

Paul Giesen

huisarts, projectleider
spoedzorgonderzoek Radboudumc,
IQ healthcare, Nijmegen

Feike Loots

SEH-arts KNMG, IQ healthcare,
Nijmegen

Rogier Hopstaken

huisarts, vakspecialist POCT,
Saltro diagnostisch centrum,
Utrecht

POINT OF CARE TESTING MAAKT SPOEDZORG VEILIGER

Diagnostische sneltests verdienen brede invoering

Er komen steeds meer diagnostische tests beschikbaar die snel en op elke gewenste locatie uitgevoerd kunnen worden. Invoering van *point of care testing* (POCT) op de hap kan onnodige verwijzingen voorkomen en de triage verbeteren.

Jaarlijks zijn er ongeveer vier miljoen patiëntencontacten met een van de 121 Nederlandse huisartsenposten (haps) en wordt tussen de 6 en 10 procent verwezen naar de Spoedeisende Hulp. Om die verwijzing zo gericht mogelijk, niet te veel en niet te weinig, te laten zijn, zijn diagnostische hulpmiddelen noodzakelijk, zoals bloed-, röntgen- en echodiagnostiek. Deze zijn echter op de haps zeer beperkt of niet beschikbaar. Die beperking belemmert

een goede inschatting: kan de patiënt door de huisarts behandeld worden of is een verwijzing nodig voor specialistische zorg? Aanvullende diagnostiek is ook van belang omdat huisartsen in de dienst te maken hebben met onbekende patiënten, die vergeleken met de huisartsenzorg overdag, een grotere kans hebben op ernstiger spoedeisende problemen. Uit onderzoek is gebleken dat onveilige zorg vooral samenhangt met gebrekkige (differentiaal)diagnostiek door de huisarts. Het



ISTOCK

ging daarbij steeds om niet of te laat herkennen van ernstige spoedbeelden zoals hartinfarct, longembolie, ernstige pneumonie en sepsis.¹ Juist bij deze ziektebeelden is het, ook bij perfect uitgevoerde anamnese en lichamelijk onderzoek, lang niet altijd mogelijk direct het toestandbeeld in kaart te brengen en een goede diagnose te stellen. Daardoor schrijven dienstdoende huisartsen sneller antibiotica voor dan de huisartsenzorg overdag, en verwijzen zij sneller naar de SEH. Wat weer een negatief effect heeft op de doelmatigheid, kosten en patiëntvriendelijkheid van de zorg. Waar de huisarts overdag het gewone laboratorium ter beschikking heeft, kan de huisarts op de hap, die buiten kantoor tijd bijvoorbeeld geen bloedonderzoek kan aanvragen, dus wel wat diagnostische hulp gebruiken. *Point of care testing* (POCT) kan hierin voorzien.

Point of care testing

POCT is het uitvoeren, interpreteren en opvolgen van een laboratoriumtest in de nabijheid van de patiënt. Belangrijk voordeel is dat het testresultaat binnen enkele minuten bekend is. De arts kan dus nog tijdens het consult, in samenspraak met de patiënt, het beleid bepalen. POCT-apparatuur heeft bovendien een handzaam formaat en kan dus ook gemakkelijk bij huisbezoeken worden ingezet. De patiënt ervaart een snelle service en een minder belastende testprocedure (meestal vingerprik in plaats van venapunctie). De patiënttevredenheid over consulten met inzet van POCT is dan ook groot. Maar de kwaliteit van POCT in de huisartsenzorg is, ondanks CE-markering voor de testapparatuur, niet vanzelfsprekend goed of voor de doelgroep geschikt. De nieuwe Richtlijn *Point of care testing* in de huisartsenzorg beschrijft de voorwaarden waaraan POCT moet voldoen om een zinvolle bijdrage aan de zorg te leveren en de kans op fouten zoveel mogelijk te beperken (zie *kader* op blz. 197).² Patiëntveilige en kwalitatief hoogwaardige POCT is, gezien de grotere impact van de individuele besluitvorming, bij uitstek van belang bij patiënten met

spoedeisende klachten. De steeds wisselende samenstelling van de professionele teams op de hap vergroten verder nog het belang van heldere samenwerkingsafspraken en geprotocolleerd werken met POCT.

Voorbeeld

Een voorbeeld van een succesvolle POCT is de C-reactief proteïne (CRP)-POCT. Acute infecties vormen met 26 procent de grootste groep van de presentaties op de hap. Nog vaker dan overdag wordt een antibioticum voorgeschreven.³ CRP-POCT helpt pneumonie van andere luchtweginfecties te onderscheiden en kan, vooral als dit gecombineerd wordt met goede algemene consultvaardigheden, onnodig antibioticumgebruik voorkomen. Bovendien blijkt uit een eerste inventarisatie bij Primair Huisartsenposten (regio Utrecht) dat dit leidt tot 40 procent minder verwijzingen naar het ziekenhuis. De methode is snel (vier minuten), patiëntvriendelijk (vingerprik), kosteneffectief en wordt zowel door patiënten als huisartsen erg gewaardeerd. Ook bij verdenking van infectieuze exacerbaties van COPD en acute diverticulitis heeft CRP-POCT een plaats gekregen in de NHG-standaarden.^{4,5}

De patiënt ervaart een minder belastende testprocedure

Een ander voorbeeld is D-dimeer-POCT. De recent aangepaste NHG-standaard Diep veneuze trombose en longembolie bevat nu, naast de al eerder bestaande beslisregel met POCT voor het uitsluiten van een DVT, een vergelijkbare (Wells) beslisregel voor longembolie.⁶ Het gebruik van POCT met capillair bloed uit een vingerprik is betrouwbaar voor

gebruik in de huisartsenzorg en is kosteneffectief. Maar ook de traditionele POCT-glucose en -urine kunnen met juiste instructie hoogwaardiger en patiëntveiliger worden ingezet met behulp van moderne POCT-apparatuur.

Doelmatiger verwijsbeleid

De wens van huisartsen om verscheidene POCT-tests te gebruiken is groot, met name bij acute ziektebeelden.⁷ POCT kan vooral bijdragen aan een doelmatiger verwijsbeleid als er differentiaaldiagnostisch gedacht wordt aan een aandoening die een ernstig beloop kan hebben en er na anamnese en onderzoek onvoldoende overtuiging is dat directe verwijzing naar een SEH noodzakelijk is. Voorwaarde is dan dat gebruik wordt gemaakt van hoogwaardige POCT, die de aandoening voldoende betrouwbaar kan aantonen of uit kan sluiten.

Zo is er onderzoek gedaan naar het inzetten van troponine-POCT bij verdenking op een myocardinfarct, om het aantal verwijzingen naar een eersteharthulp te beperken. De kans op een fout-negatieve testuitslag is echter te groot om de test op dit moment te kunnen adviseren voor gebruik in de praktijk.

Sepsis is een ander acuut ziektebeeld waarbij vertraging in adequate behandeling ernstige gevolgen kan hebben. De vroege klinische kenmerken van sepsis zijn subtiel en soms moeilijk te onderscheiden van ongecompliceerde banale infectie. Tot op heden is er geen biomarker gevonden die accuraat sepsis kan aantonen. C-reactief proteïne en procalcitonine zijn wel een maat voor de ernst van een infectie, maar er is geen ervaring met de toepassing hiervan als screeningsinstrument in de eerste lijn. Een verhoogd lactaat is niet specifiek voor een bacteriële infectie, maar is wel een betrouwbare parameter voor de ernst van (septische) shock. Bij lactaat-POCT in de triage op een SEH-afdeling leidt dit tot snellere adequate zorg en een lagere mortaliteit bij verdenking op sepsis.

Behoeftte aan onderzoek

Met genoemde snelle, technische ontwik-

DE EED

Sinds 1 oktober zijn alle promovendi aan de Universiteit Utrecht verplicht om aan het eind van de promotieplechtigheid een eed (of belofte) uit te spreken, waarin ze toezeggen op een ethische wijze onderzoek te zullen doen. Dit is een trend: ook enkele businessscholen hebben zo'n eed ingevoerd bij het uitreiken van hun bul waar de afgestudeerden beloven de rest van hun leven op ethische wijze zaken te zullen doen. De gedachte is dat een eed ethisch gedrag zal stimuleren, c.q. bestendigen. De achtergrond zal u allen natuurlijk duidelijk zijn: onze duizenden jaren oude eed van Hippocrates.

Kan zo'n nieuwe eed voor promovendi hetzelfde effect hebben als de Hippocratische eed? Ik betwijfel het. In de eerste plaats wordt die tekst, weliswaar aangepast, al duizenden jaren door afgestudeerde artsen uitgesproken en vertegenwoordigt het de kernwaarden van ons gilde. Maar wetenschap is geen gilde. Ten tweede, de meeste promovendi doen na hun promotie nooit meer onderzoek, dan is de eed niet alleen overbodig, maar zelfs ongepast. Ten slotte, zonder een opleiding waar ethisch handelen – en daar reken ik de geneeskunde zeker onder – centraal staat, is zo'n eed niet meer dan een poging tot politieke correctheid. Aanstaande donderdag zal voor het eerst een promovendus van mij deze eed afleggen. Ze is ook arts en een van degenen die een wetenschappelijke carrière ambieert. Of zij – en allen die haar zullen volgen – deze nieuwe eed dezelfde waarde en diepte zal geven als die van Hippocrates? Misschien over een millennium of twee. Immers, die eed belichaamt een eeuwenoude traditie in ethisch handelen in de geneeskunde. Zover zijn we in de wetenschap nog lang niet.

René Kahn

DE RICHTLIJN POCT

De richtlijn *Point of care testing* (POCT) is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) en de Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland (SAN). Samenvattend zijn de volgende punten hiervoor van belang:

1. POCT is een hulpmiddel. Het vervangt de klinische inschatting van de huisarts niet.
2. De huisarts zet de test in conform geldende richtlijnen of op grond van een gedegen afweging van de waarde van de test in het consult.
3. Voldoet de POCT-apparatuur aan de gestelde eisen, dan dient de kwaliteit ook na ingebruikname geborgd te blijven.
4. Automatische koppeling van testuitslagen aan databases van huisarts, ziekenhuis en laboratorium is wenselijk om testuitslagen en data voor kwaliteitsborging direct en 24/7 beschikbaar te hebben.
5. Humane (pre- en postanalytische) factoren zijn een belangrijke foutenbron die de patiëntveiligheid kunnen bedreigen. Training, nascholing en borging van POCT-procedures zijn nodig.
6. Samenwerking tussen de huisarts en POCT-experts uit een geaccrediteerd diagnostisch centrum of laboratorium is van belang voor duurzame en veilige POCT.
7. POCT kan bij juiste en selectieve inzet de kwaliteit van de zorg verbeteren tegen lagere kosten.

kelingen die het mogelijk maken om binnen tien minuten meerdere, valide en betrouwbare bloeuitslagen te genereren, is het hoog tijd om gebruik op de hap te faciliteren. Met name is het inzetten van POCT tijdens visites vanuit de hap zeer zinvol, aangezien juist visitepatiënten vaak kwetsbare patiënten zijn en zich relatief vaak presenteren met spoedeisende klachten. Met de juiste selectie van zinvolle POCT, deskundige gebruikers op de hap en voortdurende kwaliteitsborging door POCT-experts kan de kwaliteit van de zorg verbeterd worden met lagere totale zorgkosten. Dat wil zeggen, het gebruik van POCT door de huisarts is een investering in tijd en geld, waarbij de besparing vooral tot stand komt doordat er in het ziekenhuis minder kosten worden gemaakt. Als er minder patiënten onnodig worden ingestuurd, en ziekten zoals sepsis in een eerder stadium worden ontdekt, dan kan dit een aanzienlijke

besparing in ziektekosten in de tweede lijn bewerkstelligen. In de huisartsenzorg worden dan relatief beperkte extra kosten gemaakt, die op een andere manier moeten worden gecompenseerd. Hierover zullen goede afspraken met de zorgverzekeraars moeten worden gemaakt. Zij zullen – terecht – vragen om goede onderbouwing om deze extra diagnostiek in te zetten. Daarom is er grote behoefte aan goed klinisch onderzoek naar de waarde van POCT op de huisartsenpost. ■

contact

paul.giesen@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.