

POCT in de huisartsenpraktijk

Na glucosemeters, Hb-meters en de standaard urinetests nemen modernere point of care tests (POCT's) een vlucht in de huisartsenzorg. Veel artsen zijn enthousiast, maar zonder vergoeding van de zorgverzekeraars blijft het toch nog pionierwerk.

POCT: een geweldig hulpmiddel om snel en adequaat te handelen.



“Een POCT moet medische meerwaarde hebben,” vertelt Rogier Hopstaken, huisarts in het Gezondheidscentrum Meerhoven van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven. “Daarom zie ik vooral brood in POCT's die een acute aandoening helpen uit te sluiten of aan te tonen en waar je vervolgens je beleid op aanpast. Van de honderd tests die je kunt doen, zijn

Hoe minder de patiënt hoeft te wachten, hoe beter het is

er maar twee of drie nuttig voor de huisarts.” Hopstaken doelt vooral op de C-reactieve proteïne (CRP) test, die hij bestudeerde tijdens zijn promotieonderzoek aan de Universiteit Maastricht. Met deze test kan een arts beter pneumonie van acute bronchitis onderscheiden, waardoor het antibioticagebruik omlaag kan. Ook de D-dimeertest voor longembolie is volgens Hopstaken van

groot nut, maar die zullen artsen niet zo vaak gebruiken. “Zeker in zo'n jonge wijk als waar ik werk, krijg ik twee tot drie patiënten per jaar die misschien een longembolie hebben. CRP prik ik echter dagelijks.”

Ook de troponinetest die hartinfarct aantoonbaar kan nuttig zijn, maar Hopstaken zet er wel zijn vraagtekens bij. “Als je op basis van de klinische gegevens denkt dat iemand een hartaanval heeft, dan bel je als arts meteen een ambulance en ga je niet eerst testen. Wel zou de test handig kunnen zijn bij een patiënt bij wie je het zeker wilt uitsluiten.” Behalve de al jaren bekende glucosetesten en urinestrips, vindt Hopstaken POCT's voor chronische aandoeningen weinig waarde hebben. “SOA-tests kunnen ook wel naar huisartsenlabs. De uitslag laat dan twee dagen op zich wachten, maar zo'n ziekte loopt niet zo'n vaart.”

Onvermijdelijk

Jack van Duijvenvoorde van het medisch-diagnostisch centrum ATAL in Amsterdam denkt daar

anders over. Volgens hem zijn meer POCT's onvermijdelijk door vergrijzing van de patiëntenpopulatie en een tekort aan artsen. “We moeten de klantvriendelijkheid en efficiëntie verhogen. Nu kost een klacht vaak twee tot drie consulten en staat een patiënt bij meerdere instanties in de wachtrij.”

Van Duijvenvoorde denkt ook dat veel cardiovasculaire tests (D-dimeer, trombose) en SOA-tests hun weg gaan vinden naar de huisartsenpraktijk. “POCT's zijn een stukje noodzakelijke innovatie.” Nu is ook de trend om een wachtrij te voorkomen ook al in de praktijk aanwezig. “Iemand met een vermoedelijke blaasontsteking neemt al een potje urine van thuis mee, dat de assistent eerst analyseert voordat de patiënt de dokter ziet. Dat scheelt alweer tijd,” vertelt Van Duijvenvoorde.

Het Amsterdamse huisartsenlaboratorium ATAL heeft een POCT-manager aangenomen, die per 1 augustus aan de slag gaat. Op drie proeflocaties (twee huisartsenpraktijken en een



Een vingerprikje voor bepaling C-reefief protein (CRP) blijkt een prima hulpmiddel om longonsteking te onderscheiden van onschuldige acute bronchitis.

Rogier Hopstaken en collega Jochen Cals (Universiteit Maastricht) hebben recentelijk twee trials gedaan bij patiënten met acuut hoesten. Een van de trials is onlangs gepubliceerd in *The British Medical Journal*¹. “De helft van de huisartsen kreeg beschikking over een CRP-sneltest. Deze huisartsen bleken veel minder antibiotica voor te schrijven dan de andere huisartsen.” Hetzelfde gold voor huisartsen die een communicatietraining hadden gevolgd. Ook in deze groep nam het antibioticagebruik af. “Een CRP-test kan dus samen met een communicatietraining van de huisarts een forse reductie in antibioticagebruik opleveren, waardoor resistentie minder snel de kop opsteekt.”

Ook in het tweede onderzoek bleek dat als de huisarts de CRP uitslag te zien kreeg minder snel antibiotica werden voorgeschreven. “We hadden geadviseerd om bij twijfelgevallen een uitgesteld antibioticumrecept mee te geven. Wat bleek? De patiënten die met hun huisarts over de CRP testuitslag hadden gesproken, haalden veel minder vaak hun antibioticumrecept op. Bovendien waren de patiënten met een CRP uitslag meer tevreden over het consult dan de andere patiënten. Zij zullen zich waarschijnlijk dus meer gerustgesteld hebben gevoeld.”

¹bmj.com, 6 may 2009; BMJ 2009;338:b1374

diagnostisch centrum voor Arbo-artsen) worden POCT-apparaten geplaatst, waarbij de manager de kwaliteitscontrole op zich neemt. “We zetten niet zomaar een diagnostisch apparaat neer, maar begeleiden ook de mensen die ermee moeten werken,” vertelt Van Duijvenvoorde. “Artsen moeten weten wat zij met de test kunnen. Bovendien zorgen we voor onderhoudscontracten. Onze manager gaat de problemen en oplossingen in kaart brengen.”

ICT op orde

Ook het stuk ICT dat bij POCT's komt kijken neemt ATAL onder handen. “De uitslagen moeten automatisch in het EPD komen en in het informatiesysteem van de huisarts. Uiteraard zonder dat de huisarts hier iets van merkt, er moet geen extra cursus voor nodig zijn. We hebben hier al software voor. Als de praktijktest gaat beginnen, plaatsen wij geen apparaten als de ICT-omgeving niet in orde is.”



POCT's zijn een stukje noodzakelijke innovatie

Maar is het niet tegenstrijdig om als huisartsenlab werk uit handen te geven met POCT's? “Wij streven naar goede diagnostiek in de eerste lijn, en POCT's zijn daar een onderdeel van. Met POCT kan een huisarts gerichter doorverwijzen naar een specialist.” Hopstaken herkent dit voordeel ook. “Als ik een CRP-waarde kan doorgeven aan de specialist, weet hij meteen hoe ernstig de situatie is.” Van Duijvenvoorde vindt POCT's vooral geschikt voor grotere huisartsenpraktijken. “Een huisarts kan dan personeel vrijmaken voor de analyse. Bovendien wordt een apparaat gebruikt voor tienduizend patiënten, wat de investering meer de moeite waarde maakt dan bij een kleine praktijk met maar 2500 patiënten.”

Financiering

De financiering van de POCT's blijft nog een probleem. “Voor de CRP-test zien de zorgverzekeraars geen kortetermijnwinst,” vertelt Hopstaken. “De CRP-test zal zeer waarschijnlijk een plaats krijgen in de NHG Standaard ‘acuut hoesten’. Dat moet het College voor zorgverzekeringen overtuigen.” Nu gebruiken slechts 100 huisartsen in Nederland de CRP-test, terwijl er 16.000 huisartsen in Nederland zijn. Hopstaken: “In

Scandinavië is de CRP-test al vele jaren routine in alle huisartsenpraktijken.”

Ook Van Duijvenvoorde meent dat geldgebrek een rem op de POCT's heeft gezet, bijvoorbeeld sneltests voor het meten van lipiden die jaren geleden werden ontwikkeld. “Maar iemand moet ermee beginnen. Ik verwacht wel dat er vergoeding komt. Patiënten die zelf hun INR meten, krijgen dit namelijk wel vergoed, dus het lijkt een kwestie van tijd.” Nadelen hebben de POCT-tests ook, meent Hopstaken. “Je moet POCT's niet te pas en te onpas gebruiken, omdat het medicaliserend kan werken. Ook is het geen vervanging voor lichamelijk onderzoek of anamnese. Gebruik de test alleen als deze informatie je beleid kan veranderen.”

Snelle uitslag

Van Duijvenvoorde verwacht dat POCT's bij allerlei types aandoeningen gebruikt kunnen worden. “Als het om minuten gaat, bijvoorbeeld bij een hartaanval, heeft POCT de hoogste efficiëntie. Maar ook bij chronische ziektes heeft POCT toegevoegde waarde. Als de patiënt extreem bezorgd is, is een snellere uitslag altijd prettig. Hoe minder de patiënt hoeft te wachten, hoe beter het is.” ●

Mariëtte Blikendaal

Zie ook Diagned Magazine (www.diagned.nl)

- Een sneltest doen tijdens het consult heeft duidelijk meerwaarde, jun 2006, p 12
- Laboratorium houdt teugels in handen, feb 2005, p 16