

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



Maken we meer (en beter) gebruik van het EMD dan in de Verenigde Staten?

DesRoches CM, Campbell EG, Rao SR, et al. Electronic health records in ambulatory care. A national survey of physicians. *NEJM* 2008;365:50-60.

Hoewel een elektronisch medisch dossier (EMD) de gezondheidszorg kan bevorderen, waren artsen in de Verenigde Staten traag om met het gebruik ervan te starten.

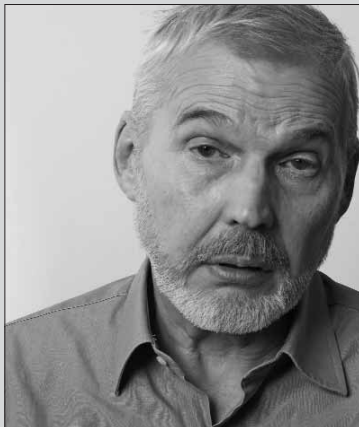
Deze studie gaat na in welke mate artsen het EMD in de ambulante praktijk gebruikten, alsook hun tevredenheid over het systeem, het ingeschatte effect op de kwaliteit van zorg en de ervaren drempels bij het gebruik.

Eind 2007 en begin 2008 werd een nationale enquête uitgevoerd bij 2 758 artsen (62% van de steekproef van aangeschreven artsen), waarin werd nagegaan hoeveel van deze artsen een EMD-systeem gebruikten in hun praktijk en wat het verband was tussen dit gebruik en de kenmerken van de individuele artsen en hun praktijken.

Vier procent van de artsen rapporteerde over een uitgebreid en volledig functioneel EMD-systeem te beschikken en 13% over een eenvoudig systeem. Uit de multivariate analyse bleek onder andere dat eerstelijnsartsen en artsen die in grote groepen en in het westen van de Verenigde Staten werkten, vaker een EMD-systeem gebruikten. De artsen rapporteerden positieve effecten van deze systemen op verschillende dimensies van zorgkwaliteit en een hoge mate van tevredenheid. De belangrijkste barrière was van financiële aard.

Begin 2008 werden EMD-systemen dus maar door een kleine minderheid van artsen in de Verenigde Staten gebruikt, in het bijzonder EMD-systemen die klinische beslissingen ondersteunen, bijvoorbeeld via het genereren van herinneringen voor screening of andere interventies op basis van aanbevelingen. Hoe zou de situatie op dit moment in Vlaanderen of in België zijn? Hoeveel artsen hebben een EMD? Hoe uitgebreid zijn de mogelijkheden en welke worden benut? Zijn ze te duur? Wie levert ons het antwoord?

S. Coenen



4DKL spoort psychische problemen op

Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.

Hoe maak je als huisarts het onderscheid tussen een psychiatrische stoornis en psychosociale problemen? Hoe help je mensen inzien dat hun lichamelijke klachten te maken kunnen hebben met psychische problemen?

Steeds meer huisartsen in Nederland gebruiken de *Vierdimensionele Klachtenlijst* (4DKL), een handige vragenlijst die vier dimensies van psychische klachten meet: distress (= aspecifieke spanningsklachten), depressie, angst en somatisatie. Deze vier scores kunnen helpen om psychosociale klachten te onderscheiden van depressie en angststoornissen, om de ernst van

het lijden te kwantificeren, om somatisatieklachten te signaleren en de psychische problemen verder op te volgen. Bovendien is het een handig instrument om psychosociale klachten bespreekbaar te maken: bij lichamelijk onverklaarde symptomen kan de vragenlijst meegegeven worden zodat de huisarts en de patiënt in een volgend consult de resultaten samen kunnen bespreken. De patiënt die in tussentijd de vragenlijst invult, maakt een bewustmakingsproces door. De huisarts die een tweesporenbeleid wil volgen, hoeft niet alles in één consult waar te maken. Het gezamenlijk bespreken van de 4DKL-scores is bovendien een goede manier om de patiënt te betrekken bij het formuleren van een 'diagnose' en het opstellen van een beleidsplan, wat zijn zelfredzaam vermogen stimuleert en zijn motivatie voor verdere behandeling.

Geïnteresseerd? Deze vragenlijst, waarvan de betrouwbaarheid en validiteit werden aangetoond, is gratis beschikbaar voor niet-commercieel gebruik in de zorgpraktijk en voor wetenschappelijk onderzoek op www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp. In het oorspronkelijke artikel is meer informatie te vinden over gebruiksdoelen, praktische aanpak en interpretatie en bespreking van de 4DKL-scores. Gezien één op drie à vier volwassen huisartsenpatiënten psychische klachten heeft, kunnen we ons afvragen waarom instrumenten als deze niet eerder een plekje veroverd hebben in onze praktijk?

K. Bombeke



NNT niet overtuigend voor patiënten

Goodyear-Smith F, Arroll B, Chan L, et al. Patients prefer pictures to numbers to express cardiovascular benefit from treatment. *Ann Fam Med* 2008;6:213-7.

Wanneer je de patiënt actief wil betrekken in de keuze over het al dan niet opstarten van een preventieve behandeling, is het belangrijk dat deze patiënt de juiste informatie krijgt die bovendien begrijpbaar wordt voorgesteld. Onderzoekers in Nieuw-Zeeland gingen na welke manier van risicocommunicatie patiënten het beste motiveerde om zulke behandeling te starten en welke wijze van voorstelling hun voorkeur genoot. Zij rekruteerden hiervoor uit verschillende sociaaleconomische regio's patiënten van huisartsenpraktijken die bekend waren met een ischemische hartziekte (myocardinfarct, angor of beide) onder behandeling met

statines. Zij werden bevraagd over hun voorkeuren betreffende de wijze waarop de voordelen van het opstarten van een hypothetisch nieuw preventief geneesmiddel voorgesteld werden. De voordelen werden zowel grafisch als numeriek (het relatieve risico (RR), absolute risico (AR), Number Needed to Treat (NNT), Odds Ratio (OR), natuurlijke frequentie) uitgedrukt.

En wat waren de bevindingen? Van de honderd geïnterviewde patiënten was de meerderheid overtuigd om de behandeling te starten ongeacht de wijze van voorstelling. Twee derde van de patiënten drukte een duidelijke voorkeur uit voor één van de voorstellingsvormen. Hiervan had 57% een voorkeur voor de grafische voorstelling. Dan volgde 19% met een voorkeur voor de RR, 13% AR, 9% 'natuurlijke frequentie' en amper één patiënt sprak een voorkeur uit voor de OR. Maar geen enkele patiënt verkoos het NNT!

Negentig procent van de bevroagden prefereerde bovendien een positieve benadering (het beschrijven van de voordelen van de behandeling) boven een negatieve (het beschrijven van de nadelen).

Opmerkelijk is dat de patiënten zich niet zo aangesproken voelden door het NNT. Huisartsen daarentegen veronderstellen immers dat het NNT hen een duidelijke weergave biedt van de voordelen van een behandeling. Gezien grafische voorstellingen wel de voorkeur krijgen van de patiënten is er zeker nood aan het verder ontwikkelen van dergelijke hulpmiddelen voor het betrekken van de patiënt in het beslissingsproces ('shared clinical decision making').

M. Van Nuland



Hormoonsubstitutie: meer kwaliteit?!

Welton AJ, Vickers MR, Kim J, et al. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2008;337:a1190.

De Wisdom-studie (*Women's International Study of long Duration Oestrogen after the Menopause*) werd uitgevoerd van 1999 tot 2002. In deze placebogecontroleerde, dubbelblind gerandomiseerde studie, uitgevoerd in eerstelijnspraktijken in Groot-Brittannië, Australië en Nieuw-Zeeland, werd het effect van gecombineerde hormoontherapie (geconjugeerd equine-oestrogeen 0,625 mg/medroxyprogesterone acetaat 2,5-5 mg) onderzocht op de levenskwaliteit van postmenopauzale vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

De vrouwen die hormoonsubstitutie namen, rapporteerden minder gewrichts- en spierpijnen, hadden een betere slaap en seksueel functioneren, en minder last van vasomotorische symptomen en vaginale droogte. De verbeteringen in slaap en seksueel functioneren waren onafhankelijk van het al of niet bestaan van vasomotorische symptomen. Vaginaal bloedverlies en borstspanning werden aangeduid als negatieve effecten en waren soms een reden om te stoppen met de hormoonsubstitutie. Ze traden echter vooral op bij het opstarten van de therapie. Er was geen invloed op depressieve gevoelens. De resultaten van deze studie zijn consistent met deze van de WHI-studie (*Women's Health Initiative*)¹.

Naar aanleiding van het stoppen van de WHI-trial werd ook de Wisdom-studie voortijdig stopgezet omdat de risico's van hormoonsubstitutie groter bleken te zijn dan de winst. De Wisdom-resultaten zijn dus gelimiteerd door de relatief korte follow-upperiode en

daarom weten we niet of de positieve effecten van hormoonsubstitutie op levenskwaliteit na de menopauze zouden aanhouden bij langduriger therapie en of symptomen zouden terugkomen na het stoppen van de therapie.

De resultaten van de studie zijn relevant voor het behandelen van postmenopauzale vrouwen met klachten van vasomotorische aard, gewrichtsklachten, slaapstoornissen en verminderd seksueel functioneren. Maar vrouwen die na de menopauze met gecombineerde hormoontherapie starten, moeten de risico's zoals cardiale problemen, trombose en borstkanker goed afwegen tegenover de positieve effecten op levenskwaliteit. Ze moeten ook rekening houden met bijwerkingen en dan vooral in het begin van de therapie. De winst in levenskwaliteit kan nu meegenomen worden bij de geïndividualiseerde counseling van postmenopauzale vrouwen over het al of niet aanwenden van hormoonsubstitutie.

K. Hendrickx

Literatuur

- 1 Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.



(Te) intensieve medicamenteuze behandeling van diabetes type 2 loont niet!

- 1 The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2545-59.
- 2 The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2560-72.

Twee recent gepubliceerde grote trials over de agressieve medicamenteuze aanpak van diabetes type 2 konden geen reductie van cardiovasculaire complicaties aantonen. Beide trials rekruteerden meer dan 10 000 patiënten met langdurende diabetes type 2. Van deze patiënten had ongeveer één derde een vasculaire ziekte in de voorgeschiedenis en de rest

had op zijn minst één risicofactor. De eerste trial (ACCORD) die als doel stelde een hemoglobine A1c (HbA1c) lager dan 6% te bereiken, werd na 3,5 jaar follow-up beëindigd omdat men geconfronteerd werd met een significante toename van de sterfte (hazard ratio 1,22 ; 95% BI 1,01-1,46) in de interventiegroep¹. In de tweede trial (ADVANCE) was het doel de HbA1c lager dan 6,5% te krijgen door het intense gebruik van gliclazide in combinatie met andere medicaties². Hoewel de patiënten in de interventiegroep minder nefropathie ontwikkelden binnen de eerste vijf jaar (4,1%) vergeleken met de controlegroep (5,2%), kon er geen effect op cardiovasculaire incidenten worden aangetoond.

Twee gekoppelde editoria^{3,4} speculeren over de mogelijke factoren die deze onverwachte resultaten zouden kunnen verklaren (meer hypoglykemie, snelle val in HbA1c, meer uitgesproken gewichtstoename,...) en besluiten dat het wellicht een combinatie van verschillende factoren betreft. Beide benadrukken echter wel dat het na te streven HbA1c-gehalte voor hoogrisicopatiënten behouden moet blijven op 7%. Het controleren van hyperglykemie blijft belangrijk, maar het bereiken van de richtwaarden van serumlipiden en bloeddruk is ook van belang. En uiteindelijk bereikte minder dan 10% van de patiënten deze richtwaarden voor alle drie factoren.

Uit de vernoemde studies kan men besluiten dat een te rigoureuze medicamenteuze aanpak van type 2 diabetici gericht op het ultrascherp onder controle krijgen van het HbA1c, een brug te ver is.

M. Van Nuland

Literatuur

- 3 Dluhy RG, McMahon GT. Intensive glycemic control in the ACCORD and ADVANCE trials. *N Engl J Med* 2008;358:2630-3.
- 4 Cefalu WT. Glycemic targets and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2008;358:2633-5.



Lachen en pijn

Stuber M, Hilber SD, Mintzer LL, et al. Laughter, humor and pain perception in children: a pilot study. *eCAM* 2007;nem097.

Deze studie over pijnperceptie bij lachen en humor werd uitgevoerd in een Amerikaanse kinderkliniek en gepubliceerd in het tijdschrift *'Evidence Based Complementary and Alternative Medicine'* (sic!). Volgens het aantal getelde lachepisoden zouden grappige video's 'tijdens' een pijnprovocatie met ijswater (niet 'daarvoor' of 'daarna') de pijntolerantie gunstig beïnvloeden. Voor de auteurs is er voldoende *suggestie* om in de praktijk humor te benutten als afleiding bij pijnlijke interventies.

De literatuur over het verband tussen pijn en lachen begon bij Darwin in 1872 en kwam in een stroomversnelling met Norman Cousins die als spondylitispatiënt zijn eigen herstel door

middel van lachen neerschreef¹. In 2001 wees Martin in een review van vijftien ernstige (resic!) studies echter op het totale gebrek aan coherentie daarin². Vanuit zijn expertise als methodologisch geschoolde psycholoog formuleerde hij aandachtspunten voor humoronderzoekers. Is gevoel voor humor als voorwaarde de belangrijkste variabele? Is de stimulus humor, lachen of glimlachen? Gaat de respons via relaxatie, stressreductie, distractie, neutraliseren van negatieve emoties en/of is er een parasympathische recuperatie en productie van opioïden? Hij wees er overigens op dat ook bij 'negatieve' stimuli als angst, afgrijzen en leedvermaak winst wordt gerapporteerd.

De volkswijsheid 'lachen is gezond' heeft dus nog steeds grote moeite om wetenschappelijke aanknopingspunten te vinden. Ondanks het gebrek aan evidence voor het humoronderzoek komen wel een aantal vuistregels van pas. Zo maakt men het best een onderscheid tussen humor en lachen. In de praktijk blijkt dat vele lachepisoden niet door humor worden uitgelokt en dat anderzijds humor en lachen, zeker in combinatie met pijntolerantie, bij uitstek multidisciplinaire onderzoeksdomeinen zijn. Bij gebrek aan definities van humor (en van pijn) is het ten slotte aangewezen de gegevens in te passen in het eigen mensbeeld, bijvoorbeeld het biopsychosociale model.

H. Stuer

Literatuur

- 1 Cousins N. Anatomy of an illness. Norton, 1975.
- 2 Martin RA. The psychology of humor: an integrative approach. Burlington, MA: Elsevier Academic Press, 2007.

International Society for Humor Studies

De jaarlijkse Zomerschool voor Humoronderzoekers ging door in Roemenië. Naast de gastvrijheid van dit land 'in herstel' viel het enthousiasme op van de uitsluitend vrouwelijke academici. Inhoudelijk hebben linguïstiek en psychologie nog steeds de bovenhand op deze hogeschool die hoge eisen stelt aan wie humor theoretisch wil onderbouwen. De rapporten uit toepassingsgebieden waren gewijd aan humor in de media en in de computerwereld en aan de op gang komende observaties uit het onderwijs. Artsen en therapeuten waren, zoals doorgaans, afwezig in dit studieveld. Uitzondering was de vorige ontmoeting aan de universiteit van Fribourg waar de bevindingen over functionele MRI bij humor en lachen en de reviews over 'humor & gezondheid' garant stonden voor majeure presentaties. Meer informatie: International Society for Humor Studies (ISHS).