

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

PSYCHOTHERAPIE VIA INTERNET BIJ DEPRESSIE



Kessler D, Kaur S, Wiles N, et al.

Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:628-34.

Cognitieve therapie blijft moeilijk toegankelijk. Er bestaan nu ook internetmodules waarin cognitieve gedragstherapie aangeleerd wordt, maar het is moeilijk om na te gaan hoe effectief deze zijn. De onderzoekers van deze studie vergeleken cognitieve gedragstherapie (CGT) online met de gebruikelijke therapie in de eerste lijn.

In deze multicenter, gerandomiseerde studie in Groot-Brittannië werden bijna driehonderd personen met een aangetoonde depressie in twee groepen verdeeld. Een groep kreeg naast de klassieke therapie (waaronder ook soms antidepressiva) eveneens CGT online en een andere groep kreeg de gebruikelijke therapie en werd op de wachtlijst gezet voor cognitieve gedragstherapie.

Er werden 113 deelnemers in de interventiegroep en 97 in de controlegroep gedurende vier maanden opgevolgd. Significant meer patiënten herstelden van hun depressie in de interventiegroep dan in de controlegroep (43 vs. 23), zelfs na acht maanden (46 vs. 26). In de interventiegroep werd een beroep gedaan op achttien therapeuten. Gemiddeld hadden ze elk vijf patiënten.

CGT kan een soort 'metacognitieve awareness' veroorzaken. Deze term duidt op een verandering in het omgaan met negatieve gedachten en gevoelens eerder dan een verandering in de inhoud van de negatieve gedachten. Het beschrijven van negatief materiaal helpt mogelijk om een afstand te creëren tussen gevoelens en gedachten, waardoor het emotioneel effect van het negatief denken vermindert. Dit onderzoek toonde ook aan dat het effect groter is bij personen die bij het begin van het onderzoek een ernstige depressie hadden.

Online-CGT kan nuttig zijn in regio's waar CGT anders vrij moeilijk is en voor anders-taligen. Of dit direct vertaalbaar is naar ons land, is zeer de vraag. Toch is het zeker een denkpiste die overwogen moet worden in de toekomst. Als men alleen al daardoor het aantal verplaatsingen kan verminderen, is dit mooi meegenomen. Antidepressiva nemen is sowieso al een indicatie om de auto aan de kant te laten.

L. De Deken

STUDENTEN GENEESKUNDE ONPROFESSIONEEL ONLINE: EN U?



Chretien KC, Greysen SR, Chretien J-P, et al.

Online posting of unprofessional content by medical students. *JAMA* 2009;302:1309-15.

Verschillende medische faculteiten in de Verenigde Staten dienen volgens deze onderzoekers hun beleid in verband met het gebruik van het internet te verscherpen. Zij vonden bewijzen dat studenten geneeskunde onprofessionele inhoud online hadden gepost. Begin 2009 werd een anonieme elektronische vragenlijst verstuurd naar de verantwoordelijken voor studentenzaken van 130 instellingen van

de 'Association of American Medical Colleges'. Van de 78 faculteiten die antwoordden, meldden er 47 incidenten. Dat ging van vulgaire taal over de lessen en de staf tot duidelijke schending van patiëntenvertrouwen op sociale netwerksites en blogs. Andere voorbeelden waren seksueel suggestief materiaal, foto's van dronken studenten of studenten die illegale middelen gebruikten en ongepaste vriendschapsverzoeken aan patiënten op Facebook.

De meeste van de schuldig bevonden studenten kregen een informele waarschuwing, maar drie faculteiten meldden dat ze

studenten hadden weggestuurd nadat ze onprofessioneel materiaal online hadden geplaatst.

De auteurs vroegen ook de decanen (of hun vertegenwoordigers) of de huidige reglementen in verband met professionalisme ook van toepassing zijn op de online-inhoud. Slechts een derde van de respondenten (28/73, 38%) gaf aan dat hun reglementen in het algemeen ook online-inhoud betroffen. Nog minder reglementen (5/28) maakten specifiek melding van het internet, sociale netwerksites of blogs.

Dat studenten geneeskunde zich onprofessioneel gedragen, is niet nieuw volgens de auteurs. Maar de impact wordt waarschijnlijk versterkt wanneer dergelijk gedrag wijd verspreid wordt via media als *YouTube*. Studenten geneeskunde zijn zich mogelijk niet bewust van de gevolgen van dit gedrag. Medische faculteiten zouden er dus voor moeten zorgen dat hun reglementen de juiste aanwijzingen geven.

Maar men zou dit nog scherper kunnen stellen: wie dit doet vanuit een 'kinderlijke' onschuld, moet hierover wellicht bevestigd

worden, want mogelijk is er iets fundamenteels fout in diens ethisch aanvoelen. Hoe gaat dit spelen in latere relaties met patiënten, indien men dergelijk grensoverschrijdend gedrag stelt en het bij zichzelf niet censureert? Als men er niet in slaagt om deze reflectie te maken, kan men zich vragen stellen over de geschiktheid om later klinische geneeskunde uit te oefenen.

S. Coenen

WAAROM VERWIJZEN HUISARTSEN HUN PATIËNTEN (NIET) VOOR PSYCHOTHERAPIE?



Stavrou S, Cape J, Barker C. Decisions about referrals for psychological therapies:

a matched-patient qualitative study.

Br J Gen Pract 2009;59:e289-98.

In de huisartsenpraktijk zijn er nogal wat situaties waarbij de problematiek van de patiënten vooral van psychologisch aard is. Soms voelt de huisarts zich voldoende competent en/of is hij voldoende geëngageerd om dit zelf aan te pakken, maar in andere situaties zal hij de patiënten doorverwijzen naar een psychotherapeut.

Engelse onderzoekers hebben in een kwalitatieve studie met een originele opzet onderzocht hoe huisartsen tot de beslissing komen om de ene patiënt wel en de andere niet door te verwijzen voor psycho-

therapie. Hiervoor interviewden ze huisartsen van twee groepspraktijken waaraan een psycholoog verbonden was. Er werd vooraf aan elke huisarts gevraagd om voor de laatste vijf patiënten die ze voor psychotherapie hadden verwezen, binnen hun patiëntenbestand te zoeken naar vijf gelijkaardige patiënten die ze niet hadden verwezen. In het interview besprak men dan voor elk paar van 'gelijkaardige patiënten' de elementen die voor de betrokken huisarts maakten dat hij in het ene geval wel en in het andere niet tot verwijzing overging.

Veertien huisartsen namen deel aan het onderzoek en er konden 65 patiëntenparen besproken worden. Bij analyse van de gesprekken kwamen drie hoofdthema's naar voor: 1) de vraag van de patiënt zelf; 2) de ingeschatte opbrengst van psychotherapie en 3) de door de huisarts ervaren capaciteit om het probleem zelf aan te pakken. Daarbij blijkt, niet verwonderlijk, dat de beslissing om te verwijzen meestal gebaseerd is op een interactie van een aantal factoren die horen tot verschillende van deze hoofdthema's. Factoren die typisch eerder wel tot doorverwijzen leiden, zijn bijvoorbeeld: de patiënt die er zelf om vraagt; aanpak van specifieke klachten waarbij een goed resultaat verwacht wordt (paniekstoornis, obsessief compulsief gedrag); problemen waarbij de huisarts het gevoel heeft het niet zelf aan te kunnen

(seksueel misbruik in jeugd, posttraumatisch stresssyndroom); wanneer de huisarts de indruk heeft onvoldoende tijd te kunnen vrijmaken of wanneer de klachten zeer ernstig lijken.

Factoren die typisch eerder tot niet doorverwijzen leiden, zijn onder meer: patiënten met weinig of geen ziekte-inzicht; deze die weinig affiniteit hebben met het psychologische; patiënten die bekend zijn om hun afspraken niet na te komen; patiënten bij wie de huisarts voorspelt dat men met therapie weinig vooruitgang zal boeken en ten slotte die problemen waarvoor de huisarts zich bekwaam voelt om ze zelf aan te pakken.

Vermoedelijk zullen Vlaamse huisartsen hun eigen besliskundige beweegredenen kunnen herkennen in de opgesomde factoren. Opvallend is dat de Engelse auteurs geen vermelding maken van een financiële hinderpaal. Wellicht heeft dit te maken met de andere organisatie van hun geestelijke gezondheidszorg. In Vlaanderen kan psychotherapie weliswaar tegen een patiëntvriendelijke prijs in geestelijke gezondheidscentra, maar die kampen vaak met lange wachtlijsten. Het alternatief, therapie in een privépraktijk, vraagt vaak een belangrijke financiële inspanning van de patiënt.

M. Van Nuland

SCREENING OP ANEURYSMA AORTAE ABDOMINALIS: ZINVOL EN KOSTENEFFECTIEF?



Tompson SG, Ashton H, Gao L, et al.

Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised multicentre aneurysm screening study.
BMJ 2009;388:b2307.

Screening op aneurysma aortae abdominalis (AAA) is in de literatuur al enkele jaren een interessant maar omstreden item. Voor de huisarts is het een zeldzame aandoening die soms zeer insidieus, soms zeer acuut verloopt met voor de

patiënt een onzekere prognose. Echografie laat toe om patiënten met een AAA vroegtijdig op te sporen en eventueel op te volgen. Chirurgie biedt een betrouwbare behandeling.

Tot hertoe beschikken we over gegevens van vier RCT's. De MASS-groep publiceerde onlangs de gegevens na tien jaar follow-up. Deze studie wilde uitzoeken of het eenmalig aanbieden van een screeningsechografie aan mannen tussen de 65 en de 74 jaar om AAA op te sporen de ziektespecifieke sterfte zou verminderen. Men vergeleek een voor screeningsechografie uitgenodigd cohort met een cohort dat toevertrouwd werd aan de gewone zorg. In de groep die werd uitgenodigd voor een screeningsmammografie, stierven 155 mannen ten gevolge van een AAA (absoluut risico 0,46%). In de niet-gescreende groep overkwam dit 296 mannen (absoluut risico 0,87%). Dit komt dus neer op een daling van het relatieve risico van 48% (95% BI 37-57). Hiermee werd de winst die men vaststelde tijdens de eerste jaren van de studie behouden gedurende de langdurige follow-up.

Met een absoluut risicoverschil van 0,41% komen we uit op een Number Needed to Screen (NNS) van 244. Dit laat een schatting toe van de kosten die gepaard gaan

met de organisatie van een screening op AAA. Deze Britse studie komt uit op een kost van 108 euro per voor screening uitgenodigde man en een investering van 8279 euro per gewonnen levensjaar (tussen de 14 161 en 55 555 euro per gewonnen levensjaar, rekening houdend met de betrouwbaarheidsintervallen).

Meerdere studies hadden reeds aangetoond dat screening op AAA bij mannen ouder dan 65 jaar de ziektespecifieke mortaliteit doet dalen op korte termijn. Wanneer men de deelnemingsgraad nog kan optimaliseren, men kan zorgen voor een goede klinische follow-up van de patiënten bij wie een AAA werd vastgesteld én als dit gekoppeld kan worden aan een efficiënt en veilig chirurgisch ingrijpen, dan kan men de goede resultaten nog verbeteren. Deze studie toont eveneens aan dat opnieuw screenen van de aanvankelijk negatieve mannen niet nodig is.

De uitkomsten van deze studie tonen aan dat men de sterfte ten gevolge van een geruptureerd AAA kan halveren door de organisatie van een screeningsprogramma. De belasting voor de patiënt is minimaal en de kosten voor de samenleving zijn verdedigbaar.

M. Lemiengre

MEDISCH ONVERKLAARDE KLACHTEN ONTRAFELD?



Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM, Smith RC.

In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms.

BMC Fam Pract 2009;10(1):67.

We zien in de huisartsenpraktijk nogal wat mensen met klachten die we noodgedwongen klasseren onder *Medisch Onverklaarde Klachten (MOK)*. Gelukkig zijn een aantal van deze klachten zelflimiterend waardoor de problemen zichzelf oplossen. Patiënt tevreden, wij tevreden.

Het wordt echter een ander verhaal als deze patiënten steeds opnieuw voor gelijkaardige klachten consulteren. Ze zijn voor ons dan vaak een bron van frustratie, want we voelen ons onmachtig om hen degelijk te helpen. Maar wees getroost: ook deze patiënten voelen zich vaak gefrustreerd omdat ze vinden dat ze niet naar behoefte behandeld worden.

Het doel van dit Amerikaans onderzoek was om de visie en de ervaringen van deze groep van vaak consulterende MOK-patiënten nader te beschrijven en te analyseren. Zij rekruteerden voor hun kwalitatief

onderzoek vaak consulterende patiënten in de eerste lijn bij wie in de voorbije twee jaar minstens de helft van de raadplegingen MOK's betroffen (gemiddeld 69% van de consulten). Negentien dergelijke patiënten werden uitgenodigd voor diepte-interviews die na transcriptie geanalyseerd werden volgens de principes van de 'Grounded Theory'. Bijna al de geïnterviewde patiënten beschreven een actuele of doorgemaakte gezinsdisfunctie. Ze werden ook nagenoeg allen onderworpen aan een overvloed van tests en van niet-efficiënte behandelingen.

Het innoverende van deze studie is dat de analyse resulteerde in de onderkenning van drie categorieën van MOK-patiënten. Een eerste categorie patiënten blijkt een zeker psychologisch inzicht te hebben verworven, is eerder succesvol in het dagelijkse leven en is blijkbaar vooral op zoek naar verklaringen voor hun klachten. Een tweede categorie blijkt minder psychologisch inzicht te hebben, is meer gehinderd in het dagelijkse leven door de

klachten en zoekt vooral een oplossing van de symptomen, legitimatie (vrijstelling van sociale verplichtingen) en ondersteuning. De laatste categorie was vooral bezorgd dat diagnoses gemist zouden worden, had buitensporig veel zorgvragen en kloeg wanneer er aan deze vragen weerstand werd geboden. Vooral bij patiënten uit de laatste categorie was angst predominant aanwezig, maar deze bleek zo goed als nooit te zijn besproken in de arts-patiëntcontacten! Ook hadden veel van deze patiënten klachten over hun zorgverstrekkers zoals: "ze hebben geen tijd", "ze luisteren niet",...

Hoewel deze kwalitatieve studie zeker haar beperkingen heeft op methodologisch vlak (bijvoorbeeld de analyse wordt maar heel summier toegelicht en de wijze van inclusie van de participanten is voor kritiek vatbaar), slaagt ze er wel in om een nieuw licht te werpen op deze groep van patiënten. Het benadrukt dat het een heterogene groep betreft, waarbij een aanpak 'op maat' van de patiënt wellicht

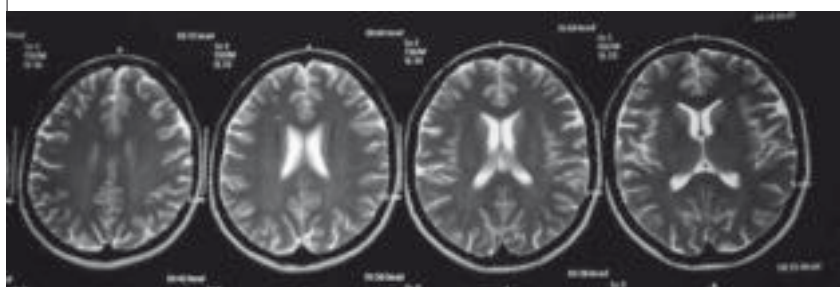
betere perspectieven biedt. Het biedt misschien ook een verklaring waarom de aanpak op basis van reattributie, een onderbouwde aanpak voor MOK-patiënten in de huisartsenpraktijk ¹, toch niet voor alle patiënten geschikt is en/of niet door al deze patiënten aanvaard wordt.

Er dient zeker nog verder onderzoek te gebeuren om de validiteit van de onderscheiden categorieën te bevestigen. Wat de indeling al wel duidelijk maakt, is dat een goed verkennen van de ICE (*Ideas, Concerns en Expectations*) bij MOK-patiënten duidelijk kan maken waar hun voornaamste noden en verwachtingen liggen en dit kan ons wellicht helpen om samen met de patiënt naar de meest geschikte aanpak te zoeken. Wij voortaan minder gefrustreerd en de patiënt meer tevreden?

M. Van Nuland

¹ Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005; 330(7481):4-5.

ANTIPSYCHOTICA VAN DE TWEEDE GENERATIE: MORTALITEITSDALING BIJ SCHIZOFRENIE?



Lönnqvist T, Wahlbeck K, Klaukka T, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN 11 study). *Lancet* 2009; published on line 13.07.09.

Na de introductie van de antipsychotica van de tweede generatie gedurende de jaren '90 van de vorige eeuw had men de indruk dat de mortaliteit bij schizofreniepatiënten verminderde. Om deze stelling te objectiveren ging men in Finland de overlijdensregisters na. Bij 66 881 patiënten kon men de oorzaakspecifieke mortaliteit onderzoeken ten opzichte van de totale populatie (5,2 miljoen). Hierbij onderzocht men de mortaliteit van de niet-gehospitaliseerde patiënten en keek

men naar het type antipsychotica dat ze gebruikten, en vergeleek dit met het perfenazinegebruik.

Hoewel het proportioneel gebruik van antipsychotica van de tweede generatie steeg van 13% naar 64% gedurende het onderzoek, werd het verschil in levensverwachting tussen de schizofreniepatiënten en de algemene bevolking niet groter. Vergeleken met perfenazine vertoonde quetiapine (Seroquel®) de grootste risicotename en clozapine (Leponex®) het

laagste risico. Inname van antipsychotica op lange termijn toonde een verminderd risico op mortaliteit. Van de antipsychotica van de tweede generatie vertoonde Leponex® een duidelijk gunstig effect; deze Finse studie suggereert hier een mortaliteitsdaling. Restricties op het gebruik van dit middel zouden dan ook herbekeken moeten worden.

L. De Deken