

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsengeneeskundige praktijk bondig samen.



Tijdschrift Huisarts en Wetenschap 50 jaar: hoe is het met de huisarts?

Vorig jaar vierde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)* zijn 50-jarig jubileum. Hun tijdschrift, Huisarts en Wetenschap (H&W), is dit jaar de jubilaris.

In september 1957 gaf de jonge vereniging voor het eerst H&W uit, in een bescheiden omvang van twintig pagina's. H&W heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een gezaghebbend wetenschappelijk tijdschrift, waarin velen bijdragen aan de professionalisering van de huisartsengeneeskunde.

Emeritus hoogleraar prof. dr. K. Gill, lang geleden voorzitter van de redactiecommissie, concludeert in zijn voorwoord bij het jubileumnummer dat H&W onmiskenbaar *"als forum (heeft) bijgedragen aan de transformatie van ambacht – de handvaardigheid die in de praktijk moest worden geleerd – naar professie, vakbekwaamheid na opleiding. Het blad is een spiegel geworden, waarin de huisarts maandelijks kan 'kijken' en zich kan spiegelen aan meningen en hypothesen die door toetsing tot wetenschap kunnen worden verheven."*

In dit jubileumnummer komen wetenschappers, praktiserende huisartsen, beleidsmakers en columnisten aan het woord. Heeft de solopraktijk nog toekomst? Wat heeft de

huisarts aan toponderzoek? Hoezeer beïnvloedt de farmaceutische industrie de huisarts? En welke rol spelen de media in de spreekkamer? Daarnaast komt ook de wetenschap aan bod: hoe is er de afgelopen vijftig jaar gepubliceerd over luchtweginfecties?

* Het NHG bestaat sinds 1956 en heeft zo'n 9 500 leden. Het NHG heeft ruim 120 medewerkers, onder wie veel huisartsen, en ontwikkelt onder meer de NHG-Standaarden, waarvan er 81 zijn gepubliceerd.



Patiënten met persisterende medisch onverklaarde symptomen zijn 'anders'!

Dirkzwager A, Verhaak P. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice* 2007; 8:33;doi: 10.1186/1471-2296-8-33.

Medisch onverklaarde lichamelijke klachten (*MUPS: medically unexplained physical symptoms*) komen vaak voor in de huisartsenpraktijk en zijn des te problematischer als ze persisteren. In een eerdere studie vonden Nederlandse onderzoekers dat van

alle patiënten die minstens eenmaal per jaar hun huisarts consulteerden, 2,5% zich minstens viermaal per jaar met MUPS presenteerde. Deze patiënten waren gemiddeld ouder, vaker vrouwelijk, vaker lager geschoold, vaker werkloos en vaker van niet-westerse afkomst dan de andere patiënten uit hun registratienetwerk¹. Om meer zicht te krijgen op de karakteristieken van deze patiënten en op hun evaluatie van de huisartsenzorg onderzocht een nieuwe studie een at random steekproef van MUPS-patiënten (n=192) uit hetzelfde morbiditeitsnetwerk. De studie vergeleek deze met de andere patiënten uit het netwerk maar zonder MUPS (n=7 314) en met een groep patiënten die in een vergelijkbare frequentie de huisarts consulteerden voor medische diagnoses (n=2 265). De gegevens werden verzameld aan de hand van een uitgebreid gezondheidsinterview en vragenlijsten. Na correctie voor demografische en chronische ziekten bleken MUPS-patiënten vaker psychisch leed, meer functionele hinder en meer sociale isolatie te rapporteren, maar er was geen verschil op het vlak van leefstijlfactoren (roken, alcohol, lichamelijke beweging) en buiten verwachting ook geen verschil in copingstijl. MUPS-patiënten evalueerden hun huisartsen ook minder positief dan de twee andere groepen. De zorg van hun huisarts vonden ze globaal wel positief, maar ze voelden zich vaker niet serieus genomen, voelden zich minder betrokken bij de therapeutische beslissingen en vermeldten vaker dat hun huisarts onvoldoende tijd voor hen uittrok. Tegen de verwachting in was er geen verschil tussen de drie groepen voor de mate waarin ze vonden dat hun huisarts onnodig hun lichamelijke problemen als psychisch verklaarde. Concluderend ziet het er naar uit dat huisartsen patiënten met persisterende MUPS beter kunnen helpen door (meer) voldoende tijd voor hen uit te trekken, door hun problemen serieus op te vatten en door ze in de keuze van de behandeling te betrekken. Daarnaast loont het wellicht om als huisarts een stimulerende rol op te nemen door sociale activiteiten aan te moedigen en door te zoeken naar middelen om het sociale vangnet te versterken.

M.V.N.

Literatuur

1 Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.

Hoe medische vertegenwoordigers je gedrag veranderen

Fugh-Berman A, Ahari S. Following the Script: How drug reps make friends and influence doctors. *PLoS Medicine* 2007;4:e150.

"Het is mijn job om uit te vissen wat de prijs is van een arts. Voor sommigen is dat een etentje in de beste restaurants, voor anderen is dat voldoende overtuigend cijfermateriaal om ze met vertrouwen te laten voorschrijven en voor nog anderen is het mijn aandacht en vriendschap... maar uiteindelijk komt het hierop neer, dat iedereen te koop is." Zo schrijft een voormalig medische vertegenwoordiger in een artikel dat aan artsen precies uitlegt hoe vertegenwoordigers hun klanten bewerken. In de Verenigde Staten zijn er naar schatting 2,5 medisch vertegenwoordigers voor elke geviseerde arts en hun benadering om voorschrijfgedrag te veranderen is een wetenschap geworden. Artsen prepareren, in de industrie bekend als 'detailing', houdt in dat een profiel gemaakt wordt van hun psychologie, dat hun voorschrijfgedrag wordt nagegaan via gegevens van apothekers, dat hun zwakheden worden gevisieerd en hun ijdelheid gestreeld. Zelfs sceptici kunnen van gedachten veranderd worden met de juiste combinatie van nederigheid en academisch vernis via het overhandigen van handen vol publicaties en uitnodigingen om te doceren. Artsen die geen vertegenwoordigers willen zien, worden via omwegen benaderd.

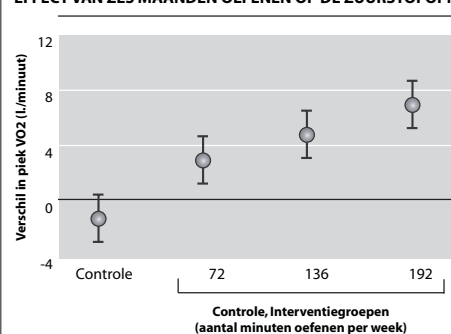
'Detailing' is duur – per geneesmiddel kost dit naar schatting 18 tot 22 miljoen euro per jaar – maar de firma's weten dat het werkt. Hoe

kun je het vermijden? Dat kun je niet. Als je voldoende voorschriften maakt, zullen ze je weten te vinden. Ga voor de aardigheid in het artikel eens na tot welke categorie arts je zelf behoort en welke manipulatietechnieken in dat geval worden aangewend om geneesmiddelen te verkopen. Het artikel is vrij beschikbaar op internet, want het is een onderdeel van een schikking tussen Warner-Lambert, een divisie van Pfizer, en de ministers van justitie van vijftig staten en het district Columbia (VS) omwille van beschuldigingen van een onwettige marketingcampagne voor het geneesmiddel Neurontin® (gabapentin). S.C.

Welke type huisarts ben jij?

- | | |
|--|---|
| ☐ Vriendelijk en vlot | ☐ Voorkeur voor een concurrerend product |
| ☐ Gereserveerd en sceptisch | ☐ Inschikkelijk |
| ☐ Geldbelust | ☐ Moeilijk te pakken te krijgen |
| ☐ Veelvoorschrijver | ☐ Opinielider |

EFFECT VAN ZES MAANDEN OEFENEN OP DE ZUURSTOFOPNAME



Een grote studie bij 464 sedentaire postmenopauzale vrouwen met overgewicht en verhoogde bloeddruk toonde een dosis-responsrelatie aan tussen matig intens oefenen en fitheid over een periode van zes maanden. Vrouwen die slechts 72 minuten per week wandelden of fietsten, verbeterden hun fitheid (VO2 max) met 4,2% vergeleken met de controlegroep die geen extra oefening deed. Vrouwen die 136 of 192 minuten oefenden, verbeterden hun fitheid met respectievelijk 6,0% en 8,2% (P voor trend < 0,001).

De vrouwen veranderden niet van dieet, noch van gewicht. Ook hun cardiovasculair risico verbeterde niet. Daarvoor was de follow-upduur van de studie te kort. Nochtans verloren de groepen die oefenden, wel ongeveer 2 cm van hun lendenomtrek vergeleken met de controles. De onderzoeker zeggen dat hun bevindingen mensen zou moeten aanzetten om te gaan bewegen, zelfs al slagen ze er niet in om de aanbevolen 150 minuten per week (30 minuten op de meeste dagen) actief te zijn. Ook een begeleidend editoriaal is het ermee eens dat zelfs een beetje bewegen goed is, en meer bewegen beter¹. S.C.

Literatuur

1 Min Lee I. Dose-response relation between physical activity and fitness. Even a little is good; more is better. *JAMA* 2007;297:2137-9.

Zie ook: De Sutter A. Bewegen: niet enkel goed voor hart en bloedvaten? *Huisarts Nu* 2007;36:220.

Dosis-responsrelatie tussen fysieke activiteit en fitheid

Church TS, Earnest CP, Skinner JS, Blair SN. Effects of different doses of physical activity on cardiorespiratory fitness among sedentary, overweight or obese postmenopausal women with elevated blood pressure. A randomized controlled trial. *JAMA* 2007;297:2081-91.

Fysieke activiteit bevordert de fitheid, wat op zijn beurt de kans op overlijden vermindert. Maar bestaat er een dosis-responsrelatie? Deze vraag is belangrijk voor artsen die inactieve mensen willen aanzetten tot meer activiteit, maar hen niet willen demotiveren door onrealistisch te zijn.



Aansporen tot meer wandelen: heeft het effect?

Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, et al. Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ* 2007;334:1204.

Het is goed om weten dat het risico op verschillende chronische ziekten (bijvoorbeeld coronaire hartziekten, type 2-diabetes en colonkanker) toeneemt bij fysieke inactiviteit. Wandelen aan een matige snelheid (5 km/uur) gedurende gemiddeld dertig minuten op de meeste dagen van de week blijkt al voldoende te zijn om een substantiële gezondheidswinst te leveren. Als huisarts wordt deze wetenschap pas interessant als je patiënten ook efficiënt kunt aansporen tot meer wandelen.

Een recente systematische review onderzocht hierover interventies gericht op het aansporen van individuen of groepen om meer te wandelen. Hierbij werden 48 gecontroleerde studies geëvalueerd waarvan er 19 ook gerandomiseerd (RCT) waren. En wat blijkt? Interventies aangepast aan de noden van de deelnemers en gericht op de meest sedentairen of op de meest gemotiveerden, blijken deze aan te zetten tot meer wandelen (gemiddeld 30 à 60 min/week of meer), maar het blijft onduidelijk in welke mate dit volgehouden wordt en of dit ook klinische voordelen oplevert. Zowel interventies op individueel niveau als op groeps- of gezinsniveau blijken efficiënt, maar het ziet er naar uit dat niet één bepaalde aanpak gunstig werkt voor iedereen. De ene zal het best reageren op het individueel advies van zijn arts, de ander verkiest het gebruik van een podometer of kan via het internet aangespoord worden, nog een andere heeft nood aan de sociale ondersteuning van een wandelgroep of wordt aangezet om de auto minder te gebruiken vanuit een ecologische bekommernis. Op populatieniveau toont het huidige onderzoek eerder evidentie van werkzaamheid* (*efficacy*) dan van doeltreffendheid* (*effectiveness*). Verder onderzoek moet aantonen of het toegenomen wandelgedrag ook resulteert in het verbeteren van klinisch relevante uitkomstmaten. De keerzijde van dit type interventies zou kunnen zijn dat er meer kwetsuren voorkomen en/of dat het meer wandelen gebeurt ten koste van andere vormen van fysieke activiteit. M.V.N.

* Zie: van Driel M. Minerva. Verklarende woordelijst voor evidence-based medicine. Leuven: Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding, 2001.



Niet wat je zegt, maar hoe je het zegt

Halvorsen PA, Selmer R, Kristiansen IS. Different ways to describe the benefits of risk-reducing treatments. A randomized trial. *Ann Int Med* 2007;146:848-56.

Het is de taak van de moderne arts om informatie te verstrekken over een behandeling, zodat patiënten kunnen beslissen deze al dan niet te accepteren. Maar deze informatie – gewoonlijk de voor- en nadelen – kan op veel verschillende manieren gecommuniceerd worden. Bovendien zou de methode waarvoor je kiest, een aanzienlijke impact kunnen hebben op het enthousiasme van de patiënt voor de behandeling. In één studie waren mensen het meest geneigd om een preventieve behandeling te accepteren als de risicoreductie werd meegedeeld bij middel van de 'number needed to treat' (NNT: het gemiddelde aantal patiënten dat behandeld moet worden om één gebeurtenis te voorkomen). Ze waren significant minder scheutig als het potentieel van dezelfde behandeling werd beschreven, niet om ziekte te voorkomen, maar om ziekte uit te stellen.

De onderzoekers stuurden een vragenlijst die een van drie verschillende scenario's bevatte naar een steekproef van gezonde Noren. In elk scenario was de informatie dezelfde – overgenomen uit gepubliceerde studies over een statine om hartaanvallen te voorkomen of een bifosfonaat om heupfracturen te voorkomen – maar de manier waarop de informatie werd weergegeven, verschilde per scenario. Voor de reductie van het risico op hartinfarct door het gebruik van een statine betekende dit bijvoorbeeld een NNT van 13 patiënten om 1 hartinfarct te voorkomen (scenario 1) wat overeenkomt met het uitstellen van een hartinfarct met 8 maanden bij 1 op 4 patiënten (scenario 2) of het uitstellen van een infarct met 2 maanden voor alle patiënten (scenario 3). Respondenten die het NNT-scenario hadden ontvangen, gaven het vaakst aan dat ze het behandelingseffect dachten te begrijpen en gaven ook het vaakst aan dat ze de preventieve behandeling zouden wensen te nemen. Ook de respondenten die een scenario over de risicoreductie op heupfracturen hadden ontvangen, 'verkozen' de 'number needed to treat'-optie.

De auteurs vergelijken de resultaten met gokken om de voorkeuren van patiënten te verklaren. Het scenario met de 'number needed to treat' impliceert dat één gelukkige helemaal zal ontsnappen aan de gevreesde uitkomst, de andere hebben het enkel over uitstel. Mensen willen blijkaar gokken dat zij die ene gelukkige zullen zijn die gespaard blijft van een hartinfarct.

S.C.