

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

VOOR EEN KLEIN SUPPLEMENT WAT MEER VERWEND



Van de Glind I, van Dulmen S, Goossensen A.

Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms.

Patient Educ Couns 2008;73:215-19.

Patiënten kiezen dikwijls een eenpersoonkamer wanneer ze in het ziekenhuis opgenomen worden, zeker als ze op een hospitalisatieverzekering kunnen terugvallen. Eén van de voordelen is ongetwijfeld de mogelijkheid om met de behandelen-

de arts te kunnen overleggen onder vier ogen, in plaats van tussen vier bedden. In een Nederlandse studie werd het verschil tussen de arts-patiëntcommunicatie in kamers met vier bedden versus een eenpersoonskamer bestudeerd.

De onderzoekers randomiseerden patiënten tot een verblijf in een eenpersoonskamer of een vierpersoonkamer en namen tijdens de zaalronde 32 gesprekken op video op. Daarnaast volgde een observator dezelfde zaalarts met een checklist in de hand. Op deze manier werden volgende uitkomstmaten in kaart gebracht: de spreekduur van arts en patiënt, de verbale en non-verbale communicatie bij beiden (onder andere 'emotional cues' en de reactie daarop) en de mate waarin de arts en de patiënt intieme onderwerpen aansneden.

De gemiddelde gespreksduur in de eenpersoonskamers was 4,6 minuten tegenover 2,6 minuten in de kamers met vier bedden. Het aandeel van de patiënt en de arts in deze gespreksduur verschilde niet tussen beide kamers (ongeveer 25% voor de patiënt en 40% voor de arts). Patiënten in eenpersoonskamers gaven meer emotionele (5 versus 3) en meer informatieve

hints (2,3 versus 0,6). En de arts beantwoordde deze 'cues' dubbel zo frequent en significant empathischer. Het gebruik van open vragen, onderhandelen of psychologische exploratie verschilde niet, evenmin was er een verschil in de totale non-verbale patiëntgerichtheidsscore. Anderzijds namen patiënten in eenpersoonskamers actiever deel aan het beslissingsproces en toonde de arts non-verbaal meer bezorgdheid, terwijl patiënten meer nervositas aan de dag legden. Zowel in de eenpersoonskamers als in de vierpersoonskamers werden amper intieme onderwerpen aangekaart.

Deze kleine studie illustreert mooi hoe plaats en ruimte van invloed zijn op de arts-patiëntcommunicatie en dat een eenpersoonkamer meer voordelen kan bieden dan enkel meer rust en privacy voor de (geprivilegerde) patiënt. Dit is een belangrijk argument om in bouwplannen van ziekenhuizen aparte ruimtes te voorzien voor privégesprekken met patiënten en hun familie.

K. Bombeke

NIEUW OPWARMINGSPROGRAMMA '11+' VERMINDERT SPORTBLESSURES



Soligard T, Myklebust G, Steffen K, et al.

Comprehensive warm-up programme to prevent injuries in young female footballers: cluster randomised controlled trial.

BMJ 2008;337:a2469.

In de meeste sportclubs is opwarming routine geworden. De ernst waarmee dit gebeurt, kan weleens verschillen tussen clubs en spelers onderling. De theorie dat een opwarming zinvol is ter preventie van blessures lijkt logisch, toch zijn de gegevens uit de sportmedische literatuur eerder dubieus en zelden onderbouwd door gerandomiseerde klinische trials.

Een Noorse studie die onlangs in de *British Medical Journal* verscheen, toont aan dat een opwarmingsprogramma van 20 minuten, ontwikkeld door het Oslo Sports Trauma Research Center in samenwerking met de Fédération Internationale de Football Association (FIFA), het blessurerisico significant verlaagt bij jonge vrouwelijke voetballers. Vrouwen hebben een groter risico op ernstige kwetsuren, zeker van de voorste kruisband.

'11+' is een 20 minuten durend gestructureerd opwarmingsprogramma, dat bestaat uit loop-, neuromusculaire en krachtoefeningen. Het combineert klassieke opwarming (verhogen lichaamstemperatuur,

spierstretching en bewegingsoefeningen) met extra oefeningen voor stabiliteit, kracht en proprioceptie.

In 2007 werden 125 clubs uit heel Noorwegen uitgenodigd om deel te nemen aan dit project, in totaal ruim 2 500 spelers tussen 13 en 17 jaar. De helft van de teams werd gevraagd '11+' als warm-up te gebruiken voor iedere training en wedstrijd gedurende het hele seizoen (*interventiegroep, 65 clubs, 1 320 spelers*); de andere helft werd gevraagd zich op te warmen zoals ze gewoon waren (*controlegroep, 60 clubs, 1 220 spelers*).

Tijdens het seizoen werden blessures, trainings- en matchtijd per speelster geregistreerd alsook het gebruik van het '11+'-programma. Op het einde van het seizoen stelden de onderzoekers vast dat de blessures in het algemeen met 32% waren afgenomen en dat er 45% minder ernstige blessures (>28 dagen voetbalverlet) en 53% minder overbelastingsblessures waren voorgekomen. Spelsters die het '11+' nauwgezet gevolgd hadden, hadden zelfs een risicoreductie van 35% in vergelijking met speelsters met een matige compliantie.

Volgens de onderzoekers kan een opwarmingsprogramma als '11+' ook bij mannen worden gebruikt, ook bij sporten zoals basketbal, handbal en volleybal, en bij nog jongere spelers. Wellicht heeft iedere sporter van gelijk welk niveau baat bij deze uitgebreide opwarming van 20 minuten. Het demonstratiefilmpje is te bekijken op www.klokavskade.no/no/SkadeFri/Fotball/SPILEKLAR.

N. Adriaenssens

NIET HARDER MAAR SLIMMER WERKEN



Okie S. Innovation in primary care, staying one step ahead of burn out. *N Engl J Med* 2008;359:2305-9.

Er wordt gezegd dat we in België afstevnen op een huisartsentekort. Op dit moment is de praktijkgrootte in België vergeleken met andere Europese landen, relatief klein met gemiddeld ongeveer 1 100 patiënten per huisarts¹. In het Verenigd Koninkrijk en Nederland is die praktijk al snel tweemaal groter en toch zijn de arbeidsomstandigheden er beter. In Nederland is de malaise in het aantrekken van huisartsen helemaal verdwenen; jonge collega's staan er weer in de rij om huisarts te worden.

In de Verenigde Staten wordt bijna tweemaal zoveel aan gezondheidszorg uitge-

geven dan in de meeste Europese landen. Nog meer dan in ons land gaat dit geld naar specialistische zorg. Het systeem is er ook hospitaalgecentreerd. Specialisten verdienen er fors meer, de glamour en het geld zitten er duidelijk in de andere sectoren. En ook daar is het moeilijk huisartsen aan te trekken. De taak van de huisartsen, of 'family doctors' zoals ze daar genoemd worden, wordt steeds zwaarder. De patiënten worden ouder, er is meer overleg gewenst, op het vlak van aantoonbare kwaliteit worden de eisen snel steeds strenger en door de multimorbiditeit en de steeds ingewikkelder wordende eisen van de betalende van de zorg (ziekenfondsen die heel precieze eisen stellen aan de output van de zorg) wordt ook de zorg steeds ingewikkelder...

Wat het artikel van Susa Okie in de *New England Journal of Medicine* en de voorbeelden van het Verenigd Koninkrijk en Nederland verbindt, is de mogelijkheid om slimmer te werken. Dat heeft alles te maken met de praktijkorganisatie. Hoeveel huisartsen meten nog de bloeddruk bij patiënten die reeds jaar en dag goed staan ingesteld? En wat te denken van een reeks andere routinetaken zoals uitstrijkjes nemen (daar houden in dit land zelfs honderden specialisten zich mee bezig!) en preventieve taken zoals griepvaccinaties? Vaak verzinnen we er een goede reden bij: we moeten een band met de patiënt opbouwen. Maar in een landschap waarbij het aantal huisartsen krimpt en de echt

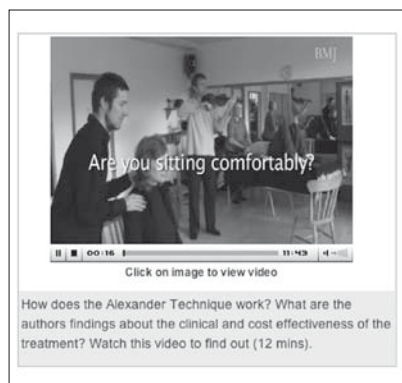
inhoudelijke taken toenemen, is dat natuurlijk helemaal niet slim. Okie pleit er dan ook voor om slimmer te werken. In haar artikel meldt ze dat een groot deel van de taken onder supervisie van de huisarts kunnen worden uitgevoerd door getrainde hulpkrachten (assistenten en verpleegkundigen, al naargelang de taak). En dat levert meer output (en meer geld) en minder stress op voor de huisartsen.

De hier aangehaalde voorbeelden zijn een uitnodiging voor de huisartsen in dit land om hun taakomschrijving te herzien. Hiervoor missen we echter de nodige visie. We moeten nadenken over de aansturende rol van de huisarts (en dus niet de uitvoerende) in het zorglandschap. Er moeten incentives komen om de huisarts actief verpleegkundigen werkzaamheden te laten verrichten die zij op routinematige basis waarschijnlijk veel beter zullen doen dan huisartsen. Huisartsen zullen dan veel minder routinetaken uitvoeren en meer dan nu de echte geneeskunde kunnen beoefenen. En samen met het plezier in het vak zal ook hun inkomen stijgen.

R. Remmen

¹ Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, et al. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? KCE reports 76A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2008.

ALEXANDERTECHNIEK DOELTREFFEND IN DE AANPAK VAN CHRONISCHE RUGPIJN



Little P, Lewith G, Webley F, et al.

Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *BMJ* 2008;337(aug19_2):a884.

De huisarts ziet vaak patiënten met chronische lagerugpijn. Slechts een beperkt aantal interventies kunnen een verbetering over een langere termijn aantonen. Oefentherapie onder begeleiding heeft een matig gunstig effect. Een recent uitgevoerd klein onderzoek suggereerde dat het toepassen van de Alexandertechniek een gunstig effect heeft, alleszins op korte termijn. Bij deze techniek krijgen patiënten individueel vaardigheden voor zelfhulp aangeleerd waarbij de nadruk ligt op het corrigeren van slechte houdingen die een nadelig effect hebben op de spierto- nus en de neuromusculaire coördinatie.

Engelse huisarts-onderzoekers hebben nu in een grote trial met bijna 600 chronische rugpatiënten het effect op langere termijn van het toepassen van deze techniek geëvalueerd en vergeleken met massage en met advies tot (aerobe) beweging met gedragsgerichte counseling door een praktijkhulp. De trial had vier armen: 1) een controlegroep kreeg de gebruikelijke zorg; 2) een groep volgde 24 lessen in de Alexandertechniek; 3) een groep volgde zes lessen in de Alexandertechniek; 4) een laatste groep kreeg massage. De helft van de patiënten in elke groep kreeg daarnaast een voorschrift voor meer beweging samen met ondersteunende gedragsgerichte counseling; de andere helft kreeg dit niet. Als primaire uitkomstmaten werden de scores op de gevalideerde 'Roland Morris Disability Questionnaire' en het 'gemiddeld aantal dagen met rugpijn tijdens de afgelopen vier weken' genoteerd na drie maanden en na één jaar.

Na één jaar behaalde de groep met 24 lessen in de Alexandertechniek het beste resultaat. De groep met zes lessen Alexandertechniek en het advies tot meer (aerob) bewegen had een bijna even doeltreffend resultaat. Massage daarentegen bleek (vooral) op langere termijn maar weinig effect te hebben.

Uit een aanvullende kostenevaluatie bleek bovendien dat zes lessen met advies tot

aerob bewegen het meest kosteneffectief was (binnen het Britse gezondheidszorgsysteem) ¹.

De rapportering in de *BMJ* van deze kostenanalyse illustreert trouwens mooi het nieuwe publicatiebeleid van dit 'top vijf'-tijdschrift ²: de volledige tekst van de onderzoeksartikels is door iedereen als een 'open access'-artikel te lezen op *bmj.com*. In de gedrukte versie van het tijdschrift staat nog uitsluitend een verkorte versie (in PICO-formaat) en men kan een commentaar beluisteren op de wekelijkse *BMJ*podcast. Bovendien kunt u bij het hier aangehaalde onderzoek nog een 12 minuten durende illustratieve video bekijken op www.bmj.com/cgi/content/full/337/aug19_2/a884 waarin u het toepassen van de Alexandertechniek in de praktijk ziet. Zeker de moeite waard om te bekijken.

M. Van Nuland

1 Hollinghurst S, Sharp D, Ballard K, et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain: economic evaluation. *BMJ* 2008;337(dec11_2):a2656.

2 Groves T, Godlee F. Innovations in publishing BMJ research. *BMJ* 2008;337(dec29_1):a3123.

STOPPEN MET BENZODIAZEPINEN



Gorgels WJM. Stoppen met benzodiazepinen. *Huisarts Wet* 2009;52:95-101.

In Nederlandse huisartsenpraktijken werd een prospectief gecontroleerd interventie-onderzoek uitgevoerd dat gericht was op het verminderen van langdurig benzodiazepinegebruik (meer dan 3 maanden). Een minimale interventie met een stopbrief was de

eerste stap. Na 3 tot 6 maanden werd een door de huisarts begeleid dosisafbouwprogramma aangeboden. Beide interventies waren effectief. Na de brief stopte 24% van de gebruikers versus 12% die geen stopbrief kreeg. De dosisafbouw was succesvol voor twee van de drie deelnemers, maar slechts 17% van de gebruikers die niet stopten na de brief, wilde aan de dosisafbouw meedoen.

Toevoeging van groepspsychotherapie had geen meerwaarde.

De helft van de langdurige gebruikers van benzodiazepinen die na een stopbrief of dosisafbouw konden stoppen, hield dat minstens 18 maanden vol. De andere helft gebruikte substantieel minder dan voorheen.

Ook de mening van de huisarts over de afbouwstrategie werd geëvalueerd: 89% vond de stopbrief een adequate methode en 88% vond het afbouwschema goed uitvoerbaar in de praktijk. Wel zouden de

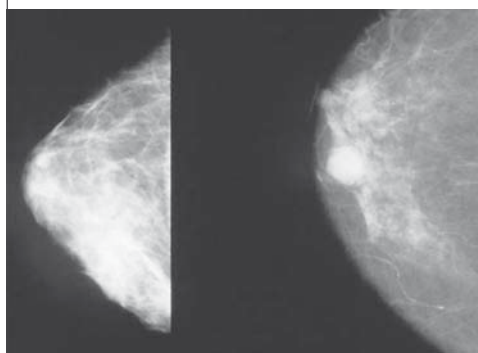
huisartsen het schema aanpassen aan de individuele patiënt, bijvoorbeeld door telefonische consultatie in plaats van een afbouwconsult of door gebruikers sneller of langzamer door het afbouwschema heen te leiden. Verder stonden huisartsen positief tegenover specifieke gespreks-training voor deze ondersteuning.

Daarnaast werd het onderzoek van enkele Deense huisartsen aangehaald. Deze behaalden bijna 50%-reductie door drie eenvoudige regels toe te passen: 1) geen telefonische herhalingsrecepten, maar voor

elk recept een consult; 2) tijdens dit consult de noodzaak van verlenging bespreken; 3) voorschrijven voor maximaal één maand. Als goed voornemen voor 2009 kan de huisarts toch proberen om in zijn praktijk het benzodiazepinegebruik te verminderen. Het Deense model leent zich hier uitstekend toe.

L. De Deken

ZIEKTE BIJ BV'S: MET Z'N ALLEN NAAR DE SCREENING?



Use of breast cancer screening and treatment services by Australian women aged 25-44 years following Kylie Minogue's breast cancer diagnosis. *Int J Epidemiol* 2008;1-7.

We leven in een tijdperk waarin bekende Vlamingen (BV's) of bekende buitenlanders (BB's) hoog in aanzien staan. De dagelijkse bezigheden van acteurs, zangers, schrijvers, atleten of winnaars van tv-spelletjes: het is allemaal belangrijk nieuws. En die beroemde mensen worden ook weleens ziek. Ook dat groot nieuws wordt vaak breed uitgesmeerd in de media. Deze media-aandacht kan mensen bewuster maken van bepaalde ziektes.

In mei 2005 werd bij de Australische en internationaal bekende zangeres-actrice Kylie Minogue borstkanker gediagnosticeerd. In de weken na deze bekendmaking was de berichtgeving over borstkanker twintig keer uitgebreider dan ervoor. In de doelgroep voor preventief screeningsonderzoek steeg het aantal afspraken voor een mammografie spectaculair: bij vrouwen tussen de 50-69 jaar die reeds vroeger gescreend waren, zag

men een toename van 40%; bij vrouwen die nooit eerder gescreend waren, steeg het aantal met 101%! Maar ook bij vrouwen tussen 25-44 jaar zag men een grote toename van verwijzingen voor mammo's en/of echo's. Dit had ongetwijfeld te maken met het feit dat Kylie Minogue slechts 36 jaar oud was. Routinescreening wordt echter in deze leeftijdsgroep niet aanbevolen: de incidentie van borstkanker is laag en een mammografie is moeilijker te interpreteren. In de twee kwartalen na de berichtgeving over Kylie Minogue zag men naast de toename van verwijzingen voor mammo's/echo's een evenredige toename in het aantal borstbiopsies. Er was echter geen toename in het aantal behandelingen voor kanker. De toename in onderzoeken heeft vooral ongemak en angst veroorzaakt, om nog maar te zwijgen over het onnodige geld- en het tijdverlies.

Jonge vrouwen kunnen in Australië – net zoals bij ons – enkel een mammografie krijgen na verwijzing door hun arts. Er werd dus veel meer verwezen. Dit toont dat de artsen ofwel ook onderhevig zijn aan de mediadensens ofwel zich machteloos voelen tegenover de druk en angst van de patiënten die een verwijzing vragen. In één op zes mediaberichten rond Kylie Minogue werd aangeklaagd dat de regering geen vrije toegang tot screening voor vrouwen onder de 40 jaar toestond, terwijl er maar heel weinig aandacht besteed werd aan de wetenschappelijke argumenten hiervoor. Dit heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat de artsen minder geneigd waren om zich aan de screeningsrichtlijnen te houden. Deze studie toont dat ziekten van beroemdheden een gelegenheid kunnen bieden om bij het publiek 'gezonde' acties te stimuleren, maar evengoed een onderbouwde, adequate en kosteneffectieve zorgverlening kunnen ondermijnen. Daarom moet worden nagedacht over hoe dit in de media wordt gebracht. Hoe groot zou bijvoorbeeld het extra aantal vrouwen zijn dat een afspraak gemaakt heeft voor een gynaecologische controle, al dan niet bij hun huisarts, na de recente bekendmaking van baarmoederkanker bij een BV? En hoeveel extra echo's en uitstrijkjes heeft dit meegebracht?

A. De Sutter