

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

NIET ONMIDDELIJK OM VROLIJK VAN TE WORDEN



- Marquet R, Donker G. Praten over suicide-gedachten. *Huisarts Wet* 2009;52:267.
- Baas KD, Wittkamp KA, Van Weert HC, et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert weinig op. *Huisarts Wet* 2009; 52:269-74.
- Wittkamp KA, Van Zwieten M, Smits FT, et al. Wat denken gescreende patiënten met een depressie over hun diagnose? *Huisarts Wet* 2009;52:274-80 (dubbelpublicatie in *Huisarts Nu* 2009;38:148-54).
- Van Marwijk HWJ, Ader H, De Haan M, et al. Disease management voor depressieve patiënten van 55+. Uitkomsten van een gerandomiseerd onderzoek. *Huisarts Wet* 2009;52:281-6.
- Kendrick T, Dowrick C, Mc Bride A, et al. Management of depression in UK general practice in relation to cores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. *BMJ* 2009;338:750.

Huisarts en Wetenschap verzamelt in zijn bisnummer van mei vier onderzoeksartikels, samen met nog enkele bijdragen over depressie en de rol van de huisarts bij de zorg voor depressieve patiënten. Wat valt eruit te leren? Spreken over suïcide gedachten is cruciaal. Voor een suïcide of een suïcidepoging heeft de helft van de patiënten nog contact met zijn huisarts. Slechts 7% van de patiënten die zelfmoord plegen, had hierover een gesprek met de huisarts. Verrassend terwijl richtlijnen aandringen om bij een vermoeden van depressie expliciet het risico op suïcide te exploreren.

Huisartsen krijgen soms het verwijt dat ze depressies zouden onderdiagnosticeren. Hierdoor zouden patiënten dan niet de zorg krijgen waarop ze recht hebben. Systematische screening van risicogroepen (lichamelijk onverklaarbare klachten, patiënten die frequent consulteren en patiënten met gekende psychosociale problemen) zou dan toelaten depressies beter te diagnosticeren en accurater te behandelen. Men ontdekt dan misschien wel meer patiënten met een depressieve stoornis, maar slechts 1 op 5 van deze patiënten is ook bereid om een behandeling te aanvaarden voor iets waarvoor hij niet naar de huisarts is gekomen.

In het Verenigd Koninkrijk zijn huisartsen nu verplicht om, voor ze antidepressiva mogen voorschrijven, via scorelijsten de ernst van een depressie in te schatten. Kendrick et al. onderzochten de opvattingen hierover bij huisartsen en patiënten. Patiënten waardeerden dit, maar huisartsen hadden daarentegen ernstige twijfels: stoort dit instrument de relatie met de patiënt niet en is het wel betrouwbaar?

Bij Nederlandse patiënten die deelnamen aan een screening naar depressieve klachten, stelde men vast dat ze de aandacht wel waardeerden, maar dat een groot deel zich niet herkent in de diagnose van depressieve stemming. Patiënten staan wellicht

huiverachtig tegenover het label 'depressie' of misschien hebben ze de perceptie dat een behandeling toch weinig perspectief biedt.

Als huisartsen beter opgeleid zouden worden om patiënten met depressieve klachten accurater te behandelen, zou dit dan een verschil maken? Niet echt, want huisartsen die een gestructureerde instructie kregen over hoe om te gaan met depressieve klachten, zagen slechts een beperkte verbetering van de klachten bij hun depressieve patiënten in vergelijking met patiënten aan wie de huisarts gewone zorg bood.

Willen we patiënten met een depressieve stoornis helpen, dan is het eigenlijk voldoende om de zorg, zoals voorgesteld in de aanbeveling Depressie¹, toe te passen. Men kan de diagnostiek optimaliseren door zeker bij de hoogrisicogroepen (patiënten die vaak consulteren, lichame-lijk onverklaarbare klachten, benzodiazepinegebruikers en patiënten met gekende psychosociale problematiek) actief te informeren naar de kernsymptomen van een depressie. Het is belangrijk om deze patiënten te motiveren zich te laten behandelen. Voor een aantal patiënten zal een behandeling de lijdensdruk verminderen, maar de winst blijft beperkt.

M. Lemiengre

1 Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.

LEEFSTIJL EN DE INCIDENTIE VAN DIABETES BIJ OUDEREN



Mozaffarian D, Kamineni A, Carnethon M, et al. Lifestyle risk factors and new-onset diabetes mellitus in older adults: The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2009;169:798-807.

Onze leefstijl heeft een belangrijke invloed op onze gezondheid, maar ook op het ontstaan en de evolutie van bepaalde ziektebeelden. Diabetes (en het metabool syndroom) is hiervan een mooi voorbeeld. Onderzoek heeft aangetoond dat diabetes kan worden voorkomen mits aanpassingen van de leefstijl¹ en dat de evolutie van het metabool syndroom naar diabetes erdoor kan worden afgeremd². Bij hoogrisicodiabetespatiënten kan het ontstaan van cardiovasculair lijden met de helft worden verminderd³ en ook de mortaliteit bij diabetespatiënten daalt door een globale, multifactoriële aanpak (leefstijl + medicatie) waarbij alle risicofactoren strikt worden aangepakt⁴.

In een recent epidemiologisch cohortonderzoek werd de invloed van een gecombineerde risicovolle leefstijl op de incidentie van diabetes nogmaals aangetoond, ditmaal in een algemene oudere bevolking. Gedurende tien jaar werd de leefstijl geëvalueerd bij 4 883 65-plussers (gemiddelde leeftijd 72,7 jaar). Men hield rekening met lichaamsbeweging, voedingsgewoon-

ten, roken en alcoholconsumptie, naast een evaluatie van zwaarlijvigheid (BMI en buikomtrek). Opvallend in deze populatie is dat de criteria voor een laag risico werden gehaald door zowat de helft van de geïncludeerde mensen, op zwaarlijvigheid na. Slechts 40,2% had een BMI <25 kg/m² en 35,4% had een 'laag risico' buikomtrek (gedefinieerd als <88 cm voor vrouwen en <92 voor mannen).

Tijdens de tien jaar follow-up werd bij 337 mensen diabetes vastgesteld, dit is 9,8 per 1 000 persoonsjaren. Na correctie voor leeftijd, geslacht, ras, opleidingsniveau, jaarlijks inkomen en andere begeleidende leefstijlfactoren zag men dat elke leefstijlfactor onafhankelijk was gecorreleerd met het ontstaan van diabetes. In de groep met een meer dan gemiddelde lichaamsinspanning kon dit risico worden gereduceerd met 26%, bij gezonde eetgewoonten werd dit risico gereduceerd met 31%, afhankelijk van de rookstatus met 23% en bij gering alcoholverbruik tot 34%. Kijken we naar de zwaarlijvigheidsindexen, dan werd bij een BMI <25 kg/m² het risico gereduceerd met 45%; bij een buikomtrek <88 cm voor vrouwen en <92 cm voor mannen verminderde het risico op diabetes met 46%. In combinatie werd een sterke omgekeerd evenredige verhouding gezien tussen het aantal laagrisicoleefstijlfactoren en de incidentie van diabetes. Indien de vier geëvalueerde risicofactoren samen aanwezig waren in 'laag risico', dan zouden acht op tien diagnoses van diabetes kunnen worden voorkomen. Kon daarbij de factor afwezigheid van zwaarlijvigheid worden toegevoegd, dan werd dit zowat negen op tien.

In deze studie werd de diagnose van diabetes op verschillende manieren gesteld waardoor de uniformiteit van de groep mensen met diabetes misschien niet maximaal is. De incidentie van diabetes zou daardoor zelfs nog onderschat kunnen zijn. Deze studie leert echter dat de leefstijl een enorme invloed heeft op het ontstaan van diabetes, ook later in het leven.

Net in deze leeftijdsfase worden er heel wat geneesmiddelen geconsumeerd. Deze hebben vaak niet alleen een sterke werking, maar daarnaast gewoonlijk ook een belangrijke bijwerking. Het effect van deze geneesmiddelen is vaak niet onderzocht in een hoogbejaarde populatie die vaak uitgesloten wordt bij trials wegens de aanwezigheid van comorbiditeit. Het preventieve effect van leefstijlaanpassingen bij bejaarde mensen blijkt echter zeer indrukwekkend en is zowat vrij van bijwerkingen. Is de tijd dan niet rijp zijn om meer onderzoek te doen naar succesfactoren voor het initiëren en ondersteunen van leefstijladviezen? Laten we alvast starten met een goede 'marketingcampagne' van deze strategie naar de bevolking.

J. Wens

- 1 Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.
- 2 Wens J, Effect van metformine en leefstijlinterventies op 'metabool syndroom'. *Minerva* 2006;5:23-6. Bespreking van: Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, et al. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: The Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med* 2005;142:611-9.
- 3 Sunaert P, Feyen L. Steno-2 studie: multifactoriële aanpak bij diabetes type 2. *Minerva* 2004;3:11-4. Bespreking van: Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-93.
- 4 Wens J. Invloed van een multifactoriële interventie op mortaliteit bij type 2-diabetes. *Minerva* 2008;7:106-7. Bespreking van: Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:580-91.

ACUPUNCTUUR BIJ CHRONISCHE LAGERUGPIJN



Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al.

A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain.

Arch Intern Med 2009;169:858-66.

Recent werd een kwalitatief hoogstaande RCT gepubliceerd die de effectiviteit van acupunctuur naging voor chronische lagerugpijn (zie ook het commentaarstuk over acupunctuur in de huisartsgeneeskunde op blz. 215). Naast de vraag of acupunctuur een effectieve behandelmethode is voor klachten en disfunctie gerelateerd aan chronische aspecifieke rugpijn, werd onderzocht wat het belang was van de puntkeuze en het al dan niet penetreren van de huid. Hiervoor werden 638 volwassenen na randomisatie toegewezen aan

vier groepen: twee interventiegroepen met acupunctuur, één controlegroep met nep-acupunctuur en één groep zonder acupunctuur ('usual care').

De eerste groep kreeg een geïndividualiseerde acupunctuurbehandeling. Een ervaren acupuncturist stelde in deze groep een 'traditioneel Chinese diagnose' als basis voor de individuele puntkeuze. Het aanprikken gebeurde door een andere acupuncturist. In een tweede groep werd gebruikgemaakt van een standaardbehandelschema. Bij al deze patiënten werden dus dezelfde vooraf bepaalde acupunctuurpunten aangeprikt. Bij een derde groep werd via een geraffineerde methode met tandenstokers, naaldgeleiders en vooraf geoefende handelingen het gevoel gegeven dat acupunctuurnaalden ingebracht werden. Alle patiënten werden letterlijk geblindeerd en wisten niet volgens welke methode ze behandeld werden. Groep vier werd geen acupunctuur aangeboden en kreeg 'usual care'. Bijzonder is dat als controle niet de gebruikelijke 'sham-acupuncture' werd gebruikt, waarbij er oppervlakkig geprikt wordt op niet-acupunctuurpunten. De huid werd in de controlegroep immers niet doorprikt; dezelfde punten werden gebruikt als in het standaardschema.

De meest opvallende resultaten waren dat de primaire uitkomstmaten – dit zijn de scores op de vragenlijsten die peilden

naar rugpijngelateerde disfunctie en last – significant verschilden in het voordeel van acupunctuur en dit tot één jaar na de behandeling. Ook enkele secundaire uitkomstmaten als school- en werkverlet, medicatiegebruik en aantal artsenbezoeken waren in het voordeel van de acupunctuurgroepen. Markant en tevens de grote verdienste van dit onderzoek was de vaststelling dat het geen rol leek te spelen of nu een geïndividualiseerde, gestandaardiseerde dan wel een gesimuleerde acupunctuurbehandeling werd aangeboden. Volstaan een blinddoek, tandenstokers, naaldgeleiders en wat handigheid om onze patiënten met chronische lagerugpijn op een volstrekt veilige manier vooruit te helpen? Of besparen we ons een cursus 'traditionele Chinese geneeskunde' en prikken we (ongeblyndeerd) enkele standaardpunten?

Wellicht zal dit onderzoek onze huidige richtlijnen in de behandeling van rugpijn niet veranderen. Het zal wel een aanzet zijn tot verdere discussie en speculaties over de mogelijke verklaring voor het bekomen effect. Is het de overtuigingskracht van de behandelaar, de hooggespannen verwachting van de patiënt of kennen we het fysiologische werkingsmechanisme nog niet? (Boeiend) verder onderzoek zal dit voor ons uitmaken.

P. Leysen

WELKE PATIËNTEN MET MOEHEID ZULLEN OP TERMIJN MOE BLIJVEN?



Nijrolder I, van der Windt D, van der Horst H.
Prediction of outcome in patients presenting with fatigue in primary care.

Br J Gen Pract 2009;59(561):e101-e109.

We zien vaak patiënten die zich presenteren met moeheid als belangrijkste klacht. Vaak kunnen we bij hen geen duidelijke verklarende of vergezellende aandoening

vaststellen en vele van deze patiënten zullen voor dezelfde klacht niet nog eens bij ons terugkeren.

Resultaten van eerder onderzoek wijzen er echter op dat ruim de helft van deze patiënten een ongunstig verloop van hun klacht kent. Het loont daarom de moeite om te onderzoeken welke factoren op een relevante manier een ongunstige prognose kunnen voorspellen. Hiermee kunnen we dan rekening houden in onze anamnese en het kan ons ook helpen om

tot een meer aangepaste begeleiding van deze groep patiënten te komen.

Nederlandse onderzoekers hebben de betreffende voorspellende factoren in een prospectieve observationele cohortstudie in kaart gebracht. In 147 huisartsenpraktijken werden 642 patiënten met als nieuwe aanmeldingsklacht 'moeheid' gedurende één jaar opgevolgd. Hierbij dienden deze patiënten een vragenlijst in te vullen kort na inclusie en vervolgens nogmaals na één, vier, acht en twaalf maanden. De belangrijkste uitkomstmaat was de ernst van de moeheidsklachten gemeten met de gevalideerde 'Checklist Individual Strength'. Na vier maanden kende 24% een gunstige evolutie, terwijl bij 43% de klachten naar chroniciteit evolueerden.

In de enquêtes werden daarnaast diverse potentiële voorspellende factoren bevraagd: demografische factoren, karakteristieken van de moeheid, lichamelijke activiteit, percepties, gezondheidsindicatoren en ten slotte ook sociale en leefstijlfactoren.

Deze diverse factoren werden bij middel van een multivariate logistische regressieanalyse verder onderzocht in twee modellen: het ene om een gunstige en het andere om een ongunstige prognose te voorspellen. 'Ernstige moeheid bij aanvang' en 'bij aanvang al een chronisch verloop verwachten' bleken consistent een ongunstig verloop te voorspellen. Daarnaast bleken ook 'pijnintensiteit bij aanvang' en 'minder sociale ondersteuning' bij te dragen tot een ongunstig verloop. Daartegenover werd een gunstiger verloop gezien bij mannelijke patiënten, patiënten die geen mantelzorgfunctie dienden op te nemen, bij patiënten met een zelfperceptie van een betere gezondheid en bij patiënten met minder ernstige persisterende

problemen. De combinatie van de diverse factoren bevestigt de multidimensionaliteit van de klacht moeheid. De verwachting van een chronisch verloop door de patiënt blijkt hierbij uiteindelijk een belangrijke prognostische factor. Deze negatieve perceptie kan echter in de verdere begeleiding bijgestuurd worden.

Reden dus om deze vroegtijdig te onderkennen. De auteurs pleiten er dan ook terecht voor dat het vragen naar de verwachtingen van de patiënt meer aandacht zou krijgen in het eerste contact met de patiënt die zich met de nieuwe klacht moeheid aandient. Dit illustreert heel mooi het nut van het exploreren van het perspectief van de patiënt waarbij het ICE-acroniem (*Ideas, Concerns and Expectations*) een handig mnemotechnisch hulpmiddel is.

M. Van Nuland

ONAFHANKELIJKE ARTSENBEZOEKER: IETS VOOR U?



May F, Simpson D, Hart L, et al. Experience with academic detailing services for quality improvement in primary care practice.

Qual Saf Health Care 2009;18:225-31.

Er bestaat reeds lang experimenteel bewijs dat een onafhankelijk artsbezoek of 'academic detailing' effectief is. Toch bleek de overgang van dit op onderzoek gebaseerde concept naar aanvaardbare kwaliteitsbevordering in de eerste lijn een langzaam proces in de Verenigde Staten.

In dit onderzoek ging men na in welke mate eerstelijnsartsen gedurende een periode van 29 maanden gebruikmaakten van een aanbod van twee programma's (over het beleid bij type 2 diabetes en bij chronische pijn) met elk twee onafhankelijke artsbezoeken. Meer dan drie kwart (102 van alle 130 artsen die in aanmerking kwamen) ging op het aanbod in: 72% ontving bezoeken i.v.m. type 2 diabetes en 58% i.v.m. het programma chronische pijn. Elke bezochte arts gaf aan dergelijke bezoeken te willen blijven ontvangen. Hoewel moeilijkheden werden ervaren met het bekomen van een nieuwe afspraak, was er maar één expliciete weigering. Bij alle anderen ging het om organisatorische moeilijkheden. Dat de artsen deze bezoeken apprecieerden, viel ook af te leiden uit de duur van de bezoeken, de wachttijden, het bijhouden van drukwerk van eerdere bezoeken en het feit dat ze wensten dat hun collega's ook bezocht zouden worden. Daarnaast werd ook een grote mate van interesse en medewerking geobserveerd. Nadat onafhankelijke artsbezoeken al een succes werden in Australië en Canada, besluiten de auteurs dat het ook voor eerstelijnsartsen met een praktijk in

de Verenigde Staten aanvaardbaar is en dat bijna alle artsen tot een eerste bezoek te bewegen zijn, mits het om een geschikt onderwerp gaat.

En Vlaanderen? In Vlaanderen is Project Farmaka (www.farmaka.be) (zie ook het commentaarstuk over onafhankelijke artsbezoekers op blz. 217) al jaren actief met onafhankelijke artsbezoekers die 'evidence-based' informatie aan huisartsen voorstellen tijdens een persoonlijk bezoek in hun praktijk. En *Huisarts Nu*-lezers weten dan ook al langer dat dit voor hun collega's een haalbaar en aanvaardbaar alternatief is voor een klassieke bijscholing¹. Maar, wanneer ontving u voor het laatst een (on)afhankelijk artsbezoeker? Onder de thema's in de aanbieding bij Project Farmaka vindt u ongetwijfeld uw gading voor een eerste kennismaking of een prettig weerzien.

S. Coenen

1 Janssens I, Habraken H, Soenen K, Van Driel M. Academic Detailing in de huisartsenpraktijk. Haalbaarheid en aanvaardbaarheid van onafhankelijke artsbezoeken. *Huisarts Nu* 2004; 33:295-8.

COMMUNICATIETRaining EN/OF SNELLE CRP-BEPALING VOOR EEN BETER ANTIBIOTICAVOORSCHRIJFGEDRAG



Cals JWL, Butler CC, Hopstaken RM, et al.
Effect of point of care testing for C reactive
protein and training in communication skills
on antibiotic use in lower respiratory tract
infections: cluster randomised trial.
BMJ 2009;338(may05_1):b1374.

Internationaal streeft men al een hele tijd naar minder en beter antibioticagebruik in de aanpak van lageluchtweginfecties. Ook Vlaams huisartsgeneeskundig onderzoek heeft hiertoe bijgedragen. Hierover werd trouwens in dit tijdschrift al eerder gerapporteerd ^{1,2}.

Of u als huisarts voor een hoestende patiënt al dan niet overgaat tot het maken van een antibioticavoorschrift, blijft echter een complex beslissingsproces. In een pragmatisch clustergerandomiseerd gecontroleerd interventieonderzoek (40 huisartsen in 20 praktijken includeerden 431 patiënten met acute hoest en minstens één focaal en één systemisch teken van lageluchtweginfectie) gingen Nederlandse onderzoekers na hoe het voorschrijfgedrag bijgestuurd kon

worden door ofwel de huisarts te ondersteunen in het stellen van de diagnose bij middel van een snelle CRP-bepaling, ofwel door hem/haar een korte communicatietraining te geven, ofwel door beide.

Het gebruik van een snelle CRP-bepaling heeft tot doel de diagnostische onzekerheid te verkleinen en is 'ziektegeïntereerd', terwijl de communicatietraining eerder een 'patiëntgerichte' aanpak is die het effect van patiëntgerelateerde factoren (zijn verwachtingen en bezorgdheden) op het voorschrijven van antibiotica wil reduceren. Deelnemers aan de communicatietraining kregen eerst simulatiepatiënten op raadpleging. De transcripts van deze consultaties werden nadien in een twee uur durend seminarie in groep besproken, waarbij de principes van een patiëntgerichte 'shared decision making' benadrukt werden. Simulatiepatiënten bezochten de deelnemende huisartsen dan nogmaals binnen de twee weken en nog een extra keer zes maanden na de training om het effect van de training op lange termijn te kunnen evalueren ³.

En wat blijkt nu? Huisartsen die de communicatietraining volgden, schreven bij slechts 27% van de patiënten antibiotica voor, terwijl dit voor huisartsen die deze training niet kregen, 54% was ($p < 0,01$). Huisartsen die de snelle CRP-bepaling ter beschikking hadden, schreven bij 31% antibiotica voor; huisartsen die geen CRP konden gebruiken, deden dit bij 53% ($p = 0,02$). En zij die zowel de training als de snelle CRP-test kregen, schreven nog slechts bij 23% antibiotica voor tegenover 67% in de controlegroep. In de analyse was de interactie tussen de twee interventies echter niet significant. Dit wil zeggen dat ze elkaar niet zouden versterken, noch tegenwerken. De verschillende groepen verschilden niet onderling op vlak van herstel en tevredenheid met de zorg.

De resultaten zijn veelbelovend en het loont wellicht de moeite om verder te

investeren in onderzoek dat het gebruik van apparaten om CRP tijdens de raadpleging te kunnen meten op hun doeltreffendheid en kosteneffectiviteit evalueert. Communicatietraining op zich lijkt ook de moeite waard, vooral omdat bleek dat de aangeleerde communicatievaardigheden ook na zes maanden nog aanwezig waren. Bovendien werken beide interventies wellicht niet enkel bij acute hoest.

M. Van Nuland

- 1 Coenen S, Van Royen P, Michiels B, Denekens J. Het voorschrijven van antibiotica bij acute hoest in de huisartsenpraktijk optimaliseren. Een clustergerandomiseerd gecontroleerd interventieonderzoek. *Huisarts Nu* 2005;34:130-41.
- 2 Coenen S, Michiels B, Renard D, et al. Antibiotica voorschrijven bij acute hoest. Het effect van een gepercipieerde vraag van de patiënt. *Huisarts Nu* 2008;37:93-7.
- 3 Cals JW, Scheppers NA, Hopstaken RM, et al. Evidence based management of acute bronchitis; sustained competence of enhanced communication skills acquisition in general practice. *Patient Educ Couns* 2007;68:270-8.