen voelen zich vaak onvoldoende toegerust om passende zorg te bieden, wat kan resulteren in ernstige of chronische psychosociale problemen. Om zorg voor deze groep te verbeteren is inzicht in de ervaringen en behoeften van eerstelijnszorgverleners die deze zorg verlenen cruciaal.

Methoden

In de regio Zuid-Limburg werden semi-gestructureerde trio-interviews gehouden met huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten. Deelnemers bespraken hun ervaringen met passende zorg voor mensen met een LVB en psychische problemen, evenals de ervaren barrières en succesfactoren. Transcripten werden geanalyseerd via thematische analyse.

Resultaten

Tien trio-interviews, met 10 huisartsen, 7 praktijkondersteuners en 6 doktersassistenten lieten vier thema's zien die de behoeften en ervaren complexiteit van het bieden van passende zorg voor patiënten met LVB en een psychosociale hulpvraag weergeven: (1) gebrekkige herkenning en inconsistente registratie van LVB, (2) het belang en de complexiteit van begrijpelijk communiceren met een patiënt met LVB en zijn naasten (3) het belang van goede samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners en de geestelijke gezondheidszorg en het sociale domein, (4) ervaren gebrek aan toegang tot passende zorg voor patiënten met LVB.

Conclusie

Eerstelijnszorgverleners ervaren passende zorg bieden voor patiënten met LVB en psychosociale problemen als complex. Aandacht voor herkenning van LVB, begrijpelijk communiceren, verbeterde samenwerking tussen de eerste lijn en GGZ of het sociale domein en toegang tot zorg zijn essentieel om de zorg voor patiënten met LVB te verbeteren. Om meer inzicht te krijgen in de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en andere betrokken stakeholders worden aanvullende interviews gehouden met o.a. AVG-artsen, psychologen en zorgverleners uit het sociale domein.

14 - Chinezen in Nederland: over acculturatie en het duiden van depressieve klachten

Fenglian Hu, Pro Persona

Rationale

Chinezen met migratieachtergrond in Nederland voelen zich minder vaak gelukkig, ervaren vaker gezondheidsproblemen en maken minder gebruik van de GGZ in vergelijking met de autochtone bevolking². Dit kan komen door slechtere toegankelijkheid, onder andere door een gebrek aan kennis van de Nederlandse taal of GGZ^{1,3,4,6,7}. Of de mate van culturele identificatie (acculturatie) hierin ook een rol speelt, is in Nederland nauwelijks bekend^{1,5}.

Onderzoeksvraag

Dit onderzoek verkent of culturele identificatie bij Chinese mensen samenhangt met het herkennen van depressieve klachten en hun manier van hulp zoeken.

Methode

Een online vragenlijst werd ontwikkeld en geworven via sneeuwbalmethode in eigen netwerk en sociale media (jan 2024). Om de mate van acculturatie te bepalen, is gebruikgemaakt van de acculturatiescore van de Suinn-Lew-ASIA-vragenlijst⁵. De deelnemers kregen een depressie-vignet³ voorgelegd en konden hun beste optie kiezen uit een reeks verklaringen en behulpzame personen.

Resultaten

126 deelnemers (37%) hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Ze zijn ingedeeld in een Chinese groep (N=76) met lage acculturatiescore en een bi-culturele groep (N=50) met hoge acculturatiescore. Er is een significante samenhang: hoe hoger de acculturatiescore, hoe vaker 'depressie' wordt gekozen als beste verklaring voor de depressieve klachten (figuur 1, logistisch regressieanalyse $p < 0.004$). De Chinese groep met lage acculturatiescore kiest significant vaker voor 'stress' als verklaring (figuur 2,

$\chi^2 p=0.006$). Daarnaast kiest de Chinese groep significant vaker voor de 'huisarts' als meest behulpzame persoon, terwijl de bi-culturele groep vaker de 'psychiater' en 'psycholoog' kiest (figuur 3, $\chi^2 p=0.005$).

Conclusie

Chinezen met een meer Chinese identificatie zien depressieve klachten vaker als stress. Dit kan invloed hebben op hun manier van hulpzoeken, aangezien zij de huisarts als meest behulpzame persoon beschouwen. Dit zou kunnen verklaren waarom zij minder gebruik maken van de GGZ.

15 - STEP: stoppen met roken in de eerste lijn voor patiënten met kanker. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren huisartsen en POH's?

Ruben Bouma, UMCG

Introductie

Roken draagt bij aan 19% van alle kankergevallen in Nederland. Stoppen met roken verbetert de effectiviteit van kankerbehandelingen en vermindert bijwerkingen. Toch wordt stoppen-met-rokenzorg niet structureel aangeboden aan kankerpatiënten. Huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Doel

Het identificeren van percepties van huisartsen en POH's over hun rol bij het aanbieden van stoppen-met-rokenzorg aan patiënten met kanker, evenals de ervaren barrières, bevorderende factoren en mogelijke interventies om deze zorg te verbeteren.

Methode

In deze kwalitatieve studie zijn semigestructureerde interviews gehouden, volgens purposive sampling, met zeven huisartsen en zeven POH's uit dertien huisartsenpraktijken tot data-saturatie was bereikt. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en thematisch geanalyseerd.

Resultaten

Zorgverleners vinden de huisartsenpraktijk een geschikte setting voor stoppen-met-rokenzorg bij patiënten met kanker, maar ervaren terughoudendheid bij het bespreekbaar maken van stoppen met roken. Veelvoorkomende barrières zijn onder andere de beperkte zichtbaarheid van kankerpatiënten in de huisartsenpraktijk, tijdsdruk, kennisgebrek en de angst dat het onderwerp als ongepast wordt ervaren. Bevorderende factoren zijn patiëntmotivatie, teachable moments (zoals bij diagnose of na behandeling), betrokkenheid van specialisten en het gebruik van motiverende gespreksvoering.

Discussie

Huisartsen en POH's ervaren verschillende barrières en bevorderende factoren met betrekking tot de huidige stoppen-met-roken zorg voor kankerpatiënten. Op basis van deze bevindingen is een toolkit ontwikkeld om zorgverleners te ondersteunen op het gebied van signaleren, aanspreken en begeleiden. Deze toolkit kan worden ingezet tijdens de implementatiefase van de stoppen-met-roken pilot. De toolkit bevat een zakkaartje met onder andere de Very Brief Advice-methode en informatie over interacties tussen rookstopmedicatie en kankerbehandelingen. Daarnaast omvat de toolkit een extractietool om rokende kankerpatiënten in het huisartsensysteem te identificeren en twee folders: een uitgebreide informatiefolder en een compacte 'Wist je dat'-kaart met de voordelen van stoppen met roken. Dit biedt zorgverleners praktische handvatten om stoppen-met-rokenzorg beter te integreren in de praktijk.

16 - Wekelijkse monitoring van infectieziekten in de huisartsenpraktijk: Surveillance van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Jojanneke van Summeren, Nivel

Rationale

Monitoring van infectieziekten is essentieel voor de volksgezondheid. Het doel van de nationale surveillance van het Nivel is het wekelijks monitoren van infectieziekten en andere gerelateerde diagnoses in de huisartsenpraktijk

Methode

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn omvat gegevens van ruim 400 deelnemende huisartsenpraktijken in Nederland, wat een representatieve steekproef van 10% van de Nederlandse bevolking is. Op basis van geanonimiseerde gegevens uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt sinds 2011 wekelijks het aantal personen geteld dat de huisarts heeft geraadpleegd voor infectieziekten en andere gerelateerde diagnoses (zorgprevalenties). Dit wordt gestandaardiseerd naar zorgprevalenties per 100.000 personen en gespecificeerd naar leeftijdsgroep, regio en geslacht. Voor de respiratoire surveillance rapporteren ongeveer 40 huisartsenpraktijken daarnaast via een pop-up in het huisartsen informatie systeem influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) en 140 huisartsenpraktijken nemen monsters af van patiënten met IAZ of een andere acute luchtweginfectie (ARI) voor virologische analyse door het RIVM (de Peilstations).

Resultaten

Afwijkende patronen in het afgelopen jaar waren o.a. een stijging van het aantal huisartsbezoeken voor kinkhoest, longontsteking, hand-mond-voetziekte en vijfde ziekte in de leeftijdsgroep 0-4 jaar, impetigo voor de leeftijdsgroep 0-14 jaar en herpes zoster voor de leeftijdsgroepen 45-64 en 65 jaar en ouder. De resultaten van de respiratoire surveillance van IAZ en de virologische resultaten van de afgenomen monsters vormen

samen met andere surveillance systemen bij het RIVM de landelijke geïntegreerde respiratoire surveillance.

Conclusie

De Nivel huisartsen surveillance draagt bij aan het vroegtijdig signaleren van veranderingen en volgen van trends in infectieziekten en andere gezondheidsproblemen in Nederland. Middels een wekelijks surveillance bulletin worden de patronen van relevante infectieziekten en andere gerelateerde diagnoses gepubliceerd. Dit biedt belangrijke inzichten voor de volksgezondheid en voor beleidsmakers in het tijdig reageren op infectieziekte-uitbraken. Tijdens de NHG wetenschapsdag zal een update worden gegeven over afwijkende patronen in 2025.

17 - Associatie tussen dementie sterfte en land van herkomst in de Nederlandse bevolking

Aline Westendorp, Amsterdam UMC

Rationale

Mensen met een migratieachtergrond, doelend op personen geboren in het buitenland of waarvan de ouders geboren zijn in het buitenland, hebben vaker risicofactoren voor dementie, maar er is weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen dementie en land van herkomst in de Nederlandse bevolking.

Onderzoeksvraag

Wat is de associatie tussen land van herkomst en overlijden met dementie?

Methode

Het cohort, opgesteld met data van het Centraal Bureau voor de Statistiek, bestond uit mensen die overleden waren tussen 01-01-1995 en 31-12-2023 en bij hun overlijden 65 jaar of ouder waren. Van dementie was sprake wanneer dit als primaire of secundaire doodsoorzaak was vastgelegd. Land van herkomst werd bepaald door het geboorteland van het individu en diens ouders. Logistische regressie werd uitgevoerd om de kans op overlijden met dementie te schatten voor individuen uit één van de klassieke migratielanden (Indonesië, Suriname, Turkije, Marokko en de Nederlands Cariben ten opzichte van individuen uit Nederland. Odds ratios (OR) zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en vermogen van het huishouden.

Resultaten

De studiepopulatie bestond uit 3.461.671 personen (53% vrouw). De gemiddelde leeftijd was 82 jaar (SD 8) en 369.197 mensen (11%) hadden een herkomstland anders dan Nederland. Dementie was één van de doodsoorzaken bij 459.195 (13%) mensen. De kans op overlijden met dementie was lager voor mensen met Indonesië, Suriname,

Turkije of Marokko als herkomstland, waarbij de kans het laagste was voor mensen uit Marokko (OR=0,52 [95% CI 0,47-0,57]) en Turkije (OR=0,63 [95% CI 0,58-0,68]). Mannen uit de Nederlands Cariben hadden een hogere kans op overlijden met dementie (OR=1.20 [95% CI 1.02-1.40]), terwijl vrouwen een lagere kans hadden (OR=0.88 [95% CI 0.78-1.00]).

Conclusie

De kans op overlijden met dementie is voor personen uit de meeste klassieke migratielanden lager dan voor mensen uit Nederland. Verder onderzoek is nodig om de onderliggende oorzaak hiervan te achterhalen.

18 - Verwijzingen van de huisartsenspoedpost naar de spoedeisende hulp en ambulance

Corinne Rijpkema, Nivel

Rationale

De zorg via de huisartsenspoedposten staat al langere tijd onder druk. Het wordt steeds moeilijker om diensten voor huisartsen en triagisten te vullen, terwijl de (niet-urgente) zorgvraag hoog blijft. Het is cruciaal dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek ontvangen om de zorgcapaciteit efficiënt te benutten en de best mogelijke gezondheidsuitkomsten voor patiënten te bereiken. Daarnaast kan het voor patiënten lastig zijn om de juiste acute zorgverlener te kiezen en de urgentie van hun gezondheidsprobleem goed in te schatten. Een aanwijzing dat zorg niet op de huisartsenspoedpost thuishoort, is wanneer patiënten naar een andere (acute) zorgverlener, zoals de spoedeisende hulp (SEH) in het ziekenhuis, worden doorverwezen. Vroege herkenning van patiënten die SEH nodig hebben, kan bijdragen aan een efficiëntere benutting van de zorgcapaciteit en een tijdige inzet van zorg.

Onderzoeksvraag

Welke patiënten worden vaak doorverwezen naar de spoedeisende hulp of ambulance?

Methode

Dit onderzoek maakt gebruik van actuele gepseudonimiseerde gegevens uit elektronische patiëntendossiers van 80% van de huisartsenspoedposten, afkomstig uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Resultaten

Er wordt inzicht verkregen in het percentage contacten met de huisartsenspoedpost die resulteerden in een verwijzing naar de SEH of ambulance in het eerste halfjaar van 2025.

De kenmerken van deze personen, zoals leeftijd, geslacht en een top-10 van de aandoeningen (ICPC-codes) die ten grondslag liggen aan de verwijzing, worden geanalyseerd. In april wordt gestart met dit onderzoek; actuele resultaten zullen tijdens de NHG-Wetenschapsdag gepresenteerd worden.

Conclusie

Het inzichtelijk maken van verwijzingen van de huisartsenspoedpost naar de SEH kan bijdragen aan het vroegtijdig herkennen van patiënten die eigenlijk zorg van de SEH nodig hebben. Vroege herkenning van deze patiënten kan bijdragen aan een tijdige inzet van zorg en een verbeterde samenwerking tussen de huisartsenspoedpost en de SEH en ambulances.

19 - Leefstijl & Oncologie: Evaluatie en implementatie van een leefstijlloket in het ziekenhuis dat verwijst naar leefstijlaanbod in de regio voor patiënten met kanker

Mink Sjamsoedin, Amsterdam UMC

Rationale

Leefstijl en met name stoppen met roken speelt een belangrijke rol bij kankerpatiënten vanuit de KNO-, Long- en MDL- geneeskunde gezien roken een bekende risicofactor is voor het ontwikkelen van kanker in de desbetreffende disciplines. Hypotheses zijn dat een leefstijlinterventie voor patiënten met kanker (in remissie) zorgt voor meer kwaliteit van leven en een verbetering van het risicoprofiel, met uiteindelijk een betere uitkomst voor patiënten met kanker en een lager risico op een recidief voor patiënten met kanker in remissie.

Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om te bepalen of een verwijzing naar het leefstijlloket, dat reeds geïmplementeerd is in het Amsterdam UMC, ook voor patiënten met kanker en patiënten met kanker in remissie een geschikte interventie zou kunnen zijn en kan fungeren als een additioneel 'teachable moment' om deze patiëntenpopulatie te motiveren tot leefstijlverandering.

Methode

Dit project bouwt voort op de innovatiestudie LOFIT waarbij het leefstijlloket is opgericht voor andere doelgroepen en wordt geëvalueerd. In deze studie zullen patiënten met kanker door longartsen, KNO-artsen en MDL-artsen worden verwezen naar het leefstijlloket. Patiënten ondergaan antropometrische metingen en vullen vragenlijsten in over gedrags- en psychologische uitkomsten. Deze metingen zullen worden gedaan op baseline en na 12 maanden.

Een uitgebreide procesevaluatie is onderdeel van deze implementatie studie, waarbij we kwalitatieve data en kwantitatieve data verzamelen over de context, implementatie en impactmechanismen.

Resultaten

Op de NHG-Wetenschapsdag zullen nog geen actuele resultaten kunnen worden gepresenteerd.

Conclusie

Dit onderzoek geeft inzicht in de implementatie van leefstijlbegeleiding bij patiënten met kanker.

20 - Onderzoeken naar effectiviteit van diagnostische testen op patiënt-relevante gezondheidsuitkomsten in de eerste lijn: een systematische review

Esmée Vaes, Maastricht University

Rationale

Studies naar nieuwe diagnostische testen die ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg, focussen met name op analytische en diagnostische accuratesse van deze testen. Vervolgonderzoeken naar de klinische effectiviteit van diagnostische testen in de huisartsenpraktijk en de bijbehorende kosteneffectiviteitsanalyses lijken vaak te ontbreken. Ondanks gering bewijs over de klinische relevantie van nieuwe testen, vinden ze toch vaak hun weg naar de praktijk. Om de zorg voor patiënten te verbeteren door de inzet van nieuwe (point-of-care) diagnostiek in beheer van de huisarts, is kennis over het effect van de nieuwe test op gezondheidsuitkomsten bij patiënten essentieel. Het is onbekend hoeveel onderzoeken naar een nieuwe diagnostische test in de huisartsenpraktijk patiënt-relevante gezondheidsuitkomsten hebben geëvalueerd.

Onderzoeksvraag

Het doel van deze review is om alle gerandomiseerde klinische onderzoeken te vinden en te beschrijven die de effecten van diagnostische testen in de huisartsenzorg op patiënt-relevante gezondheidsuitkomsten onderzochten.

Methode

We voerden een systematische zoekstrategie uit in PubMed, Medline, Embase en Cochrane Library naar gerandomiseerde klinische onderzoeken over diagnostische testen in de huisartsenzorg die patiënt-relevante gezondheidsuitkomsten rapporteren (zoals kwaliteit van leven of kortere wachttijden). We zijn onder andere geïnteresseerd in het aantal gerandomiseerde klinische onderzoeken, de betrokken ziektegebieden en de onderzochte diagnostische testen. Twee reviewers screenen onafhankelijk van elkaar de

artikelen op relevantie en extraheren de data van de geïnccludeerde artikelen. De kwaliteit van de artikelen wordt beoordeeld met de Cochrane risk-of-bias tool.

Resultaten & conclusie

We presenteren de resultaten op de NHG-wetenschapsdag in september 2025. Ze bieden inzicht in welke diagnostische testen binnen de huisartsenpraktijk zijn onderzocht op klinische effectiviteit – en bij welke aandoeningen – en welke methodologische uitdagingen komen kijken bij het evalueren van ‘test-treatment strategies’. De opgedane inzichten kunnen toekomstige onderzoekers stimuleren om patiënt-relevante gezondheidsuitkomsten bij nieuwe diagnostische testen in de huisartsenpraktijk te evalueren.

21 - Gezondheidsverschillen bij gecompliceerde luchtweginfecties: de rol van SES

Hanneke Borgdorff, LUMC

Rationale

Internationale studies laten zien dat mensen met een migratieachtergrond en individuen met een lagere sociaaleconomische status (SES) vaker te maken hebben met een gecompliceerde lage luchtweginfectie (LLWI). Het is onduidelijk of deze associaties bestaan in Nederland en in hoeverre ze worden gemedieerd door comorbiditeit en huishoudenssamenstelling.

Onderzoeksvraag

In welke mate zijn er gezondheidsverschillen met betrekking tot gecompliceerde LLWI in Den Haag, en wat is de rol van intermediërende factoren?

Methode

Er werd een ‘population-based’ cohortstudie uitgevoerd met sociaaldemografische gegevens en gegevens over verzekeringsclaims van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de volwassen bevolking van Den Haag in 2014-2019 (pre-COVID-19) en 2020 (COVID-19). De associaties van structurele determinanten (leeftijd, geslacht, SES, migratieachtergrond) en intermediaire determinanten (comorbiditeit, samenstelling huishouden) op gecompliceerde LLWI-incidentie en mortaliteit werden onderzocht met Poisson regressiemodellen. Gecompliceerde LLWI-episodes werden gedefinieerd als ziekenhuisopname of overlijden binnen 14 dagen na een bezoek aan de spoedeisende hulp.

Resultaten

In 2014-2019 vertoonden personen in het laagste SES-kwintiel de hoogste incidentie van gecompliceerde LLWI (aIRR 2,26 [95%CI:1,98-2,57]), en LLWI-geassocieerde mortaliteit (aIRR 3,49 [95%CI:2,28-5,34]), vergeleken met het hoogste SES-kwintiel, na correctie

voor structurele en intermediaire determinanten. In wijken met een lage gemiddelde SES was de incidentie van gecompliceerde LLWI het hoogst. Vergelijkbare associaties werden waargenomen in 2020. In de periode 2014-2019 hadden personen zonder migratieachtergrond het grootste risico, terwijl in 2020 personen met een migratieachtergrond meer werden getroffen.

Conclusie

Een lagere SES werd consistent geassocieerd met een hogere incidentie van gecompliceerde LLWI. Bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond waren kwetsbaarder tijdens de pandemie, maar dit was niet het geval vóór de pandemie. Het toevoegen van woonlocatie en/of SES als risicofactor in (griep)vaccinatie-strategieën en klinische besluitvorming (SES bovenop bestaande risicofactoren) kan mogelijk bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Verdere studies zijn noodzakelijk om deze bevindingen te bevestigen en de impact van gerichte maatregelen te evalueren.

22 - Resultaten van een opioïdenreductietool in de eerstelijnszorg onder patiënten met langdurige opioïden voor chronische niet-kankerpijn

Loes de Kleijn, Erasmus MC

Rationale

De NHG-richtlijn adviseert huisartsen langdurig opioïdgebruik bij patiënten met niet-kankerpijn af te bouwen, dit blijkt in de praktijk moeilijk. Om die reden werd er in een eerdere studie een opioïdenreductietool ontworpen met als doel de implementatie van de richtlijn te faciliteren.

Onderzoeksvraag

Wat gebeurt er met de morfine-equivalente dosis na toepassing van deze opioïdenreductietool? En wat gebeurt er in pijnbeleving, functioneren, psychisch welzijn en ontweningsverschijnselen van start tot negen maanden na toepassing van de tool?

Methode

In een prospectieve cohortstudie implementeerden 50 huisartspraktijken met hun samenwerkende apotheken (30) de opioïdenreductietool. Deze omvatte een FTO, e-learning, uitnodigingsbrief, gesprekshandleiding, afbouwschema's, en patiëntenfolders. Patiënten met >3 maanden opioïdengebruik werden geïdentificeerd, opgeroepen en ontvingen van hun huisarts een individueel afbouwschema en werden door de onderzoekers gevolgd via vragenlijsten. De primaire uitkomstmaat was de reductie in morfine-equivalente dagdosis over 3 maanden na de start van de interventie. Secundaire uitkomstmaten waren trends over 9 maanden in pijn, lichamelijk functioneren, psychisch welbevinden, ontweningsverschijnselen en het aandeel

gestopte patiënten. Statistische analyse werd uitgevoerd met de Wilcoxon signed-rank test; trendanalyses met de Friedman test of ANOVA, afhankelijk van de normaliteit.

Resultaten

Van de 286 benaderde patiënten stemden 99 in met afbouw, waarvan 27 informed consent tekenden. 82% had >5 jaar pijn en de gemiddelde leeftijd was 60,7 jaar. De morfine-equivalente dagdosis daalde significant van 35,0 mg naar 15,2 mg in 3 maanden en bleef dalen over 9 maanden. Na 9 maanden waren 12 patiënten gestopt. Pijn, functioneren, psychisch welbevinden en ontwenningssverschijnselen bleven stabiel gedurende het afbouwen.

Conclusie

Afbouwen van opioïden bij patiënten met chronische pijn onder begeleiding van eerstelijns zorgverleners is mogelijk zonder verslechtering in pijn, functioneren of welzijn. Met name het motiveren van patiënten vraagt nadere aandacht. Er zijn grotere gecontroleerde studies nodig om de effectiviteit van deze strategie verder te onderzoeken.

23 - Biografie in het HIS: Komt een mens bij de dokter

Sarah Boers, UMC Utrecht

Rationale

Persoonsgerichte zorg vormt één van de pijlers van de huisartsgeneeskunde. Deze kernwaarde staat onder druk in een veranderend speelveld. Waar de solistische huisarts zich vroeger langdurig verbond met patiënten en kennis over hun unieke levensloop paraat had, dreigt deze kennis verloren te gaan nu huisartsen parttime samenwerken. Hét digitale instrument van huisartsen om continuïteit te waarborgen, het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), is onvoldoende toegerust om deze niet-medische kennis te verankeren.

Onderzoeksvraag

Welke rol kan en moet het HIS vervullen in het verankeren van essentiële kennis over de achtergrond en context van patiënten om *persoonsgerichte zorg* duurzaam te bestendigen?

Methode

Een kritische (techniek)filosofische reflectie op de rol van het HIS bij het versterken van persoonsgerichte zorg. Het verkennen van een eerste oplossingsroute middels inzichten uit een proof-of-concept pilot 'Biografie in het HIS'.

Resultaten

(1) We problematiseren de huidige rol van het HIS vanuit een smalle en brede blik op technologie. In smalle zin: het HIS biedt op dit moment onvoldoende mogelijkheden om niet-medische kennis te verankeren, en schiet hierbij als *instrument* voor het bereiken van *persoonsgerichte* zorg tekort. In brede zin: als we (h)erkennen dat technologie mede onze relaties, ervaringen, normen en waarden vormgeeft, zien we dat het HIS vooral een *medisch-technische* blik op patiënten reproduceert en versterkt. (2) We pleiten voor het anders *ontwerpen* en *gebruiken* van het HIS om een *geïntegreerde en persoonsgerichte* blik op patiënten te stimuleren. (3) We laten zien hoe het integreren van een korte biografie van patiënten in het HIS een eerste oplossingsroute kan zijn.

Conclusie

Het HIS moet een belangrijkere rol spelen in het toekomstbestendig vormgeven van *persoonsgerichte* zorg. Het integreren van een biografie in het HIS kan een eerste stap in deze richting zijn.