

# H&W

Huisarts en Wetenschap

mei 2021



Goed gebruik geneesmiddelen  
in de huisartsgeneeskunde

Speciale uitgave ZonMw



**ZonMw**

# ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

ZonMw werkt aan een goede gezondheid voor iedereen. Ook voor mensen voor wie dat niet vanzelfsprekend is. We financieren gezondheidsonderzoek, stimuleren het gebruik van de ontwikkelde kennis en signaleren samen met relevante partijen waar meer kennis nodig is. Van onderzoek gedreven door nieuwsgierigheid tot implementatie in de praktijk: samen maken we het verschil.

Via tientallen subsidieprogramma's stimuleren en financieren wij ontwikkeling en praktische toepassing op het gebied van preventie, zorg en gezondheid.

Drie ZonMw-programma's richten zich (onder andere) op geneesmiddelenonderzoek in de huisartsenpraktijk.

## Programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG)

Het GGG-programma richt zich op het effectiever, veiliger en doelmatiger inzetten van beschikbare geneesmiddelen in de dagelijkse zorg. De resultaten van de onderzoeken leveren een positieve bijdrage aan optimalisering van het gebruik van geneesmiddelen. Betere inzet en gebruik van geneesmiddelen zijn in het belang van de patiënt, de zorgverlener, de overheid en private partijen, zoals de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars. GGG financiert onderzoek en stimuleert initiatieven om kennis in de praktijk te laten gebruiken.



## Programma Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (HGOG)

In opdracht van stichting SBOH stimuleert het programma HGOG projecten waarin artsen in opleiding tot onder andere huisarts tijdens hun opleiding in een zogenaamd aioto-traject promoveren. Het doel van het programma is gepromoveerde huisartsen op te leveren met een blijvende belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek. Als bruggenbouwers tussen opleiding, onderzoek en praktijk gaan zij een belangrijke bijdrage leveren aan de academisering van de opleiding en de bijbehorende praktijken waarin zij werken.

## Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (KPHAG)

Het programma KPHAG richt zich op het verstevigen van de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van de praktiserende huisarts. Het programma stimuleert voor de huisartsgeneeskunde relevant en kwalitatief goed onderzoek en ondersteunt de toepassing van de kennis in de praktijk, met de prioriteiten uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde als basis.

KPHAG heeft ruime aandacht voor de specifieke methodologische uitdagingen van onderzoek in de eerste lijn evenals de daarvoor noodzakelijke onderzoeksdesigns, zoals design-based research, kwalitatief onderzoek en/of actieonderzoek en voor diverse uitkomstmaten.

# Samen kennis vergaren die ertoe doet

**A**ls we iets hebben geleerd van de coronapandemie is het wel hoe ontwrichtend gebrek aan kennis kan zijn. Zonder kennis grijpen we terug op middeleeuwse maatregelen om ziektes in te dammen. Het is essentieel om kennis te verzamelen en onderzoek te doen, niet alleen in laboratoria maar ook via (klinisch) epidemiologisch onderzoek in het veld. Een tweede belangrijke les is dat we een aandoening pas kunnen begrijpen als we de kennis uit verschillende echelons met elkaar verbinden. Dat geldt niet alleen voor COVID-19, maar ook voor veel andere belangrijke aandoeningen. Daarnaast is verbinding tussen huisartsenpraktijken noodzakelijk om relevante aantallen voor gedegen onderzoek te verkrijgen. Goed onderzoek naar stoppen met antidepressiva vraagt bijvoorbeeld om het volgen van 4000 depressieve patiënten. Die vind je niet in 5 of 6 praktijken.

ZonMw erkent het belang van goed eerstelijns onderzoek en stimuleert dat de gelden die zij onder haar hoede krijgt ook hieraan worden besteed. ZonMw realiseert zich bovendien dat er een goede infrastructuur nodig is om de Nederlandse huisartsenpraktijken te ondersteunen bij dit onderzoek. De 7 universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde doen relevant en kwalitatief hoogstaand onderzoek, deels gefinancierd vanuit door ZonMw beheerde programma's, maar meestal alleen in hun eigen regio. Het zou een enorme winst zijn wanneer alle huisartsen eenvoudig en efficiënt aan onderzoek konden deelnemen. Op die manier kunnen onderzoekers rekenen op deelname van huisartsenpraktijken die goed zijn geoutilleerd om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren.

In deze bijlage staan mooie voorbeelden van huisartsgeneeskundig onderzoek over



Foto: Henriëtte Westers

genesmiddelen dat wordt ondersteund door de ZonMw-programma's Goed Gebruik Geneesmiddelen en Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde. Sommige onderzoeken zijn afgerond, andere lopen nog. De onderzoeken bestrijken een breed terrein: van een astma-app voor adolescenten tot geneesmiddelengebruik door laaggeletterden en het afbouwen van benzo's. En dat is nog maar het topje van de ijsberg. Er is divers onderzoek gaande en tal van nieuwe onderzoeken gaan van start. Die onderzoeken hebben grondige input nodig vanuit de huisartsenpraktijk. Ziet u voor uzelf een rol om bij te dragen? Doet u mee? Dat is precies wat er nodig is: snel, efficiënt en op grote schaal krachten bundelen om kennis te vergaren die ertoe doet en toe te passen in de praktijk. In het overzicht ZonMw-projecten op pagina 40 staat vermeld hoe u zich kunt aanmelden. We rekenen op u! ■

*Marjolein Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde UMCG en voorzitter Werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R)*



## Wetenschap

- 14 Pijnbestrijding bij kinderen met OMA**  
Huisartsen kunnen de aanpak van pijn explicieter met ouders bespreken. Er is een betere behandeling van OMA mogelijk, ook zonder antibiotica. Ouders zijn doorgaans niet op de hoogte van de mogelijkheden.
- 18 Benzo's afbouwen met hulp van de POH-ggz**  
Een grote groep patiënten gebruikt langdurig benzodiazepines, met alle nadelen van dien. Getrainde POH's-ggz kunnen patiënten succesvol begeleiden tijdens het afbouwen van chronisch gebruik van benzodiazepinen. Dat blijkt uit dit verslag van een geslaagde pilot.
- 20 Astma-app verbetert medicijngebruik van adolescenten**  
Adolescenten met een chronische aandoening zijn vaak niet therapietrouw. M-health kan hier uitkomst bieden. Zo faciliteert de interactieve ADAPT-app contact tussen adolescent en zorgverlener. Vooral chatten met de zorgverlener heeft een positief effect op de therapietrouw.
- 22 Gebruik geneesmiddelen laaggeletterde patiënten**  
Pharos zette een project op voor eerstelijnszorgverleners om laaggeletterde patiënten beter te begeleiden bij hun geneesmiddelengebruik. Na deelname herkenden zorgverleners laaggeletterde patiënten beter, hadden ze meer begrip voor hun problemen en voelden ze zich beter toegerust om goed met hen te communiceren.
- 24 'Academische huisartsen voor onderzoek en praktijk'**  
Interview met Ralf Harskamp, huisarts in Amsterdam Zuid-Oost en huisarts-onderzoeker bij Amsterdam UMC, locatie AMC. Hij publiceert ook geregeld in Huisarts & Wetenschap.
- 26 Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP**  
Een derde van de kinderen op de HAP heeft koorts en zij krijgen vaak antibiotica voorgeschreven. Dat is niet altijd nodig. Voorlichting in de vorm van een speciaal ontwikkeld boekje met een stoplichtsysteem kan het aantal antibioticavoorschriften op de HAP verminderen.
- 31 Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie**  
De NHG-Standaard Depressie raadt antidepressiva niet als eerste keuze aan bij ouderen met een depressie, maar toch zijn antidepressiva de meest toegepaste behandeling bij ouderen. Cognitieve gedragstherapie blijkt echter even effectief als antidepressiva.
- 34 'Onderzoek voor wie zijn vak serieus neemt'**  
Interview met Jako Burgers, praktijkhoudend huisarts in Gorinchem, strategisch-medisch adviseur bij het Nederlands Huisartsen Genootschap en bijzonder hoogleraar Bevorderen van persoonsgerichte zorg in richtlijnen aan Maastricht University. Hij is ook lid van de GGG-raad bij ZonMw.
- 36 Blended care bij depressie**  
Patiënten met een depressie hebben mogelijk baat bij begeleidde internetbehandeling. De inclusie van patiënten was in dit onderzoek echter te gering om hierover verantwoorde uitspraken te doen. Het onderzoek bood wel de nodige lessen voor vervolgonderzoek.
- 38 Nortriptyline voor functionele dyspepsie**  
In de TENDER-trial wordt de effectiviteit van nortriptyline bij dyspepsie onderzocht. De trial loopt in 10 Nederlandse ziekenhuizen en wordt naar verwachting eind dit jaar afgerond. De vooruitzichten lijken positief.

Fotografie omslag: Shutterstock

6



## Nieuws

### 6 Nieuwsberichten

- Preventieve screening botontkalking via de huisarts
- Antidepressivagebruik bij ouderen
- Corticosteroïdinjectie in de bil bij knieartrose
- PalliArts-app in de palliatieve fase
- Goede diabeteszorg met SU-derivaten
- Instrument om voorschrijven antibiotica te monitoren
- Medicatiebeoordelingen bij ouderen met Opti-Med
- Medicijnen hart- en vaatziekten in de laatste levensfase
- Betere controle van astma bij kinderen
- Voorlichting over ramadan en diabetes
- Antidepressiva off-label bij slaapproblemen
- Medicatie tegen reutelen in de stervensfase

### 40 Overzicht recente ZonMw-projecten

- Hart- en vaatziekten
- Metabole aandoeningen
- Astma/COPD
- Psychische problematiek
- Palliatieve zorg
- Kinderen
- Geneesmiddelen algemeen
- Varia

#### COLOFON

Dit is een bijlage bij Huisarts en Wetenschap nummer 5 van 2021. Huisarts en Wetenschap [www.henw.org] wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap, de wetenschappelijke vereniging van huisartsen [www.nhg.org].

Deze speciale uitgave is tot stand gekomen in opdracht van ZonMw, programma's Goed Gebruik Geneesmiddelen [GGG] en Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde [HGOG]. De inhoud van de bijlage valt buiten de redactionele verantwoordelijkheid van de redactie van H&W.

#### Redactie

Dr. Mariëlle van Avendonk [gasthoofdredacteur speciale bijlage ZonMw, senior programmamanager ZonMw, huisarts niet praktiserend], dr. Ivo Smeele [hoofdredacteur H&W, huisarts] en Mariëtte van Wijk, communicatieadviseur ZonMw.



40

## ZonMw

#### ZONMW VOOR HUISARTSEN

Met deze bijlage willen we huisartsen attenderen op ons werk. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek, stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis en signaleert waar meer kennis nodig is. Dat doen we niet alleen. Samen met onze belangrijkste opdrachtgevers – het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] en Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek [NWO] – ontwerpen we programma's en financieren we onderzoeks- en innovatieprojecten. In deze projecten brengen we onderzoekers vanuit verschillende disciplines en uit diverse landen bij elkaar. We betrekken ervaringsdeskundigen, beleidsmakers en professionals uit het veld en uit het onderwijs bij onze programma's om de kennis te ontwikkelen en toe te passen in de praktijk. Huisartsen zijn hierin een belangrijke schakel. Doet u ook mee?

#### Redactie bureau

Marjolein Oosterom, bladmanagement en eindredactie  
Margot Scheerder, fotografie en cover  
H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 5065500, redactie@nhg.org  
ZonMw, Postbus 93245, 2509 AE Den Haag, tel. 070 3495111, info@zonmw.nl

#### Uitgever

Anouk Middelkamp, Bohn Stafleu van Loghum  
Postbus 246, 3990 GA Houten

#### Productie

Basisvormgeving: Frederik Helfrich, Deventer  
Zetwerk: Prepress Media Groep, Zeist  
Begeleiding: Martin Scheers, teamleider productie journals & magazines BSL

# Preventieve screening botontkalking via de huisarts



Jaarlijks breken ruim 50.000 mensen boven de 50 een bot. Bij de helft van hen speelt botontkalking een rol. Veel ziekenhuizen bieden patiënten nader onderzoek en eventueel een behandeling aan, maar lang niet iedereen gaat daarop in. Uit een transmuraal fractuurpreventieprogramma van het Amsterdam UMC blijkt nu dat screening beter verloopt als de huisarts de regie heeft.

Botontkalking is een serieus probleem bij botbreuken. Na een breuk is ruim een derde van de 50-plussers met osteoporose binnen 5 jaar opnieuw de klos. Preventieve screening en behandeling via het ziekenhuis zijn echter matig succesvol. Als de huisarts de regie op zich neemt, in samenwerking met het ziekenhuis en het huisartsenlaboratorium, doen echter veel meer patiënten aan de screening mee. Dat ontdekten Petra Elders van het Amsterdam UMC (locatie VUmc) en collega's tijdens een nieuw, transmuraal project.

Tijdens de evaluatie van het project (vragenlijsten en interviews) kwamen er wel verbeterpunten van de nieuwe aanpak naar voren. Patiënten en huisartsen vonden dat ze van tevoren onvoldoende wisten wat er van ze werd verwacht. Patiënten wilden graag al vanaf het begin informatie ontvangen over osteoporose en de behandeling daarvan. Het programma is op deze punten verbeterd.

Ook ontving de patiënt voortaan via de huisarts een bericht met een samenvatting van de uitslag van het osteoporose-onderzoek. Verder kregen de patiënt en de huisarts periodiek herinneringen voor vervolgonderzoek.

Het project had ook een paar tegenslagen. Het deelnemende ziekenhuis kreeg een nieuw elektronisch dossier en de

noodzakelijke ict-aanpassingen in het programma waren lastiger dan voorzien. Over het programma zelf waren huisartsen tevreden. Ook de patiënttevredenheid verbeterde, net als de therapietrouw. De deelname nam na de verbeteringen niet toe (59% versus 61%). Ondanks het positieve resultaat is het programma vooralsnog gestopt. Dat komt deels door de nieuwe privacywet, maar ook omdat de radiologen de nieuwe aanpak te veel vonden afwijken van hun gebruikelijke zorg. Het projectteam zoekt nu naar oplossingen, zodat een bredere implementatie mogelijk wordt. ■

*Project: Het transmuraal fractuurpreventieprogramma: implementatie van een transmuraal zorgprogramma ter preventie van fracturen bij patiënten met een eerdere fractuur na het vijftigste levensjaar.*

*Projectleider: prof. dr. P.J.M. Elders.*

*Uitvoerende organisatie: Amsterdam UMC, locatie VUmc.*

*ZonMw-projectnummer 836044003 (afgerond).*

## Corticosteroidinjectie in de bil bij knieartrose

Huisartsen behandelen veel patiënten met knieartrose, een veelvoorkomende klacht van het bewegingsapparaat. Als pijnstillers onvoldoende helpen, raadt de NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten een corticosteroidinjectie aan. Maar veel huisartsen vinden deze behandeling te invasief en de injectie lastig toe te dienen. Momenteel wordt onderzocht of een prik in de bilspier bij knieartrose net zo goed werkt als een prik in de knie. Zowel patiënten als huisartsen zouden daarbij geholpen zijn.

Naar verwachting is knieartrose in 2040 het meest voorkomende gezondheidsprobleem in Nederland. Een goede verlichtende behandeling in de eerste lijn

wordt steeds relevanter. Als paracetamol of andere pijnstillers niet meer werken, raadt de NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten een corticosteroidinjectie in het kniegewricht aan. Maar niet alle huisartsen durven het aan om in een gewricht te prikken. Er is een kleine kans op complicaties en veel patiënten vinden het idee niet prettig, ook al is het niet pijnlijk. Een mooi alternatief is een prik in de bil, maar het is de vraag of die net zo goed werkt. In dit onderzoek zijn meer dan de minimaal benodigde 140 patiënten geïncludeerd, het animo voor deelname is groot. De deelnemers zijn per loting verdeeld over 2 groepen: een injectie in knie of in de bilspier. Beide groepen zijn

# Antidepressivagebruik bij ouderen

Antidepressiva worden vaak aan ouderen voorgeschreven, ook bij comorbiditeit en polyfarmacie. Ouderen maken meestal geen deel uit van de onderzoekspopulatie in klinische onderzoeken naar dosering, werkzaamheid en bijwerkingen. Zijn antidepressiva voor ouderen dan wel veilig? Dit project verzamelt kennis over het gebruik, de therapietrouw, de risico's en de werkzaamheid van antidepressiva bij ouderen.

Sinds pakweg de eeuwwisseling is het gebruik van antidepressiva onder ouderen verdubbeld, terwijl het aantal nieuwe gebruikers redelijk stabiel bleef. Dat komt waarschijnlijk door langduriger en herhaald gebruik. Wat betekent dit in de praktijk? Dit project, onder leiding van Loes Visser (Erasmus MC), verzamelde met een reeks onderzoeken kennis over antidepressivagebruik bij ouderen. Hoe vaak nemen zij deze middelen? Zijn er specifieke risico's en bijwerkingen? Het project laat zien dat antidepressiva in de loop van de jaren steeds vaker off label



Foto: Shutterstock

worden voorgeschreven, bijvoorbeeld bij stress, slaapstoornissen en neuropathische pijn. Verder blijken vooral de selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) bij ouderen een verhoogd risico te geven op bijwerkingen als een laag natrium, een hoger LDL-cholesterol en

bij vrouwen een hoger lichaamsgewicht. Vaak gesuggereerde verbanden met suïcide en bijvoorbeeld veranderingen in botdichtheid werden in de onderzoeken echter niet bevestigd.

SSRI's blijken overigens ook gunstige nevenwerkingen te hebben. Zo beschermen ze tegen een hartinfarct en verbeteren ze de slaapkwaliteit. Daarnaast bleek dat oudere antidepressivagebruikers hun recepten weliswaar tijdig verzilveren bij de apotheek, maar ook vaak voortijdig stoppen met hun behandeling. Dat kan mede te maken hebben met de respons op de middelen, er zijn verschillende genen die deze respons beïnvloeden. De onderzoekers ontdekten ook dat huisartsen bij het voorschrijven van de zogeheten tricyclische antidepressiva – de klassiekers in deze categorie – bij de oudste ouderen nog steeds de voorkeur geven aan amitriptyline. Dat is opvallend, omdat volgens de behandelrichtlijnen nortriptyline de voorkeur verdient.

*Project: Utilisation, effectiveness in daily practice, and adverse effects of antidepressants in ambulatory elderly.*

*Projectleider: dr. L.E. Visser.*

*Uitvoerende organisatie: Erasmus MC, Rotterdam.*

*ZonMw-projectnummer 113101002 (afgerond).*

een half jaar gevolgd. De eerste resultaten lijken veelbelovend. Op de NHG-Wetenschapsdag liet het onderzoeksteam van Jos Runhaar de voorlopige resultaten zien. Beide behandelingen bleken tot 12 weken na de injectie een klinisch relevant effect te hebben. Over de gehele periode van 24 weken waren de verschillen tussen de behandelingen klein. De meeste patiënten hebben een voorkeur voor een injectie in de bil. De uitkomsten kunnen bijdragen aan de gezamenlijke besluitvorming met de patiënt.

Dit is wereldwijd het eerste gedegen onderzoek dat het verschil nagaat tussen de standaardbehandeling en een nieuwe behandelmogelijkheid bij knieartrose. De analyses moeten uitwijzen of de voorlopige resultaten worden bevestigd. Dan kan de huisarts een nieuwe optie toevoegen aan het behandelarsenaal voor deze veelvoorkomende klacht. ■

*Project: Effectiveness of an intra-articular corticosteroid injection versus an intra-muscular gluteal corticosteroid injection for knee osteoarthritis in general practice: a multicenter randomized, 24 weeks comparative parallel-group trial.*

*Projectleider: dr. J. Runhaar.*

*Uitvoerende organisatie: Erasmus MC, Rotterdam.*

*ZonMw-projectnummer 839110019 (lopend).*



Foto: Pixabay

# PalliArts-app in de palliatieve fase

Het Palliatief Formularium helpt bij de behandeling van klachten in de palliatieve fase. Het formularium is nu gedigitaliseerd en toegevoegd aan de bestaande app PalliArts. Zo beschikken huisartsen en andere zorgverleners overal over informatie over medicatie in de palliatieve fase. Dat verkleint de kans op medicatiefouten. Uit recent onderzoek blijkt dat het gedigitaliseerde formularium succesvol is.

PalliArts biedt landelijke en regionale informatie over palliatieve zorg, overal en op elk moment. De app ondersteunt de huisarts en anderen bij goede palliatieve zorg volgens de landelijke richtlijnen, afgestemd op de wensen van de patiënt en zijn naasten. Nu het Palliatief Formularium aan de app is toegevoegd, wordt veiliger voorschrijven van bijvoorbeeld pijnmedicatie makkelijker.

Het Palliatief Formularium was voorheen een boekje – de laatste versie dateerde van 2013 – dat was bedoeld als richtlijn voor de medicamenteuze behandeling van veelvoorkomende klachten in de palliatieve fase. In de app staat nu informatie over beschikbare toedieningsvormen en doseringen, bijwerkingen (naar frequentie van voorkomen) en interacties met relevante medicatie. Ook zijn er praktische suggesties toegevoegd, bijvoorbeeld of medicatie mag worden fijngeemaakt voor mensen met slikproblemen en of een middel ook via een sonde kan worden toegediend. Uit het onderzoeksproject van Marieke van den Beuken (Maastricht UMC+) blijkt dat PalliArts sinds de start in 2016 al ruim 60.000 is gedownload uit de App Store of de Google Play Store. Per maand wordt de app gemiddeld 7000 keer geraadpleegd. Van deze bezoekers gaan er gemiddeld 3000 naar het formularium. Naast (huis)artsen raadplegen ook veel verpleegkundigen de app. In een enquête onder ruim 1600 gebruikers gaf 74% een cijfer van een 8 of hoger aan het gedigitaliseerde formularium. Volgens de onderzoekers is dit een teken van een succesvolle transitie van papier naar digitaal, waardoor altijd actuele informa-



tie voorhanden is bij zorgverleners in de palliatieve zorg. ■

*Project: Integratie richtlijnen en formularium in PalliArts. Betere implementatie/veiliger voorschrijven.*

*Projectleider: prof. dr. M. van den Beuken-van Everdingen.*

*Uitvoerende organisatie: Maastricht Universitair Medisch Centrum+. ZonMw-projectnummer 844001507 (afgerond).*

## Instrument om voorschrijven antibiotica te monitoren

**Nederlandse huisartsen schrijven relatief weinig antibiotica voor in vergelijking met hun buitenlandse collega's. Toch is ook in ons land ruimte voor verbetering. Zo is er nog een vrij grote variatie tussen praktijken. In een project van het Nivel wordt nu een handzaam instrument ontwikkeld dat huisartsen helpt om hun voorschrijfgedrag van antibiotica te verbeteren.**

Terughoudendheid in het voorschrijven van antibiotica is belangrijk om resistentie te voorkomen. Hoewel de antibioticarichtlijnen gemiddeld goed worden nageleefd, zijn er tussen praktijken nog wel grote verschillen in voorschrijven. Bij hoesten zitten de uitersten voor het

volgen van de richtlijnen tussen 2 en 25% en bij oorontsteking bij kinderen tussen 22 en 63%. Bij een acute infectie aan de bovenste luchtwegen is dat tussen 3 en 35%.

Onder leiding van senior onderzoeker farmaceutische zorg Karin Hek ontwikkelt het Nivel daarom een eerstelijns antibioticascan. Deze brengt in kaart op welke punten het voorschrijven van antibiotica in de huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost beter kan. De scan vormt de basis voor verdere monitoring van het naleven van de richtlijnen. Het projectteam (Nivel, Instituut Verantwoord Medicijngebruik en Maastricht University) onderzoekt eerst de ongeveer 90 NHG-Standaarden



# Goede diabeteszorg met SU-derivaten

De combinatie overgewicht en diabetes type 2 verhoogt het risico op bijvoorbeeld borst- en darmkanker. Diabetespatiënten gebruiken vaak SU-derivaten als bloedsuikerverlager, waarbij de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 de voorkeur geeft aan gliclazide. Dit middel zou ook een relatief gunstig effect hebben op het risico op kanker. Onderzoekers van Stichting Langerhans vonden op dit punt echter geen significante verschillen tussen gliclazide en andere SU-derivaten.

Sulfonylureumderivaten (SU-derivaten) werken goed bij diabetes type 2, maar zouden naast een risico op hypoglykemie ook een verhoogd risico op kanker geven. Het voorkeursmiddel gliclazide heeft daarop echter mogelijk eerder een gunstig effect. Als dat met onderzoek kan worden onderbouwd, zou het voorkeursadvies in de richtlijn nog steviger kunnen worden. Het onderzoeksteam van Gijs Landman (Stichting Langerhans) zocht het uit. De onderzoekers gebruikten data



uit het ZODIAC-cohort, dat al sinds 1998 gegevens van diabetespatiënten verzamelt. Deze data zijn (geanonimiseerd) gekoppeld aan de Nederlandse Kankerregistratie van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en aan sterftecijfers uit de gemeentelijke basisadministratie.

De onderzoekers vonden geen significante verschillen tussen gliclazide en de andere SU-derivaten. Het middel beschermt dus niet beter tegen kanker. Zij adviseren de bestaande voorkeur voor gliclazide in de richtlijn niet te versterken. Overigens treedt intussen al een verschuiving op naar gliclazide. Van de ruim 300.000 mensen die een SU-derivaat krijgen, nemen inmiddels zo'n 230.000 dit middel. De onderzoekers doen met de verzamelde gegevens nog altijd interessant onderzoek, bijvoorbeeld naar verschillen tussen mannen en vrouwen. Hoe zit het met de kans op aan obesitas gerelateerde ziekten als darmkanker? Door de diagnose datum van diabetes te koppelen aan die van een latere kanker blijkt dat vrouwen – in tegenstelling tot mannen – vóór de diabetesdiagnose al een hoger risico op kanker hadden dan de algehele bevolking. Ondanks de 'neutrale' uitkomst van dit eerste onderzoek zijn er dus nog analyses mogelijk die relevant zijn voor goede diabeteszorg. ■



op het vóórkomen van adviezen over antibiotica. Berekeningen vanuit de Zorgregistraties Eerste Lijn leiden vervolgens tot een *longlist* van indicatoren die het voorschrijfgedrag beïnvloeden bij verschillende diagnoses en groepen patiënten. Het projectteam bespreekt deze indicatoren daarna met onder andere huisartsen en microbiologen. Dit leidt dan weer tot een kleinere set van

indicatoren, die een benchmark moeten vormen voor verstandig voorschrijven. Het project leidt naar verwachting eind 2022 tot een handzaam instrument dat huisartsen met visuele informatie directe feedback en verbeteringsuggesties geeft. De gedachten gaan uit naar *heat maps*, afbeeldingen die letterlijk in kaart brengen waar de problemen vooral zitten. De feedback is toegespitst op het voorschrijfgedrag in de eigen praktijk en geeft dus meteen aanknopingspunten voor verbetering. ■

*Project: Tackling antibiotic resistance by scanning antibiotic prescription patterns in primary care and identifying targets for improvement.*

*Projectleider: dr. K. Hek.*

*Uitvoerende organisatie: Nivel, Utrecht. ZonMw-projectnummer 541003003 (lopend).*

*Project: Increased cancer incidence in patients with type 2 diabetes using sulphonylureas?*

*Projectleider: dr. G.W.D. Landman.*

*Uitvoerende organisatie: Stichting Langerhans.*

*ZonMw-projectnummer 836041017 (afgerond).*

# Medicatiebeoordelingen bij ouderen met Opti-Med

Veel ouderen komen in aanmerking voor medicatiebeoordeling, een systematische aanpak om het geneesmiddelgebruik te evalueren. Zo'n beoordeling vergt veel tijd van huisartsen en apothekers. De Opti-Med-methode kan daarbij de belangrijkste obstakels wegnemen, zodat grotere aantallen medicatiebeoordelingen mogelijk worden. Dat blijkt uit een promotieonderzoek van het Amsterdam UMC (locatie VUmc).

Apothekers en huisartsen kunnen samen de mogelijke risico's verminderen van het gebruik van veel verschillende medicijnen door oudere patiënten. Dat kan bijvoorbeeld met medicatiebeoordelingen, met inbreng van de patiënt. In de praktijk blijkt het lastig om grote aantallen medicatiebeoordelingen van goede kwaliteit efficiënt uit te voeren. In de Opti-Med-methode voert een 'expertteam' – een vast koppel huisarts-apotheker – onderdelen van de medicatiebeoordeling uit voor patiënten van andere huisartsen en apothekers (met toestemming van de betreffende patiënt). Het gaat dan om zorgverleners die al samenwerken in het farmacotherapieoverleg (FTO). Het expertteam brengt met een patiëntvragenlijst de medicatieproblemen in kaart en stelt een behandelplan op. De eigen huisarts bespreekt dit plan vervolgens met de patiënt.

Uit gesprekken met huisartsen en apothekers van de 7 groepen die deelnamen aan het onderzoek van promovendus Sek Hung Chau (Amsterdam UMC, locatie VUmc) bleek dat zij met de nieuwe werkwijze meer medicatiebeoordelingen konden uitvoeren dan voorheen. Ook kostte elke beoordeling minder tijd. Driekwart van de voorstellen voor aanpassingen in de medicatie, aangedragen door de expertteams, zijn overgenomen door de eigen huisarts van de patiënt in kwestie. Zorgverleners en patiënten waren tevreden over het gebruik van de vragenlijst. Deze verving soms het gesprek met de patiënt, maar werd ook gebruikt om een gesprek juist doelgerichter te voeren. Zorgverleners en patiënten zijn tevreden



Foto: Shutterstock

over de aanpak en willen doorgaan met Opti-Med. ■

*Project: Implementatie van medicatiebeoordeling volgens de Opti-Med-methode via het Farmacotherapieoverleg.*

*Projectleider: S.H. Chau.*

*Uitvoerende organisatie: Amsterdam UMC, locatie VUmc.*

*ZonMw-projectnummer 1131020031 (afgerond).*

## Medicijnen tegen hart- en vaatziekten in de laatste levensfase

Het is de vraag of het zinvol is om ouderen in verpleeghuizen nog preventief medicijnen te geven tegen hart- en vaatziekten. Dit dilemma wordt nog groter als ziektes en beperkingen zich opstapelen en het levenseinde nadert. De huidige richtlijnen bieden artsen hierin weinig ondersteuning, waardoor over- of onderbehandeling dreigt. In dit nog lopende onderzoek wordt daarom een keuzehulp ontwikkeld.

Hoe pakt het gebruik van cholesterolverlagers, bloedverdunners en bloeddrukverlagers uit bij mensen boven de 80 die vaak ook andere chronische gezondheidsklachten hebben? Uit de literatuur is hierover maar weinig be-

kend. Ook ontbreekt kennis over bijwerkingen, terwijl die een grotere rol spelen naarmate mensen ouder en minder



Foto: Pixabay

# Betere controle van astma bij kinderen

Astma heeft veel invloed op het leven van kinderen. Eerder onderzoek liet zien dat de eerstelijnszorg voor deze groep beter kan. Sommige kinderen krijgen te weinig medicatie, andere juist te veel. In Rotterdam is nu een project opgezet om de zorg voor deze kinderen te verbeteren. De onderzoekers gaan na of geprotocolleerde zorg door een speciaal opgeleide praktijkondersteuner tot minder klachten leidt.

Astma zit kinderen soms behoorlijk in de weg. Ze kunnen bijvoorbeeld minder goed sporten of worden 's nachts door de klachten uit hun slaap gehouden. Overbehandeling kan echter onnodige bijwerkingen geven. De NHG-Standaard Astma bij kinderen adviseert een goede astmacontrole, met eventuele medicatie in een zo laag mogelijke dosering en toedieningsfrequentie. In de praktijk blijkt de astmacontrole niet altijd even goed uit te pakken. Huisartsen zien kinderen vaak pas bij een aanval en volgen deze kinderen meestal niet systematisch.



Foto: Shutterstock

In veel huisartsenpraktijken begeleiden praktijkondersteuners nu al volwassenen met longaandoeningen. Ervaringen met astmaverpleegkundigen in ziekenhuizen laten zien dat dit ook prima met kinderen kan. In dit project wordt een protocol en nascholing ontwikkeld voor praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. De onderzoekers gaan het verschil na

tussen de gebruikelijke zorg en een geprotocolleerde variant. Dat doen ze bij 2 gerandomiseerde groepen kinderen die ze hebben gevonden via HIS-gegevens. Kinderen die willen meedoen, worden anderhalf jaar gevolgd. De onderzoekers gebruiken daarbij vragenlijsten en longfunctiemetingen.

De werving voor het onderzoek is in 2018 gestart, maar mede door de coronacrisis is de inclusie wat vertraagd. Het gebied waarbinnen kinderen worden gerekruteerd, is uitgebreid van Zuid-Holland naar Noord-Brabant, Utrecht en Zeeland. Van de 140 beoogde kinderen is inmiddels ruim de helft geworven bij in totaal bijna 40 eerstelijnscentra. Naar verwachting hebben de coronamaatregelen ook invloed op de resultaten. Zo vinden de vervolggconsulten nu telefonisch plaats in plaats van face to face. Wel zeggen praktijkondersteuners al verbeteringen te zien. De inclusie loopt nog. Praktijken kunnen zich aanmelden via [astma@erasmusmc.nl](mailto:astma@erasmusmc.nl). ■

gezond worden. Denk aan spierklachten bij statines en een verhoogd valrisico bij bloeddrukverlagers. Het feitelijke effect van medicijnen kan op een gegeven moment nadeliger worden dan de veronderstelde voordelen. Hoe weeg je deze punten zorgvuldig af?

In dit nog lopende Leidse project zet men daarvoor de RAND/UCLAMethode in, een systematische aanpak die wetenschappelijke kennis met praktijkkennis verenigt. In multidisciplinaire paneldiscussies – waaraan ook huisartsen en patiënten deelnamen – is de geschiktheid van preventieve medicatie gewogen. Uit literatuuronderzoek bleek al dat de (internationale) richtlijnen nauwelijks adviezen bevatten over stoppen.

De uitwisseling in de panels heeft nieuwe kennis opgeleverd om het voor schrijven (starten, stoppen of continu-

eren) van preventieve geneesmiddelen te optimaliseren. Het resultaat van dit project wordt vertaald in een keuzehulp met een schaal met 2 uitersten: starten of stoppen (of niet starten). Met verschuivende kleuren (groen-geel-oranje-rood) komt de arts samen met de patiënt tot een keuze. De kleurintensiteit geeft aan naar welke kant de advisering overhelt. ■

*Met dank aan Veronique Huijbregts*

*Project: Optimizing cardiovascular disease prevention in older people with complex health problems.*

*Projectleider: prof. dr. J. Gussekloo.*

*Uitvoerende organisatie: LUMC, Leiden.*

*ZonMw-projectnummer 839120011*

*(lopend).*

*Project: Towards better asthma care for children: protocolled practice nurse-led care for children 6-12 years in primary care. A randomized controlled trial.*

*Projectleider: dr. G. Elshout.*

*Uitvoerende organisatie: Erasmus MC, Rotterdam.*

*ZonMw-projectnummer 839110021*

*(lopend).*

# Voorlichting over ramadan en diabetes

De meeste moslims met diabetes type 2 vasten tijdens de ramadan. Dit kan vaak prima, maar levert ook gezondheidsrisico's op, zoals een grotere kans op ernstige hypo's of complicaties door het vasten. Daarom ontwikkelde het Amsterdam UMC een voorlichtings- en educatieprogramma voor moslims met diabetes, imams en de betrokken zorgverleners.

Elk jaar doen veel Nederlandse moslims mee met de ramadan, de islamitische vastenmaand. Mensen met diabetes moeten extra opletten, want vasten is voor hen niet zonder risico's. Wie de hele dag niets eet en drinkt, krijgt gemakkelijker een gevaarlijke hypo. En wie na een dag vasten opeens veel eet, krijgt juist een te hoge bloedsuiker.

Voor moslims met diabetes type 2 was nog onvoldoende begrijpelijke informatie beschikbaar. Ook zorgverleners wisten niet goed hoe ze moesten omgaan met mensen met diabetes die willen vasten.

Dit project onder leiding van Petra Elders (Amsterdam UMC, locatie VUmc) ontwikkelde een voorlichtings- en educatieprogramma, gebaseerd op een Engels programma. Het programma bestaat uit een voorlichtingsbijeenkomst in het Turks of Marokkaans die wordt gehouden in de moskee, een huisartsenpraktijk of buurtcentrum. Moslims met diabetes type 2 krijgen er informatie over de mogelijke gevaren van vasten, plus adviezen hoe ze dat veilig kunnen doen. Zorgverleners van huisartsenpraktijken krijgen extra onderwijs in het begeleiden van deze groep en een training in effectief communiceren met laaggeletterde patiënten. Voor imams is er een handleiding met tips voor een vrijdaglezing in de moskee, inclusief een oproep om een zorgverlener te consulteren over vasten met diabetes. De evaluatie laat zien dat het voorlichtingsprogramma zinvol is en in een behoefte voorziet. Het draagt bij aan eenduidige en elkaar ondersteunde adviezen vanuit medisch en religieus perspectief. Het voorlichtings- en nascholingsmateriaal is toegevoegd aan de 'Diabetes en ramadan Toolkit' op [www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl) (zoek op 'toolkit ramadan'). ■



*Project: Diabetes en Ramadan: een educatie- en medicatiebegeleidingsprogramma ter verbetering van de (zelf)zorg van aan de ramadan deelnemende personen met type 2 diabetes mellitus van Marokkaanse of Turkse afkomst.*

*Projectleider: dr. P.J.M. Elders.  
Uitvoerende organisatie: Amsterdam UMC, locatie VUmc.  
ZonMw-projectnummer 848023002 (afgerond).*

## Antidepressiva off-label bij slaapproblemen

De NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen adviseert gedragsinterventies bij chronische slapeloosheid. De standaard ontraadt slaappmedicatie (benzodiazepines) vanwege de ernstige nadelen: snelle gewenning en verslaving. Als alternatief schrijven huisartsen soms antidepressiva voor in een lage dosis. Dat lijkt te helpen, maar de werkzaamheid van antidepressiva is voor deze toepassing nog niet wetenschappelijk vastgesteld. Daaraan is echter wel behoefte. In dit onderzoek gaat men na of antidepressiva een veilig alternatief zijn bij slaapproblemen.

Zo'n 6% van de Nederlandse bevolking heeft zodanig last van slapeloosheid dat hun dagelijks functioneren eronder lijdt. Cognitieve gedragstherapeutische interventies, bijvoorbeeld een

online zelfhulp cursus of een training op een slaappoli, hebben volgens de NHG-Standaard de voorkeur. Maar de literatuur laat zien dat zo'n 40% van de patiënten daar onvoldoende baat bij heeft. Benzodiazepines voor slaapproblemen helpen vaak wel, maar geven een grote kans op gewenning en zelfs verslaving. Is er een veilig alternatief middel dat mensen een langere periode dagelijks kunnen gebruiken? Ervaring in binnen- en buitenland suggereert dat bepaalde antidepressiva (amitriptyline en mirtazapine) in een lage dosering het doorslapen kunnen bevorderen. Patiënten verdragen deze middelen ook goed. Op dit moment ontbreekt het aan wetenschappelijke onderbouwing van dit off-label voorschrijven van antidepressiva. Daarom is het DREAMING-onderzoek gestart. De onderzoekers verge-

# Medicatie tegen reutelen in de stervensfase

Ongeveer de helft van de stervende patiënten reutelt, een luidruchtige ademhaling die wordt veroorzaakt door slijm in de luchtwegen. Voor naasten is dat vaak verontrustend. Artsen overwegen soms medicatie (scopolaminebutyl) te geven, maar het is de vraag of dat helpt. Onderzoekers van het Erasmus MC gingen het na. Zij stonden er ook bij stil hoe naasten wetenschappelijk onderzoek ervaren bij hun geliefde in de stervensfase.

Er is geen bewijs dat een stervende patiënt lijdt als hij of zij reutelt. Maar naasten zijn vaak bang dat hun geliefde stikt en het pruttelende geluid staat nadien voorgoed in hun geheugen gegrift. Het past voor veel mensen niet bij hun idee van waardig sterven. Kan scopolaminebutyl – een medicijn tegen darmkrampen dat ook de speekselproductie remt – reutelen voorkomen zonder bijwerkingen? Om die vraag te beantwoorden, werd een dubbelblind onderzoek opgezet. De onderzoekers gaven de helft



Foto Shutterstock

van een groep patiënten bij de start van de stervensfase 4 keer per dag scopolaminebutyl, de andere helft kreeg een placebo. Elke 4 uur noteerden de zorgverleners een 'reutelscore' en een extra onrustscore in het zorgdossier. Na het overlijden vulden de nabestaanden een vragenlijst in en spraken ze in een interview over hun ervaringen

met het onderzoek.

Scopolaminebutyl bleek de kans op reutelen te halveren. Bijwerkingen als een droge mond, urineretentie en verwardheid kwamen niet vaker voor dan in de placebogroep. Naasten zeiden dat ze het onderzoek niet als belastend hadden ervaren. Vaak hadden zij juist de wens om bij te dragen aan de wetenschap. Ze hoopten vooral dat anderen door de resultaten in de toekomst waardiger zouden kunnen sterven. Die gedachte maakte het voor hen waardevol om mee te doen. ■

*Met dank aan Jeroen Wapenaar*

*Project: Reutelen in de stervensfase: is profylactische behandeling zinvol?*

*Projectleider: prof. dr. C.C.D. van der Rijt. Uitvoerende organisatie: Erasmus MC, Rotterdam.*

*ZonMw-projectnummer 844001203 (afgerond).*

Alle nieuwsberichten zijn geschreven door Marc van Bijsterveldt.

Deze nieuwsberichten zijn een selectie van de onderzoeken die ZonMw financiert. Op pagina 40 staat een overzicht van huisartsgeneeskundige ZonMw-projecten rondom geneesmiddelen. Meer weten? Kijk op [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).



Foto Pixabay

lijken het gebruik van laaggedoseerde amitriptyline, mirtazapine en placebo gedurende 4 maanden met elkaar bij volwassenen met chronische slapeloosheid. In de gerandomiseerde trial weten huisarts, patiënt en onderzoeker niet wie welk middel of een placebo krijgt. De inclusie van patiënten loopt momenteel in ruim 60 deelnemende praktijken in de regio Amsterdam. Elke uitkomst draagt volgens de onderzoekers bij aan

evidencebased werken in de huisartsenpraktijk. Werkt het middel, dan hebben huisarts en patiënt een alternatief. Is het effect niet aantoonbaar, dan is er geen wetenschappelijke basis voor het off-label voorschrijven van antidepressiva. De resultaten van dit onderzoek worden in de loop van 2022 verwacht. ■

*Project: Efficacy and safety of off label low dose antidepressants (amitriptyline and mirtazapine) for chronic insomnia: a double-blind, randomized placebo-controlled trial in general practice.*

*Projectleider: dr. P. Slottje.*

*Uitvoerende organisatie: Amsterdam UMC, locatie VUmc.*

*ZonMw-projectnummer 848015011 (lopend).*

# Pijnbestrijding bij kinderen met otitis media acuta

Rick van Uum, Roderick Venekamp, Anne Schilder, Roger Damoiseaux, Sibyl Anthierens

**Oorpijn is een veelvoorkomend symptoom van otitis media acuta (OMA) en staat centraal in de ziektebeleving van kinderen met OMA en hun ouders.<sup>1</sup> Internationale behandelrichtlijnen adviseren daarom goede pijnstilling voor alle kinderen met OMA, gedoseerd naar gewicht of leeftijd.<sup>2-4</sup> Paracetamol is het medicijn van eerste keuze; bij onvoldoende verlichting kan ibuprofen gegeven worden in plaats van, of als toevoeging op, paracetamol.**

In de praktijk blijken (huis)artsen echter niet altijd duidelijke adviezen over pijnstilling te geven.<sup>5-7</sup> Ouders zijn bovendien vaak terughoudend in het doseren van pijnmedicatie.<sup>8,9</sup> Hierdoor kunnen kinderen met OMA onnodig oorpijn houden, wat ertoe kan leiden dat ouders opnieuw op consult komen en huisartsen meer antibioticavoorschriften uitschrijven. De mechanismen die deze dagelijkse praktijk in stand houden zijn tot nu toe niet onderzocht en er is weinig onderzoek gedaan naar de ideeën van huisartsen en ouders over pijnbestrijding bij kinderen met OMA.

Wij ontwikkelden een scholing voor huisartsen die gericht is op het verbeteren van pijnbestrijding bij kinderen met OMA, en analyseerden de effectiviteit hiervan in een clustergerandomiseerd onderzoek.<sup>10</sup> Parallel aan dit onderzoek voerden wij 2 kwalitatieve interviewonderzoeken uit om de ideeën van huisartsen en ouders over pijnbestrijding bij kinderen met OMA te exploreren, en om te kijken welke mechanismen bijdragen aan de impact van de interventie.<sup>11</sup>

## METHODE

Tussen februari 2015 en mei 2018 voerden wij een clustergerandomiseerd onderzoek uit in 37 Nederlandse huisartsenpraktijken, waarin we een scholing voor huisartsen die is gericht op pijnbestrijding bij kinderen met OMA vergeleken met de huidige standaardzorg (het PIM-POM-onderzoek).<sup>10</sup> De scholing [figuur] bestond uit een zogenaamde *blended learning* (online training en praktijkvisite door een arts-onderzoeker) die huisartsen leerde om pijnbestrijding aan de hand van een informatiefolder tot in detail te bespreken met de ouders én de pijnmedicatie ook voor te schrijven in een adequate dosering op basis van het gewicht van het kind.

In 2 parallele onderzoeken selecteerden we via *purposeful sampling* respectievelijk huisartsen uit de interventiegroep en ouders uit beide onderzoeksgroepen.<sup>12,13</sup> Bij *purposeful sampling* selecteren onderzoekers deelnemers op bepaalde kenmerken om een representatieve steekproef te realiseren. We selecteerden huisartsen en ouders op geslacht, leeftijd, interventiegroep en kwalificatie. Aanvullend selecteerden we huisartsen op basis van het aantal praktijkdagen en -kenmerken. We verwachtten dat 10 tot 20 deelnemers voor elk onderzoek voldoende zouden zijn om saturatie te bereiken.<sup>14,15</sup>

De arts-onderzoeker voerde alle interviews uit, na het verkrijgen van schriftelijke toestemming. Dat gebeurde aan de hand van interviewschema's, die zijn gebaseerd op relevante literatuur en de expertise van leden uit onze multidisciplinaire onderzoeksgroep.<sup>12,13</sup> We interviewden de huisartsen in hun eigen praktijk. De ouders van kinderen die tussen november 2017 en mei 2018 aan het PIM-POM-onderzoek deelnamen, hebben we bij inclusie telefonisch benaderd met de vraag of ze wilden meedoen aan het interviewonderzoek. Wanneer ze toestemden, interviewden we ze thuis, binnen 2 weken na inclusie.

Dit artikel verscheen eerder in H&W als: Van Uum RT, Venekamp RP, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, Anthierens S. Pijnbestrijding bij kinderen met otitis media acuta. Huisarts Wet 2019;62(12):18-23. DOI:10.1007/s12445-019-0356-8.

Het artikel was een bewerkte versie van 2 reeds verschenen artikelen: Van Uum RT, Venekamp RP, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, Anthierens S. Pain management in acute otitis media: a qualitative study of parents' views and expectations. BMC Fam Pract 2019;20:18. En: Van Uum RT, Sjoukes A, Venekamp RP, Schilder AGM, De Groot E, Damoiseaux RAMJ, Anthierens S. Pain management in acute otitis media: a qualitative study exploring GPs' views and expectations parallel to a trial of an educational intervention. BJGP Open 2018;2:bjgpopen18X101620. Publicatie gebeurt met toestemming.

Alle interviews namen we digitaal op en transcribeerden we woordelijk. De gegevens hebben we verzameld en thematisch geanalyseerd in een iteratief proces.<sup>16,17</sup> Twee onderzoekers lazen de eerste 3 interviewtranscripten van beide onderzoeken afzonderlijk door en codeerden deze met open en axiale codering. Deze eerste codes en thema's hebben we vervolgens met alle onderzoeksteamleden besproken, zodat we de interviewschema's eventueel konden aanpassen, wat niet nodig bleek te zijn. Uiteindelijk hebben we alle interviews op dezelfde manier geanalyseerd. Alle teamleden hebben de volledige codebomen en thema's gereviseerd om consensus te bereiken en de betrouwbaarheid van de interpretatie te verbeteren.<sup>18</sup> We bleven gegevens verzamelen tot saturatie was bereikt.

## RESULTATEN

### Behandeling van OMA

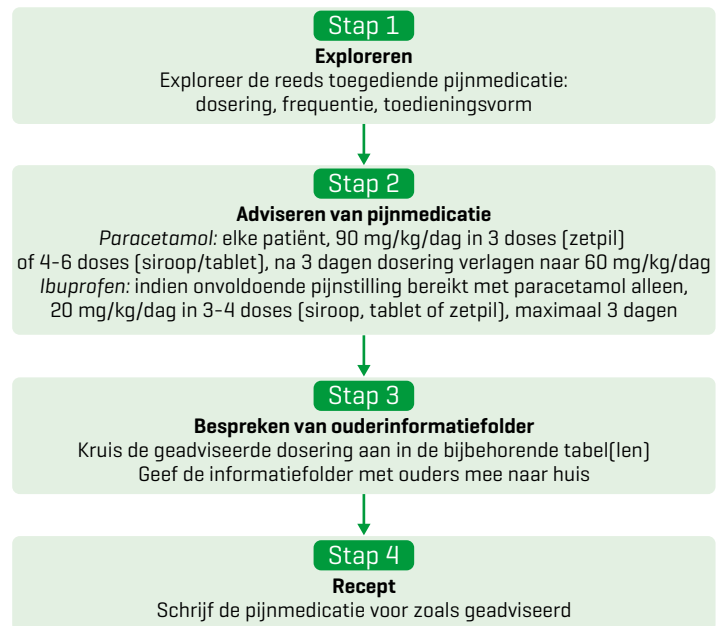
In totaal interviewden we 12 huisartsen en 14 ouders van 13 kinderen. Zie voor de kenmerken van de huisartsen en de ouders de oorspronkelijke publicatie. De [tabel] geeft de overkoepelende thema's uit beide onderzoeken weer. Huisartsen gaven aan dat OMA vaak met hevige oorpijn gepaard gaat en wilden deze adequaat behandelen.

*'Ik vind het het allerbelangrijkste dat ze [collega-huisartsen, auteurs] die oorpijn serieus nemen. Oorpijn bij een kind doet gewoon echt pijn, dus ze moeten pijnstillers geven.'* (huisarts 8)

Ouders die oorpijn bij hun kind herkenden hadden dezelfde wens, maar veel ouders gaven aan dat ze oorpijn en OMA juist moeilijk konden herkennen bij hun zieke kind.

## Figuur

De onderdelen van de interventie



*'... en het vervelende is dat het een paar dagen duurt voordat ik het in de gaten heb. Hij is al een tijdje vervelend; voordat hij echt koorts heeft en kan aangeven dat hij pijn heeft, zijn we al zeker twee dagen verder.'* (ouder 2)

Onzekerheid over de oorzaak van de klachten, het risico op het missen van ernstige ziekte en het ontbreken van specifieke kennis over zinvolle behandelopties, waaronder de toepassing

## Tabel

Thema's uit de interviews met huisartsen en ouders

Huisartsen [interventiegroep]	Ouders [interventie- en controlegroep]
Otitis media acuta gaat gepaard met aanzienlijke oorpijn	
Onzekerheid over het kunnen bieden van adequate therapie	Onzekerheid over de diagnose, het missen van ernstige ziekte, de behandelopties
Empowerment Interventie biedt handvatten voor het expliciet adviseren over pijnmedicatie [zoals kennis en informatiefolder]	Empowerment Advies van de huisarts sterkt ouders in het toepassen van pijnmedicatie
Kennislacunes Ibuprofen als pijnmedicatie bij kinderen	Kennislacunes Regelmatig en hoog doseren van ibuprofen als pijnmedicatie bij kinderen
Verandering van visie Van infectie behandelen met antibiotica naar symptomen bestrijden met pijnmedicatie	Verandering van visie Acceptatie van louter pijnmedicatie als de huisarts het niet voorschrijven van antibiotica uitlegt Bereid om bij een volgende episode meer pijnmedicatie te geven, indien goede ervaring met pijnstilling
Herconsulten Perceptie dat kinderen minder vaak terugkomen	Herconsulten Bij volgende episode opnieuw naar de huisarts, vooral ter bevestiging van diagnose en uitsluiten van ernstige ziekte



Huisartsen moeten de aanpak van pijn explicieter met de ouders bespreken.

Foto: Shutterstock

van adequate pijnbestrijding (indien de OMA herkend werd), waren voor ouders de belangrijkste redenen om de huisarts te consulteren:

*‘... om zeker te weten dat er wel een middenoorontsteking zit en of dat behandeld kan worden, zodat ze van de pijn af kan komen.’ (ouder 7)*

Huisartsen gaven aan het gebruik van pijnmedicatie niet in detail te exploreren en te adviseren, ook als ouders zeiden dat ze hun kind reeds pijnstillers gaven. De interventie verander-

de de manier waarop huisartsen het gebruik van pijnstillers onderzochten:

*‘Ik vraag nu veel vaker hoe mensen het bestrijden. [...] Dat je dus inderdaad vraagt: “Wat doe je nou? Hoe vaak geef je het en wat geef je dan? En doe je het wel of niet preventief?”’ (huisarts 3)*

### **Interventie: meer nadruk op symptoombestrijding**

De specifieke scholing bood huisartsen handvatten om meer nadruk te leggen op het bestrijden van symptomen met pijnmedicatie en niet zozeer op het behandelen van de infectie met antibiotica. Vooral de informatiefolder waardeerden ze, die ze ook geschikt vonden om het gebruik van pijnstillers uit te leggen bij niet aan OMA gerelateerde consulten.

*‘Dus ik ben meer die vertaalslag gaan maken, denk ik, van de infectie behandelen en benoemen, naar meer het pijndeel; wat voor die ouders veel belangrijker is.’ (huisarts 5)*

Ouders op hun beurt waardeerden het expliciete advies van huisartsen over pijnmedicatie en vonden behandeling met enkel pijnmedicatie acceptabel, mits de huisarts helder uitlegde waarom antibiotica niet nodig waren. De informatiefolder bood ouders de mogelijkheden thuis een en ander nog eens na te lezen, wat ze op prijs stelden.

### **WAT IS BEKEND?**

- Oorpijn is een kenmerkend symptoom van kinderen met otitis media acuta [OMA] waarvoor ouders naar de huisarts gaan.
- Huisartsen geven niet altijd duidelijke adviezen over pijnstilling, waardoor kinderen oorpijn kunnen houden en soms onnodig antibiotica krijgen.

### **WAT IS NIEUW?**

- Ouders accepteren adequate pijnstilling als eerste aanpak van een OMA, als de huisarts expliciet aandacht geeft aan pijnbestrijding en uitlegt waarom antibiotica niet nodig zijn.



*'Want ik had voorheen het idee dat pijnstilling niet genoeg zou zijn, en dat ik daarom als het te lang duurt ook antibiotica erbij wilde, en nu merk ik wel dat alleen pijnstilling ook al goed gaat, dat er ook verbetering is.'* (ouder 2)

De toepassing van ibuprofen als toevoeging aan paracetamol bij OMA was voor veel huisartsen nieuw, maar na de interventie bleven huisartsen gemengde gevoelens houden. Sommigen adviseerden wel ibuprofen, anderen waren zeer terughoudend.

*'Het [de interventie, auteurs] heeft mij wel over de streep getrokken om als een kind, dat ouders paracetamol hebben gegeven, als dat duidelijk is dat ze dat goed hebben gedaan, dat je dan zegt het mag ook ibuprofen hebben.'* (huisarts 7)

Ouders gaven aan dat ze bij toekomstige ziekte-episoden van hun kind toch opnieuw een beroep op de huisarts zouden doen, ook als ze zouden merken dat de pijnmedicatie goed werkte. Vooral de bevestiging van de diagnose, en daarmee het uitsluiten van voor ouders moeilijk herkenbare ernstige aandoeningen, was hierin doorslaggevend.

*'Ik denk dat ik dan [bij een toekomstige OMA-episode] wel eerder geneigd ben om weer op pijnstillers te gaan zitten en te proberen het zonder antibiotica te doen...'* (ouder 12)

## BESCHOUWING

Bij zowel huisartsen als ouders is er draagvlak én ruimte voor het verbeteren van pijnbestrijding bij kinderen met OMA. Huisartsen kunnen hierin een belangrijke rol spelen door pijnbestrijding explicieter met de ouders te bespreken; onze scholing bood hen handvatten daartoe. Ouders waardeerden het expliciete advies van huisartsen over pijnmedicatie en vonden behandeling met enkel pijnmedicatie acceptabel, mits de huisarts helder uitlegde waarom antibiotica niet nodig waren. Dit staat haaks op de literatuur uit andere landen, waaruit blijkt dat huisartsen antibiotica voorschrijven omdat ze druk van ouders ervaren om dit te doen, en dat ouders behandeling van OMA met alleen pijnmedicatie niet afdoende vinden.<sup>15,19,20</sup> Conform eerdere onderzoeken gaven de deelnemende ouders aan dat ze veel onzekerheid ervaren rondom het herkennen van OMA, en dat ze de huisarts opnieuw zullen consulteren

voor een bevestiging van de diagnose, geruststelling en advies over de juiste behandeling.<sup>15,21,22</sup>

De belangrijkste beperking van beide kwalitatieve onderzoeken is de mogelijke invloed van het zogenaamde Hawthorne-effect: huisartsen en ouders deden mee aan een trial en kunnen daardoor positiever rapporteren. We hebben dit geprobeerd te beperken door nadrukkelijk en expliciet te vragen naar hun mening over pijnbestrijding, losstaand van de trial. Bovendien nodigden we huisartsen en ouders uit om kritiek te geven op de trial en de interventie.

Daarnaast hebben we alleen ouders geïnterviewd die de huisarts bezochten vanwege OMA. In 50% van de gevallen behandelen ouders OMA zelf thuis, en het is dan ook de vraag in hoeverre onze onderzoeksresultaten op deze populatie van toepassing zijn.<sup>23</sup>

## CONCLUSIE

Onze bevindingen bieden perspectief voor een betere behandeling van OMA-symptomen zonder het voorschrijven van antibiotica, temeer omdat ouders lang niet altijd op de hoogte blijken te zijn van het belang van én de vele mogelijkheden tot adequate pijnbestrijding bij hun kind. Dit sluit aan bij de huidige aanbevelingen in de NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen en op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) om bij alle gevallen adequate pijnstilling toe te passen.<sup>2</sup> Huisartsen hebben een belangrijke rol bij de implementatie van deze adviezen door tijdens het consult pijnstilling expliciet met ouders te bespreken. ■

## LITERATUUR

De literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Van Uum RT, Venekamp RP, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, Anthierens S. Pijnbestrijding bij kinderen met otitis media acuta. *Huisarts Wet* 2021;64[5]:S14-7.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnszorg, UMC Utrecht, Utrecht: R.T. van Uum, arts in opleiding tot huisarts-onderzoeker, [doktervanuum@gmail.com](mailto:doktervanuum@gmail.com); dr. R.P. Venekamp, huisarts-onderzoeker; prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. *evident Ear Institute*, University College London, Londen: prof. dr. A.G.M. Schilder, hoogleraar Paediatric Otorhinolaryngology. Universiteit van Antwerpen, afdeling Eerstelijns en Interdisciplinaire zorg, Antwerpen: dr. S. Anthierens, eerstelijns-socioloog en hoogleraar.

Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 839110005 [afgerond].

# Benzo's afbouwen met hulp van de POH-ggz

Tessa Magnée, Cas Barendregt, Elske Wits

**Een grote groep patiënten gebruikt nog steeds langdurig benzodiazepines. Dat is ongewenst. Met alle ophef over de gevolgen van langdurig gebruik van opioïden en antidepressiva zou je de 'benzo's' bijna vergeten. Daarom ging onderzoeksinstituut IVO in een pilotonderzoek na of en hoe POH's-ggz patiënten kunnen ondersteunen bij het afbouwen van deze medicijnen. De pilot bevatte 3 onderdelen: een patiëntenbrief, een werkboekje voor patiënten en motiverende gespreksvoering door getrainde POH's-ggz. De aanpak bleek succesvol.**

Het doel van het pilotonderzoek 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' was om de toepassing van de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen bij patiënten die benzodiazepines gebruiken te verbeteren.<sup>1</sup> Ongeveer 1 op de 10 Nederlanders gebruikt een benzodiazepine, van wie naar schatting 20-50% chronisch.<sup>2-4</sup> De NHG-Standaard adviseert benzodiazepines eenmalig en met een maximum van 10 tabletten voor te schrijven.<sup>5</sup> Chronisch gebruik is vaak ongewenst, omdat de effecten afnemen terwijl de bijwerkingen blijven bestaan.<sup>6</sup> Benzodiazepines maken deel uit van de groep medicijnen die in absolute zin de meeste vermijdbare schade veroorzaken, bijvoorbeeld in de vorm van ziekenhuisopnames na een valincident.<sup>7</sup> Hoewel benzodiazepines sinds 2009 bij slaapproblemen niet meer worden vergoed vanuit het basispakket, is het aantal gebruikers maar licht gedaald.<sup>2</sup>

## METHODE

In 13 huisartsenpraktijken werden een effect- en procesevaluatie uitgevoerd.<sup>7</sup> Elke praktijk selecteerde op basis van in- en exclusiecriteria maximaal 40 patiënten die langdurig een benzodiazepine gebruikten en wees deze willekeurig toe aan de interventie- of controlegroep. Van 378 patiënten was de door de POH-ggz geregistreerde informatie volledig genoeg om te worden geïncordeerd in de analyses. Alle patiënten in de interventiegroep (n = 217) kregen een patiëntenbrief en met 180 patiënten (83%) is daarna telefonisch contact geweest. Er kwamen 59 patiënten (25%) op het spreekuur van de POH-ggz. De POH's-ggz volgden als onderdeel van het project een tweedaagse training motiverende gespreksvoering. Achtendertig (18%) patiënten kregen een werkboekje met voorlichtingsmateriaal. De controlegroep (n = 167) kreeg

geen extra aandacht of zorg, maar de gebruikelijke zorg. In de effectevaluatie vergeleek men de gemiddelde gestandaardiseerde dagdosering (defined daily dose, DDD) van de benzodiazepine tussen de interventie- en de controlegroep, voorafgaand aan de interventie en na 6 maanden. Verschillen tussen de gemiddelde DDD in de controlegroep en de interventiegroep zijn getoetst met behulp van een T-test met een 95%-betrouwbaarheidsinterval. Voor de procesevaluatie werden 13 POH's-ggz (tweemaal), 6 huisartsen en 11 patiënten telefonisch geïnterviewd en werd een focusgroep met 5 POH's-ggz opgezet. De uitgewerkte interviewverslagen werden thematisch geanalyseerd met behulp van een programma voor de analyse van kwalitatieve data.

## RESULTATEN

De 378 patiënten waren gemiddeld 62 jaar oud en 72% van hen was vrouw. Het meest gebruikte middel was oxazepam. De gemiddelde DDD was bij aanvang van het project 0,84 (SD = 0,66); er was geen significant verschil tussen de interventie- en de controlegroep. Zowel in de interventiegroep als in de controlegroep nam het benzodiazepinegebruik af. In de interventiegroep nam het gebruik significant ( $p < 0,05$ ) sterker af (DDD -0,25) dan in de controlegroep (DDD -0,11). Het gecombineerd inzetten van motiverende gespreksvoering én het werkboekje (na de patiëntenbrief) leidde tot een significant ( $p < 0,05$ ) grotere afname (DDD -0,41) dan alleen een werkboekje of geen van beide (DDD -0,11). Uit de procesevaluatie bleek dat de 13 geïnterviewde POH's-ggz de training motiverende gespreksvoering gemiddeld met een 8,8 (0-10) waardeerden. Huisartsen werden zich door de pilot bewuster van hun voorschrijf-



Foto: Shutterstock

Chronisch gebruik van benzodiazepines is ongewenst, omdat de effecten afnemen terwijl de bijwerkingen blijven bestaan.

beleid en POH's-ggz hadden meer aandacht voor chronisch benzodiazepinegebruik van al hun patiënten.

## CONCLUSIE

De resultaten van het pilotonderzoek 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' zijn veelbelovend. Patiënten die alledrie de onderdelen van de interventie ontvingen, lieten een ruim driemaal zo grote afname in benzodiazepinegebruik zien als patiënten die geen of niet alle onderdelen ontvingen. De pilot had als gunstig bijeffect dat er meer aandacht voor ongewenst chronisch medicatiegebruik in het algemeen ontstond bij huisartsen en POH's-ggz. Wanneer huisartsenpraktijken jaarlijks

of tweejaarlijks een project zouden uitvoeren zoals beschreven in dit pilotonderzoek, kan dat leiden tot een substantiële afname van het aantal langdurig benzodiazepinegebruikers. ■

## LITERATUUR

1. Barendregt C, De Wit N, Van Straaten B, et al. Motiverend aan de slag met benzoreductie. Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: Onderzoeksinstituut IVO, 2017.
2. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. [www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2016/gebruik-benzodiazepines-daalt-gestaag-maar-traag](http://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2016/gebruik-benzodiazepines-daalt-gestaag-maar-traag).
3. Instituut Verantwoord Medicijngebruik. Financiële opbrengsten stopbrief bij benzodiazepines. Utrecht: IVM, 2006.
4. Geers H, Arents B. Minimale interventie in een cohort van chronische benzodiazepinegebruikers. Wetenschappelijk Platform 2009;3:62-6.
5. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). Richtlijnen.nhg.org/standaarden.
6. Seldenrijk A, Vis R, Henstra M, et al. Aandacht voor bijwerkingen van benzodiazepines is belangrijk: een systematisch overzicht. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D1052.
7. Erasmus MC. Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid: eindrapport. Erasmus MC: Rotterdam, 2017. [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/01/31/eindrapport-vervolgonderzoek-medicatieveiligheid](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/01/31/eindrapport-vervolgonderzoek-medicatieveiligheid).

### WAT IS BEKEND?

- Veel patiënten in de huisartsenpraktijk gebruiken langdurig benzodiazepines.
- Chronisch gebruik van benzodiazepines is vaak ongewenst; effecten nemen af, terwijl bijwerkingen blijven bestaan.

### WAT IS NIEUW?

- Getrainde POH's-ggz kunnen patiënten succesvol begeleiden tijdens het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik.
- Motiverende gespreksvoering is een belangrijk onderdeel van de interventie, naast een patiëntenbrief en een werkboekje.
- De pilot had als gunstig bijeffect dat er meer aandacht leek te ontstaan voor ongewenst chronisch medicatiegebruik bij huisartsen en POH's-ggz.

Magnée T, Wits E, Barendregt C. Benzo's afbouwen met hulp van de POH-ggz. Huisarts Wet 2021;64(5):S18-9. Erasmus Universiteit Rotterdam/FortaGroep, Rotterdam; dr. T. Magnée: onderzoeker en POH-ggz, [tessa0307@hotmail.com](mailto:tessa0307@hotmail.com). Onderzoeksinstituut IVO, Den Haag; ir. E. Wits, onderzoekskoördinator; C. Barendregt, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 836044007 [afgerond].

# Astma-app verbetert medicijngebruik van adolescenten

Ellen Koster, Richelle Kosse, Tjalling de Vries, Marcel Bouvy

**Adolescenten met een chronische aandoening zijn vaak niet therapietrouw. Een mobiele health (mHealth)-interventie zou jongeren kunnen ondersteunen bij goed geneesmiddelgebruik. Ons onderzoek laat zien dat zo'n mHealth-interventie de therapietrouw van adolescenten met astma inderdaad verbetert. We werkten daarbij nauw samen met de doelgroep.**

Tijdens de pubertijd is meer dan de helft van de astma-patiënten niet therapietrouw. Veel adolescenten vergeten hun medicijnen in te nemen, waardoor hun ziektecontrole afneemt. Bovendien halen ze vaak niet zelf hun medicijnen op in de apotheek en zijn andere contactmomenten met bijvoorbeeld de huisarts beperkt. De meeste adolescenten hebben een smartphone. Een applicatie (app) zou adolescenten kunnen ondersteunen bij hun geneesmiddelgebruik. In samenwerking met adolescenten met astma hebben we daarom een interactieve app ontwikkeld: de ADolescent Adherence Patient Tool (ADAPT).

## MHEALTH-INTERVENTIE

De ADAPT-interventie bestond uit een app voor patiënten, gekoppeld aan een computerprogramma in de eigen

openbare apotheek [figuur]. De app bevatte verschillende functies zoals een vragenlijst waarmee de klachten over de tijd werden gevolgd, een medicatiealarm, filmpjes (voorlichting en motivatie) en chatfuncties. De apotheker kon de patiënt met het computerprogramma volgen en zo nodig contact opnemen door bijvoorbeeld chatberichten of een informatieve video te sturen.

We evalueerden de effectiviteit van de interventie in een gerandomiseerd onderzoek in 66 openbare apotheken, waarbij de interventiegroep 6 maanden gebruik kon maken van de interventie. De therapietrouw werd gemeten met de Medication Adherence Report Scale (MARS). Naast therapietrouw keken we naar het effect van de interventie op de astmacontrole en kwaliteit van leven. Het effect van de interventie op primaire en secundaire eind-

## Figuur

De interactieve ADolescent Adherence Patient Tool [ADAPT].



De ADAPT-interventie is ontwikkeld door Umenz Benelux BV in samenwerking met het onderzoeksteam.

punten testten we met mixed-effect models. Aan het einde van het onderzoek evalueerden we het gebruik van de interventie onder patiënten en apothekers met vragenlijsten en interviews. In totaal rondden 234 adolescenten het onderzoek af (147 in de controlegroep en 87 in de interventiegroep). De gemiddelde leeftijd was 15 jaar en 53% was vrouw. De interventie had geen effect op de therapietrouw in de hele groep, maar verbeterde wel de therapietrouw van adolescenten die niet therapietrouw waren bij de start van het onderzoek (n = 76). Het interventie-effect was groter wanneer adolescenten naast een lage therapietrouw ook een slechte astmacontrole hadden (n = 74). Er was geen effect aantoonbaar op de astmacontrole en de kwaliteit van leven.

## APPGEBRUIK

Van de interventiegroep gebruikten 86 adolescenten de app, gemiddeld 17 (range 1-113) keer per persoon tijdens het onderzoek. De meeste adolescenten gebruikten de vragenlijsten om de klachten en de therapietrouw te monitoren. Ze gebruikten ook de filmpjes, de chat met de apotheker en met de andere deelnemers. Vrouwen gebruikten de app vaker en gedurende een langere periode dan mannen. Het totale appgebruik had geen effect op de therapietrouw, maar het gebruik van de chat met de apotheker had wel een positief effect op de therapietrouw.

## IMPLEMENTATIE IN DE EERSTE LIJN

De meeste patiënten (78%) zouden de interventie aanbevelen aan anderen en bijna alle deelnemende apothekers (96%) waren tevreden. Het gebruik van de interventie kostte niet veel tijd voor de meeste apothekers (91%) en het gebruik verbeterde het contact met de patiënten (74%).

## BESCHOUWING

Op basis van onze resultaten lijkt het niet zinvol de ADAPT-interventie aan iedere adolescent aan te bieden, maar specifiek in te zetten voor adolescenten met een lage therapietrouw. Het verbeteren van therapietrouw betreft een verandering in gedrag en er kunnen verschillende redenen zijn voor therapieontrouw. Die complexiteit kan verklaren waarom interventies die zich slechts op 1 element richten niet effectief zijn.<sup>1</sup> Bij gedragsverandering zijn kennis (educatie), zelfeffectiviteit (motivatie) en awareness (metingen) belangrijk.<sup>2</sup> Een passende interventie moet aansluiten bij behoeftes van gebruikers. Veel eerder ontwikkelde mHealth-interventies zijn gebaseerd op input van zorgverleners, ouders of literatuuronderzoek.<sup>3</sup> De ADAPT-interventie is juist ontwikkeld in nauwe samenwerking met de doelgroep.<sup>4</sup> De interventie bestond uit verschillende functies en daarvan gebruikten adolescenten er gemiddeld 3. De interactieve ADAPT-interventie heeft de potentie om bij te dragen aan shared decision making. De gegevens uit de app kunnen worden gebruikt als input en basis voor een gesprek tussen patiënt en zorgverlener. Met name 'chatten met de apotheker' had een positief effect op de therapietrouw. Het gebruik van de chatfunctie faciliteert het contact en patiën-

## WAT IS BEKEND?

- Tijdens de pubertijd neemt therapietrouw af.
- Adolescenten hebben weinig contactmomenten met zorgverleners.
- Jongeren staan positief tegenover gebruik van mHealth.

## WAT IS NIEUW?

- Een interactieve mHealth-interventie faciliteert contact tussen adolescent en zorgverlener.
- Vooral chatten met de zorgverlener lijkt therapietrouw positief te beïnvloeden.

ten kunnen zich daardoor meer gesteund voelen door hun apotheker of arts. Dit kan zeker voor adolescenten een goede mogelijkheid voor contact zijn, omdat het opbouwen van een patiënt-zorgverlenersrelatie bij hen vaak lastiger is.<sup>5,6</sup> Ons onderzoek suggereert dat mHealth-interventies voor adolescenten met astma meerdere functies moeten bevatten, en dat chatten met zorgverleners moet worden gestimuleerd. De ADAPT-interventie was gericht op de apotheker, maar de huisarts zou de app ook kunnen gebruiken in de begeleiding van adolescenten met astma. Op die manier levert de ADAPT-interventie een bijdrage aan de ketenzorg. ■

## LITERATUUR

1. Dean AJ, Walters J, Hall A. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. *Arch Dis Child* 2010;95:717-23.
2. Vrijens B, Urquhart J, White D. Electronically monitored dosing histories can be used to develop a medication-taking habit and manage patient adherence. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2014;7:633-44.
3. Geryk LL, Roberts CA, Sage AJ. Parent and clinician preferences for an asthma app to promote adolescent self-management: a formative study. *JMIR Res Protoc* 2016;5:e229.
4. Koster ES, Philbert D, De Vries TW, et al. "I just forget to take it": asthma self-management needs and preferences in adolescents. *J Asthma* 2015;52:831-7.
5. Miles C, Arden-Close E, Thomas M, et al. Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017;27:57.
6. Koster ES, Philbert D, Winters NA, et al. Medication adherence in adolescents in current practice: community pharmacy staff's opinions. *Int J Pharm Pract* 2015;23:221-4.

Koster ES, Kosse R, De Vries T, Bouvy M. Astma-app verbetert medicijngebruik van adolescenten. *Huisarts Wet* 2021;64(5):S20-1. Universiteit Utrecht, afdeling Farmacologische & Klinische Farmacologie, Utrecht Institute of Pharmaceutical Sciences [UIPS]: dr. E.S. Koster, universitair hoofddocent, e.koster@uu.nl; prof. dr. M.L. Bouvy, hoogleraar Farmaceutische Patiëntenzorg. GSK, Amersfoort: dr. R. Kosse, onderzoeker [voorheen: UIPS]. Medisch Centrum Leeuwarden, afdeling Kindergeneeskunde Leeuwarden: dr. T. de Vries, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 836031002 [afgerond].

# Naar beter gebruik geneesmiddelen door laaggeletterde patiënten

Gudule Boland, Marieke van Gene

**Samenwerking tussen zorgverleners en communicatie op maat dragen bij aan goed gebruik van geneesmiddelen door laaggeletterde patiënten. Dat blijkt uit een project van Pharos, waarin een stappenplan voor eerstelijnszorgverleners werd ontwikkeld en getest. Het stappenplan bevat een teamtraining, werkwijze voor registratie en samenwerking, toolkit met hulpmiddelen en FTO-module. Na deelname aan het project herkenden zorgverleners laaggeletterde patiënten beter, hadden zij meer begrip en voelden zij zich beter toegerust om met hen te communiceren. Tevens verbeterde de samenwerking met andere zorgverleners.**

Bijna een derde van alle Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en van hen zijn 2,5 miljoen mensen laaggeletterd. Zij hebben moeite met correct gebruik van geneesmiddelen.<sup>1,2</sup> Zorgverleners leggen de link tussen therapie-ontrouw en laaggeletterdheid vaak niet. Samenwerking tussen zorgverleners en goede communicatie kunnen hierin verbetering brengen.<sup>3</sup> Zo is het van belang dat patiënten bij iedere zorgverlener dezelfde uitleg krijgen. Patiënten krijgen dan meer begrip van de noodzaak van het geneesmiddel, het belang van goede inname, de dosering, en de manier en tijdstippen van innemen. Registratie van laaggeletterdheid zorgt ervoor dat zorgverleners alert zijn bij contacten. Met dit project wilden we eerstelijnszorgverleners kennis en handvatten

geven waarmee zij het gebruik van geneesmiddelen bij laaggeletterden kunnen verbeteren.<sup>4</sup>

## METHODE

Op 4 locaties in achterstandswijken (Amsterdam, Utrecht en Amersfoort) hielden we met huisartsenpraktijken, apotheketeams en wijkverpleegkundigen 3 bijeenkomsten. In de eerste bijeenkomst, vaak tijdens een farmacotherapeutisch overleg (FTO) waarbij nu ook wijkverpleegkundigen aanwezig waren, lichtten we laaggeletterdheid en het doel van het project toe. Na deze bijeenkomst maakte elke locatie een eigen actieplan 'laaggeletterdheid'. Gedurende het jaar daarna kwamen we hierop een aantal keren terug om de vorderingen en geleerde lessen te bespreken en vervolgacties te plannen. Zorgverleners volgden daarnaast een training in herkennen van laaggeletterden, begrijpelijk uitleg geven en terugvragen. Ook interviewden we laaggeletterde patiënten over hun medicijngebruik. Die resultaten zijn teruggekoppeld aan de zorgverleners en gebruikt in de trainingen. De projectleider en de 4 locatieleiders ontwikkelden een werkwijze voor registratie van laaggeletterde patiënten en de uitwisseling daarvan tussen huisartsen, apothekers en wijkverpleegkundigen. Voor de start van het project hielden we kwalitatieve interviews met zorgverleners om te zien of zij bekend waren met laaggeletterdheid en hoe ze daar, individueel of als praktijk, mee omgingen. Om de effecten van de interventie te meten, namen we online een pre- en posttest af bij de zorgverleners.



Laaggeletterde mensen hebben vaak moeite met het correcte gebruik van geneesmiddelen.

Foto: iStock

## RESULTATEN

De resultaten van het project staan in de [tabel].

## Tabel

De effecten van de interventie.

Activiteit	Aantal respondenten/deelnemers	Resultaat
Online pretest	90	84 van de 90 respondenten noemden 159 signalen van laaggeletterdheid
Online posttest	59	59 respondenten noemden 288 signalen
Teamtraining 'Effectief communiceren met laaggeletterden'	135 (in 9 trainingen) Voornamelijk huisartsen, apothekers, doktersassistenten, praktijkondersteuners en apothekersassistenten	Geleerd: terugvraagmethode en aanpassen woordkeus en taalniveau Herkennen laaggeletterden beter Meer begrip voor deze patiënten 83% gebruikt hulpmiddelen [extra tijd, afbeeldingen, terugvragen, voordoen-na-doen-herhalen] [was 64% voor de training]

## REGISTRATIESYSTEEM

De afspraken over registratie en uitwisselen van informatie over laaggeletterde patiënten tussen huisartsen en apothekers wisselden per locatie. Een aantal locaties gebruikte een extra regel op het recept met de code ETT (extra therapietrouw). Andere locaties gaven nieuw geregistreerde laaggeletterde patiënten schriftelijk of telefonisch aan elkaar door, of wisselden de informatie uit tijdens een regulier overleg. Op alle locaties vermeldden de huisartsen laaggeletterdheid in het HIS met de ICPC-code (Z07.01 laaggeletterdheid; Z04 taalbarrière). In de interviews gaf men aan dat het belangrijk is dat de manier van uitwisselen past bij de gebruikelijke momenten waarop huisartsen en apothekers elkaar treffen.

## SAMENWERKING

Na afloop van het project ervoeren zorgprofessionals een betere samenwerking in het algemeen en voor laaggeletterden in het bijzonder. Er is meer lokale samenwerking ontstaan tussen

huisartsenpraktijk, apotheekteam en wijkverpleegkundige. Laaggeletterdheid is nu explicieter een bespreekpunt tijdens FTO's en bij medicatiereviews.

## CONCLUSIE

Na deelname aan het project herkenden zorgverleners laaggeletterde patiënten beter, hadden zij meer begrip en voelden zij zich beter toegerust om met hen te communiceren. Ook verbeterde de samenwerking met andere zorgverleners. Met de in dit project vergaarde kennis hebben we een draaiboek ontwikkeld. Dat bevat een digitaal stappenplan voor eerstelijnszorgverleners, een teamtraining 'Effectief communiceren met laaggeletterden', een werkwijze voor registratie en samenwerking, en een toolkit met praktische hulpmiddelen.<sup>5</sup> Bovendien is er een FTO-module beschikbaar gekomen met informatie en concrete adviezen over acties rond laaggeletterde patiënten. ■

## LITERATUUR

1. Van Dijk L, Huis A, De Groot K, et al. Bevorderen van medicatietrouw door verpleegkundigen en verzorgenden: knelpuntenanalyse. Utrecht: Nivel, 2017.
2. Koster ES, Philbert D, Bouvy ML. Health literacy among pharmacy visitors in the Netherlands. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2015;24:716-21.
3. Boland GM, Van der Velden JJC. Samenwerken aan veilig medicijngebruik bij laaggeletterde patiënten in de eerste lijn. *Bijblijven* 2018;uitgave 3-4:299-308.
4. Mulkens D. Niets is vanzelfsprekend voor de laaggeletterde. Pilotproject Pharos: multidisciplinaire aanpak veilig medicijngebruik, *Pharm Weekbl* 2016;15:151-5.
5. Nationale Ombudsman. 8 tips om helder te communiceren met laaggeletterde patiënten. Nationale Ombudsman, 22 december 2020. [www.nationaleombudsman.nl](http://www.nationaleombudsman.nl).

Boland G, Van Gene M. Naar beter gebruik van geneesmiddelen door laaggeletterde patiënten. *Huisarts Wet* 2021;64(5):S22-3. Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, Utrecht: dr. G. Boland, strategisch projectleider en adviseur verantwoord medicijngebruik bij migranten en laaggeletterden en [interculturele] palliatieve zorg, [g.boland@pharos.nl](mailto:g.boland@pharos.nl); M. van Gene, communicatieadviseur. Mogelijke belangenverstremming: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 836044010 [afgerond].

### WAT IS BEKEND?

- Bijna een derde van alle Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarvan zijn 2,5 miljoen mensen laaggeletterd.
- Laaggeletterde patiënten hebben moeite met goed gebruik van geneesmiddelen.

### WAT IS NIEUW?

- Door training herkennen zorgverleners laaggeletterde patiënten beter, hebben ze meer begrip voor de problemen waar deze patiënten tegenaan lopen en voelen ze zich beter toegerust om goed met hen te communiceren.
- Voor huisartsen: bespreek laaggeletterdheid/beperkte gezondheidsvaardigheden regelmatig in het werkoverleg, FTO of ander samenwerkingsverband. Besteed hieraan expliciet aandacht bij medicatiereviews of patiëntbesprekingen. Werk samen met andere zorgverleners rond laaggeletterde patiënten.

**Ralf Harskamp** is huisarts in Amsterdam Zuid-Oost en huisarts-onderzoeker bij Amsterdam UMC, locatie AMC. Hij was postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts (POIOTH). Harskamp schrijft regelmatig artikelen in Huisarts & Wetenschap.



Foto: Margot Schaferder

# Academische huisartsen verbinden onderzoek en praktijk

**Aanvankelijk wilde Ralf Harskamp na zijn geneeskundeopleiding verder in de cardiologie, maar het persoonlijke en holistische karakter van het huisartsenvak trok hem toch sterker aan. Al tijdens zijn opleiding wist hij dit te combineren met zijn passie voor wetenschappelijk onderzoek.**

In 2018 was Ralf Harskamp een van de jonge talenten die een Rubicon-beurs kreeg van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Met deze subsidie kon hij zijn huisartsopleiding een jaar onderbreken en zijn postdoctoraal onderzoek verdiepen. Met zijn gezin stak hij de Atlantische Oceaan over voor een plek aan de Duke University. Daar was hij eerder al tijdens zijn promotietijd aan de slag geweest. Samen met onderzoekers uit Londen en Kopenhagen zette hij nu vanuit Ame-

rika projecten op rond de inzet van DOAC's – de nieuwe generatie antistollingsmiddelen – bij hoogrisicogroepen met boezemfibrilleren, waaronder kwetsbare ouderen met polyfarmacie.

## *Brede programmering*

In Amerika kon Harskamp cardiologie en huisartsgeneeskundig onderzoek heel goed combineren. 'De huisarts heeft een sleutelrol in de behandeling van boezemfibrilleren. Antistollingsmiddelen moet je heel precies inzetten, zeker als ouderen ook andere medicatie gebruiken. De combinatie kan het bloedingsrisico verhogen. Als academisch huisarts kan ik door mijn werk in een huisartsenpraktijk en een umc veel makkelijker een brug slaan tussen de eerste en tweede lijn.' Hoewel Harskamp persoonlijk nog geen ervaring heeft met het ZonMw-



programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG), ziet hij wel de meerwaarde van dergelijke programma's voor de huisartsgeneeskunde. 'Mijn eigen loopbaan heeft door de Rubicon-subsidie een grote impuls gekregen. En ik denk dat juist een breed opererende financier als ZonMw – met alles van preventie- tot doelmatigheidsonderzoek – heel goed past bij wetenschap die de huisartspraktijk verder brengt.

### *Relevant onderzoek*

Bij de onderzoeksgroep van Harskamp draaien momenteel 3 door ZonMw gefinancierde projecten die over een paar jaar zullen leiden tot een nieuwe lichte academische huisartsen. Deze subsidies dragen niet alleen bij aan kennisvergroting, aldus Harskamp, maar ook aan samenwerkingsverbanden met andere centra en vakgebieden. De projecten zijn in grote lijnen gericht op vroege opsporing van bijvoorbeeld coronaire hartziekte, hartfalen en boezemfibrilleren. 'Voor dat laatste thema gaan we onderzoeken wat de meerwaarde is van een gerichte interventie voor risicogroepen, afgezet tegen de gebruikelijke zorg. Uiterst relevant, want boezemfibrilleren is soms verre van onschuldig. Het kan een voorbode zijn van hartfalen en is ook niet goed voor het brein, met op langere termijn misschien risico's op een beroerte of effecten op het ontstaan van dementie.' Het gaat veelal om toegepaste wetenschap, zegt Harskamp, waarbij we resultaten vertalen naar de huisartsenpraktijk en zo ook kunnen bijdragen aan betere zorg.

### *Veelkleurige populatie*

Voor Harskamp is de link met de veelkleurige populatie van zijn eigen huisartspraktijk extra inspirerend. Het vroege-opsporingsonderzoek is specifiek gericht op het werken met risicoprofielen van diverse etnische groepen in de hele regio Amsterdam. 'We willen die profielen niet alleen medisch-wetenschappelijk onderbouwen. Het onderzoek gaat ook over beter communiceren rond risico's die deze groepen misschien lopen op grond van hun etniciteit. Dit soort onderzoek zouden we nooit kunnen doen zonder subsidie van organisaties als ZonMw, omdat je zo iets niet uit eigen middelen gefinancierd krijgt.' De subsidies, zo benadrukt Harskamp, zijn relevant voor specifieke onderzoeken. Ze brengen ook de huisartsgeneeskunde als zodanig verder, omdat jonge artsen zich daardoor wetenschappelijk en vakinhoudelijk kunnen ontwikkelen.

### *Onervaren aanvragers*

Ondanks positieve ervaringen met subsidies, heeft Harskamp toch enige schroom mee te dingen naar een GGG-subsidie. 'Mocht ik een subsidieaanvraag indienen, dan durf ik dit alleen aan als onderdeel van een huisartsconsortium waarbij meerdere universiteiten zijn betrokken. Dit soort subsidieaanvragen kosten veel tijd, zeker

als het over medicatie-interventieonderzoeken gaat. Daar komt nogal wat bij kijken, en dat lukt niet goed met een klein onderzoeksteam. Ten opzichte van aanvragers vanuit de tweede of derde lijn hebben we in dat opzicht denk ik een achterstand.' Voor het onderzoek zelf is het daarnaast extra hard werken, omdat je per huisartsenpraktijk relatief weinig deelnemers werft en te maken hebt met veel papierwerk. Ook moet je goed kijken hoe je de *informed consent*-procedures laat aansluiten bij de praktijk. Het biedt volgens Harskamp zeker perspectief dat ZonMw meer oog krijgt voor huisartsgeneeskundig onderzoek, mits publiek-private samenwerking geen harde voorwaarde is. 'Bij huisartsen ligt dat niet altijd goed, vanwege twijfels rond onafhankelijkheid.'

### *Huisarts aan de tekentafel*

'Als je huisartsen meer bij wetenschappelijk onderzoek wilt betrekken, zullen subsidieverstrekkers en hun programma's hier ook op moeten inspelen', meent Harskamp. 'Ik heb geen volledig beeld, maar in de beoordelingscommissies die ik tot nu toe heb gezien, zijn huisartsen sterk ondervertegenwoordigd. Hoe kunnen deze commissies dan een onderzoeksaanvraag voor een project in de huisartsgeneeskunde op waarde schatten? Patiëntenparticipatie is goed geborgd in het aanvraagtraject, iets soortgelijks kun je ook doen door huisartsen vanaf het begin bij projecten te betrekken. Dit zou de uitvoerbaarheid en de toepasbaarheid van een onderzoeksproject ten goede komen. Daarnaast pleit ik voor een vergoeding voor huisartsen die willen meedoen aan onderzoek, evenredig aan de tijdsbelasting. Maar hiermee zeg ik denk ik niets nieuws.'

### *Verdere academisering*

Harskamp ziet intussen veel kansen voor de toekomst. Steeds meer huisartsenpraktijken sluiten zich aan bij academische huisartsennetwerken, waardoor je (geanonimiseerde) patiëntgegevens gekoppeld kunt gebruiken voor onderzoeksdoelinden en spiegelinformatie. Ook interuniversitaire samenwerkingen en het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde leveren volgens hem mooie perspectieven op. Door samenwerking – iets wat de huidige subsidieprogramma's stimuleren – kan de beroepsgroep meer impact creëren. Harskamp: 'Academisering van de huisartsgeneeskunde is overigens geen doel op zich, maar een continu proces. Het lukt inmiddels aardig om huisartsen te laten promoveren, maar nog niet om ze blijvend te verbinden aan de academie. Dit geldt denk ik ook voor talent op het gebied van onderwijs of beleid. We moeten blijven werken aan onze zichtbaarheid als huisartsen, en zeker ook bij grote thema's de regie durven te nemen. Alleen daarmee kunnen we ons vak innovatief en toekomstbestendig houden.' ■

*Marc van Bijsterveldt*

# Een boekje brengt verbetering

## Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP

Eefje de Bont, Geert-Jan Dinant, Gijs Elshout, Gijs van Well, Nick Francis, Bjorn Winkens, Jochen Cals

**Koorts is de meest voorkomende reden waarom kinderen naar de huisarts gaan. De oorzaak is meestal een onschuldige virusinfectie, maar veel kinderen krijgen toch antibiotica voorgeschreven.<sup>1-3</sup> Op de huisartsenpost (HAP) ziet men kinderen met koorts aanzienlijk vaker dan in de dagpraktijk, onder andere omdat ouders overdag werken en omdat koorts in de vroege avond stijgt.<sup>4</sup> Maar liefst een derde van alle contacten met kinderen op de HAP heeft te maken met koorts.<sup>2</sup>**

Wanneer een ouder de HAP belt omdat zijn of haar kind koorts heeft, krijgen 7 van de 10 kinderen een fysiek consult. Vervolgens verlaat een kwart tot een derde de spreekkamer met antibiotica, terwijl uit onderzoek blijkt dat waarschijnlijk slechts 1 op de 20 kinderen daadwerkelijk antibiotica nodig heeft.<sup>2,5</sup> Koorts bij kinderen vergroot op die manier de werklust op de HAP én het aantal onterechte antibioticavoorschriften.

Huisartsen hebben het gevoel dat ouders antibiotica wensen, terwijl ouders vooral geruststelling verwachten, in de vorm van een lichamelijk onderzoek.<sup>6,7</sup> Wat ook meespeelt, is dat huisartsen absoluut willen vermijden dat ze die ene ernstige diagnose over het hoofd zien. Dat geldt des te sterker op de HAP, waar kind en ouders meestal niet bekend zijn en waar de werkdruk toch al hoog is. Ouders van hun kant zijn op zoek naar betrouwbare zelfzorgadviezen en naar informatie over het natuurlijke beloop en specifieke alarmsymptomen. Op de HAP is er weinig tijd om daar uitgebreid op in te gaan.<sup>6,7</sup>

Wij ontwikkelden een voorlichtingsboekje met een 'stoplichtsysteem', dat huisartsen op de HAP kunnen gebruiken bij de voorlichting aan ouders van kinderen met koorts. We evalueerden het effect van dit boekje op het aantal voorschriften voor antibiotica, medicatie in het algemeen, (her)consulten en tevredenheid.<sup>8</sup>

### METHODE

#### Opzet, deelnemers en uitkomstmaten

Dit clustergerandomiseerde interventieonderzoek vond plaats op twintig HAP's verspreid over Nederland. Tien HAP's leverden gebruikelijke zorg, op de andere 10 konden de huisartsen het voorlichtingsboekje tussen november 2015 en juni 2016 gebruiken in koortsgerelateerde consulten bij kinderen van 3 maanden tot 12 jaar.

De primaire uitkomstmaat waren antibioticavoorschriften tijdens het consult; secundaire uitkomstmaten waren (her)consulten op de HAP, antibioticavoorschriften tijdens herconsulten, voorschriften voor andere medicatie dan antibiotica en verwijzing naar de tweede lijn.

De gecodeerde gegevens werden automatisch verzameld via Call Manager<sup>®</sup> van Labelsoft, een applicatie die de meeste HAP's gebruiken. Iedere keer dat de huisarts een kind zag van 12 jaar of jonger, stelde het systeem de vraag: 'Had dit kind koorts (thuis of op de HAP)?' We verzamelden ook de ICPC-codes om de reden van het consult in kaart te brengen.

Naast deze automatische registratie namen we ouders steekproefsgewijs een telefonisch semigestructureerd interview af, waarin we vroegen naar andere secundaire uitkomstmaten.

#### De interventie

Het voorlichtingsboekje [figuur 1] werd in een aantal stappen ontwikkeld op basis van een landelijk vragenlijstonderzoek onder ouders van jonge kinderen,<sup>9</sup> focusgroepen en semigestructureerde interviews met huisartsen,<sup>7</sup> ouders<sup>6</sup> en triagisten, en uitgebreid literatuuronderzoek.<sup>10</sup> Het bevatte de volgende secties:

- een stoplichtsysteem voor koorts bij kinderen in het algemeen en voor specifieke infectieklachten zoals hoest, keelpijn, oorpijn, buikpijn, braken en diarree,

Dit artikel verscheen eerder in H&W als: De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well GT, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Een boekje brengt verbetering. Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP. Huisarts Wet 2019;62(6):14-8. DOI:10.1007/s12445-019-0134-7.

Het onderzoek werd eerder gepubliceerd als: De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well G, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Booklet for childhood fever in out-of-hours primary care: a cluster-randomized controlled trial. Ann Fam Med 2018;16:314-21. Publicatie gebeurt met toestemming.

## WAT IS BEKEND?

- Koorts is de meest voorkomende reden voor kinderen om bij de huisarts te komen.
- Koorts wordt meestal veroorzaakt door een onschuldige [virus]infectie, afwachtend beleid is voldoende.
- Veel kinderen met koorts krijgen toch antibiotica.
- Op de huisartsenpost (HAP) ligt het percentage antibioticavoorschriften nog hoger dan in de dagpraktijk.

## WAT IS NIEUW?

- Voorlichting in de vorm van een mooi vormgegeven boekje met een duidelijk stoplichtsysteem kan het aantal antibioticavoorschriften op de HAP doen afnemen.
- Ouders zijn na gebruik van het boekje minder snel geneigd terug te komen voor dezelfde klachten.

waarin gedrag en symptomen die de ouders zelf konden observeren werden gekoppeld aan adviezen in oplopende urgentie [figuur 2];

- informatie over de voor- en nadelen van antibiotica;
- een overzicht van de gemiddelde duur van de meest voorkomende infectieklachten;
- een doseringsschema voor paracetamol;
- advies over koortsconvulsies en huiduitslag.

De bedoeling van dit boekje was aan het eind van een consult uitleg, discussie en communicatie tussen de huisarts en ouders te faciliteren. De huisarts kon specifieke symptomen en vragen van ouders aanvinken, de uitleg daarop toespitsen en eventueel aanvullende vragen daarover beantwoorden.

### Figuur 1

Het boekje 'Mijn kind heeft koorts'



## Statistische analyse

We gebruikten SPSS 21.0 en voerden een multilevel logistische regressieanalyse uit met MLwiN versie 2.22, waarbij we corrigeerden voor de clustering en voor geslacht, leeftijd en sociaaleconomische status (SES). Door de wijze van dataverzameling hadden we geen inzage in de mate van ziekzijn en overige comorbiditeit.

Als extra analyse naast de gebruikelijke analyses voerden we een *complier-adjusted causal effect* (CACE)-analyse uit, waarin we de controleconditie vergeleken met daadwerkelijk gebruik van het boekje, in plaats van met louter toegang tot het boekje.<sup>8,11</sup> Zie het originele artikel voor een uitgebreidere beschrijving.<sup>12</sup>

## RESULTATEN

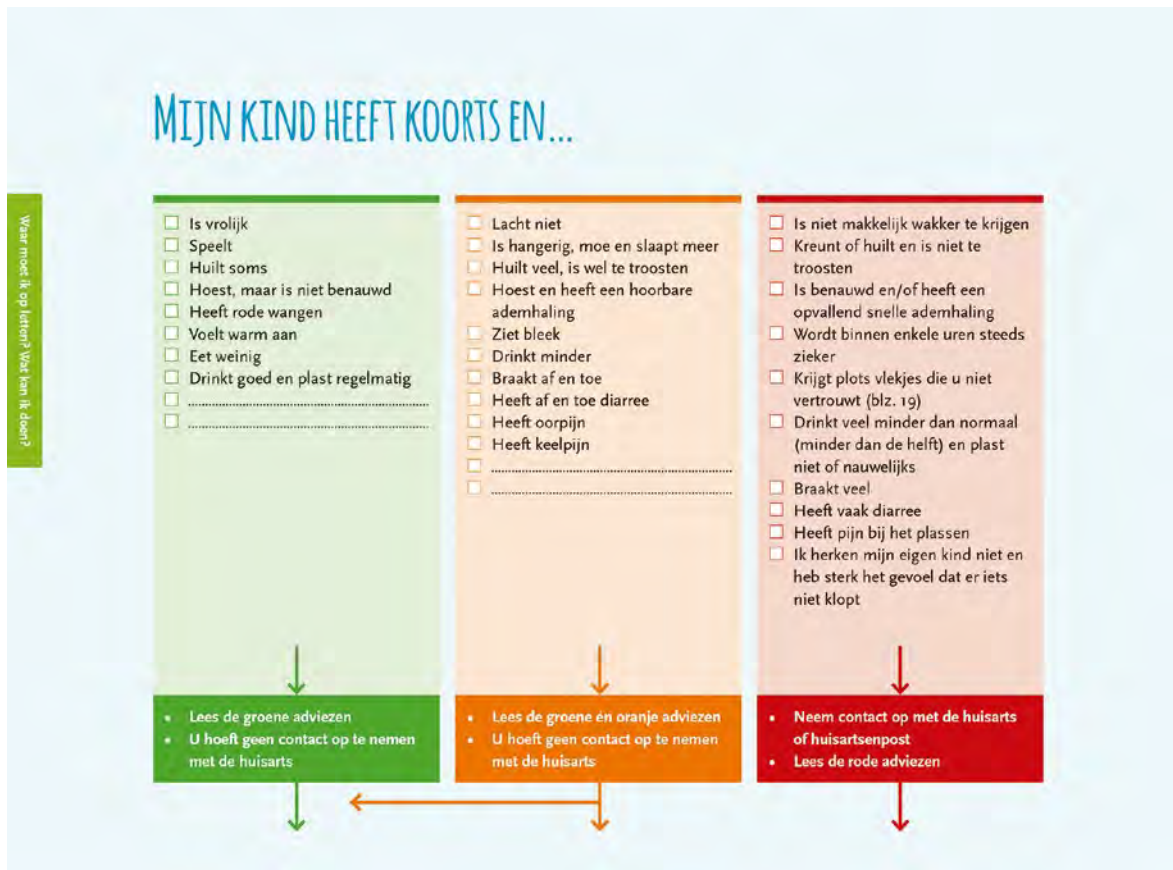
Gedurende de inclusieperiode van 6 maanden hadden op de 20 deelnemende HAP's 106.014 contacten betrekking op een kind, en daarvan was 36,1% koortsgerelateerd. Van de telefonische contacten resulteerde 77,3% in een consult met een huisarts. De 3518 huisartsen (73 tot 273 per HAP) includeerden in totaal 25.355 kinderen [online tabel 1].

Het boekje werd gebruikt in 3407 van de 11.945 consulten in de interventiegroep (28,5%; uitersten per HAP 23,1 tot 38,5%). Ten opzichte van de controlegroep was er geen significant verschil in antibioticavoorschriften (23,5 versus 25,2%; OR 0,90; 95%-BI 0,79 tot 1,02) [tabel 2]. Het meest voorgeschreven werd amoxicilline, 76,1% van alle antibioticavoorschriften. In de interventiegroep werd in totaal minder medicatie voorgeschreven dan in de controlegroep (OR 0,87; 95%-BI 0,77 tot 0,97). Na antibiotica werden xylomethazoline, salbutamol en ibuprofen het meest voorgeschreven. Correctie voor geslacht, leeftijd en sociaaleconomische status maakte geen verschil. Gemiddelde antibioticavoorschrijfpercentages varieerden zoals verwacht tussen de 3 meest voorkomende ICPC-codes [online tabel 3], hiervoor werd gecorrigeerd.

Gecorrigeerd voor daadwerkelijk gebruik van het boekje vonden we een significante afname in het aantal antibioticavoorschriften in vergelijking met de controlegroep: 21,9 versus

**Figuur 2**

Het stoplichtsysteem



**Tabel 2**

Effect van het voorlichtingsboekje op primaire en secundaire uitkomstmaten

Uitkomstmaat	Gebruikelijke zorg	Boekje ter beschikking	OR (95%-BI)*	Boekje gebruikt	OR (95%-BI)*
Aantal consulten	13.410	11.945		3407	
Antibiotica tijdens inclusieconsult <sup>†</sup>	3375 [25,2]	2809 [23,5]	0,90 [0,79 tot 1,02]	746 [21,9]	<b>0,83 [0,74 tot 0,94]</b>
Secundaire uitkomsten					
herconsult < 2 weken op de HAP	861 [5,5]	741 [5,4]	0,95 [0,83 tot 1,09]	165 [4,3]	0,97 [0,80 tot 1,16]
verwijzing tijdens inclusieconsult	1066 [7,9]	893 [7,5]	1,03 [0,87 tot 1,21]	n.v.t.	n.v.t.
alle medicatie <sup>‡</sup>	5162 [38,5]	4245 [35,5]	<b>0,87 [0,77 tot 0,97]</b>	1114 [32,7]	<b>0,77 [0,70 tot 0,86]</b>

\* 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval. Verschillen ten opzichte van de controleconditie; statistisch significante verschillen ( $p \leq 0,05$ ) zijn vetgedrukt.<sup>†</sup> Complicer-adjusted causal effect [CACE]-analyse voor antibioticavoorschriften: 95%-BI 0,71 [0,63 tot 0,79] tijdens inclusieconsult, 0,83 [0,75 tot 0,93] tijdens herconsult < 2 weken.<sup>‡</sup> CACE-analyse voor alle medicatievoorschriften: OR 0,62; 95%-BI 0,57 tot 0,69.

25,2%. In de per-protocolanalyse was de OR 0,83 (95%-BI 0,74 tot 0,94). In de CACE-analyse was de OR voor antibioticavoorschriften 0,71 (95%-BI 0,63 tot 0,79) en voor alle medicatievoorschriften 0,62 (95%-BI 0,57 tot 0,69).<sup>12</sup>

De steekproef die deelnam aan het telefonische interview ( $n = 553$ ) was vergelijkbaar met de totale populatie ouders. In de controlegroep gaf 2,8% aan dat zij schriftelijke informatie hadden ontvangen van de huisarts of naar een website waren verwezen. Van de ouders gaf 23,5% aan dat zij voorafgaand aan het bezoek op de HAP al bij hun eigen huisarts waren geweest. Ouders waren tevreden, we vonden hierbij geen verschil tussen beide groepen [tabel 4]. Wel waren de ouders bij wie het voorlichtingsboekje was gebruikt minder geneigd om de HAP te consulteren bij soortgelijke toekomstige klachten (intentie tot terugkomen voor dezelfde klachten van 75,6 versus 84,4% van de ouders in controlegroep, OR 0,55; 95%-BI 0,35 tot 0,85).

## BESCHOUWING

De huisartsen die tijdens hun diensten op de HAP beschik- ten over het voorlichtingsboekje voor kinderen met koorts, gebruikten het in circa 1 op de 3 koortsgelateerde consulten. Dat het boekje beschikbaar was had op zichzelf geen effect

op het aantal antibioticavoorschriften, maar artsen die het daadwerkelijk gebruikten, schreven minder antibiotica voor en minder medicatie in het algemeen. Op ouders had gebruik van het boekje het effect dat ze – naar eigen zeggen – voortaan minder snel een HAP zouden inroepen voor dezelfde klachten.

## Sterke punten

Dit onderzoek is de grootste trial ooit uitgevoerd op HAP's. De inclusie van meer dan 25.000 kinderen in korte tijd benadrukt nogmaals hoeveel kinderen met koorts de HAP's bezoeken. Uiteindelijk includeerden meer dan 3500 huisartsen minimaal 1 patiënt in dit onderzoek.

We kozen voor een clustergerandomiseerde onderzoeksopzet om het risico op contaminatie zo laag mogelijk te houden – bij individuele randomisatie zou een huisarts het boekje immers ook kunnen gebruiken in de controleconditie.

Dat wij in deze tijd van internet en smartphone bewust hebben gekozen voor een papieren boekje had een aantal redenen. Ten eerste vroegen huisartsen erom tijdens het vooronderzoek; het voorkomt logistieke problemen bij eventueel printen. Verder is uit onderzoek gebleken dat informatiemateriaal met een heldere en aantrekkelijke lay-out vaker daadwerkelijk

**Tabel 4**

Effect van het voorlichtingsboekje, gemeten in een telefonische steekproef onder ouders

Uitkomstmaat	Gebruikelijke zorg	Boekje ter beschikking	Boekje gebruikt
Aantal geïnterviewden	250	303	109
Herconsulten met eigen huisarts < 2 weken	73 [29,2]	104 [34,3]	37 [33,9]
Antibioticavoorschrift door eigen huisarts < 2 weken	26/73 [35,6]	27/104 [26,0]	12/37 [32,4]
Ziekenhuisopname < 2 weken	17 [6,8]	21 [6,9]	6 [5,5]
Tevredenheid met zorg			
tevredenheid mediaan, VAS-score [IQR]*	8,0 [7,0 tot 8,0]	8,0 [7,0 tot 9,0]	8,0 [7,0 tot 9,0]
geruststelling mediaan, VAS-score [IQR]*	8,0 [7,0 tot 8,0]	8,0 [7,0 tot 8,0]	8,0 [8,0 tot 9,0]
boekje mediaan, VAS-score [IQR]*	n.v.t.	n.v.t.	8,0 [8,0 tot 9,0]
Herconsult voor vergelijkbare ziekte van plan	211 [84,4]	<b>229 [75,6]</b>	<b>78 [71,6]</b>

Cijfers zijn n [%], tenzij anders aangegeven. Statistisch significante verschillen ( $p < 0,05$ ) zijn vetgedrukt. VAS = visuele analoge schaal van 1 [negatief] tot 10 [positief]; IQR = interkwartielafstand.

wordt gebruikt. Thuisarts.nl heeft inmiddels een centrale plek in en buiten de spreekkamer, maar in onze controleconditie kregen de ouders in slechts 2% van de consulten enig informatiemateriaal of een verwijzing naar internet mee. Dit is des te opvallender daar de pagina 'Mijn kind heeft koorts' op Thuisarts.nl een van de meest bezochte pagina's is, met 184.970 bezoeken in 6 maanden tijd.<sup>13</sup> Zelfs bij een veelvoorkomende aandoening als koorts bij kinderen is schriftelijke voorlichting of verwijzen naar een website daarom geen 'gebruikelijke zorg'. Toch is voorlichting over zelfzorg en alarmsignalen onmisbaar; de helft van de ouders weet bijvoorbeeld niet dat antibiotica geen zin hebben bij een virusinfectie.<sup>1</sup>

## Maar liefst een derde van alle contacten met kinderen op de HAP heeft te maken met koorts

### Beperkingen

Omdat het onderzoek een pragmatische opzet had, stelden we het gebruik van de boekjes niet verplicht en kregen de huisartsen geen training in het gebruik ervan. Bij grootschalige implementatie zal dat immers ook niet mogelijk zijn. Waarschijnlijk is dit een van de belangrijkste redenen dat het gevonden effect niet groter was. De 2 belangrijkste redenen dat huisartsen het boekje niet gebruikten op de HAP, waren dat ze het vergaten of dat ze de boekjes meenamen naar de eigen praktijk en dat de voorraad in de spreekkamers daardoor op was. Het door ons gevonden effect zal daarmee wel in de buurt komen van het effect bij grootschalige implementatie. Dit wordt ondersteund door een recent overzicht van onderzoek naar voorlichting bij bovensteluchtweginfecties, dat adviseert specifieke training of extra instructies voortaan achterwege te laten om het niveau van bewijs na daadwerkelijke implementatie te verhogen.<sup>14</sup>

### Vergelijking met ander onderzoek

In de consulten waarin het boekje werd gebruikt, werden significant minder antibioticavoorschriften uitgegeven dan in de controleconditie (21,9 versus 25,2%). Een eerder Brits onderzoek liet eveneens zien dat een voorlichtingsboekje voor

kinderen met een bovensteluchtweginfectie het aantal antibioticavoorschriften verminderde en onder ouders de intentie om terug te komen deed afnemen.<sup>15</sup> In dit onderzoek werd het aantal recepten gehalveerd. Een vergelijkbaar Nederlands onderzoek vond een afname in het aantal antibioticavoorschriften van 33 naar 21%.<sup>16</sup> Deze onderzoeken waren gericht op specifieke infecties, vonden plaats in de dagpraktijk en de deelnemende huisartsen kregen gerichte training. Aan het Britse onderzoek namen bovendien alleen kinderen deel van wie de ouders toestemming gaven.

Andere onderzoeken op dit gebied richtten zich voornamelijk op volwassenen en op specifieke symptomen zoals acute hoest.

### Implicaties voor de praktijk

Onze bevindingen wijzen erop dat het belangrijk is dat HAP's gaan nadenken over een combinatie van voorlichtingsboekjes met digitale informatie via Thuisarts.nl, met online nascholingen voor de dienstdoende huisartsen en met bijvoorbeeld reminders in de vorm van posters. De vraag is of dat dan alleen moet gaan over koorts bij kinderen en niet meteen ook over digitale of schriftelijke informatie in het algemeen. In onze aanvullende analyse bleek dat kinderen bij wie het boekje werd gebruikt vergelijkbaar waren met kinderen bij wie het boekje niet werd gebruikt. Het enige verschil was dat het boekje vaker gebruikt leek te worden wanneer de huisarts niet een specifieke diagnose noteerde, maar koos voor de algemene ICPC-code A03 (koorts).

### CONCLUSIE

Het onderzochte boekje met stoplichtsystemen gericht op ouders van kinderen met koorts is goedkoop en direct toepasbaar. We vonden onvoldoende bewijs dat beschikbaar stellen van het boekje op zichzelf leidt tot minder antibioticavoorschriften, maar daadwerkelijk gebruik leidt wel degelijk tot minder antibioticavoorschriften. Bovendien geven ouders aan minder snel terug te komen voor dezelfde klachten. ■

### LITERATUUR

De literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).



Lees ook het artikel 'Kinderen met koorts gaan niet zo vaak naar de dokter' van Peetoom KK, Crutzen R, Dinant GJ, Cals JW. Huisarts Wet 2019;62[6]:19-23. Huisarts Wet 2019;62[6]:14-8. DOI:10.1007/s12445-019-0119-6.

De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well GT, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Een boekje brengt verbetering. Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP. Huisarts Wet 2021;64[5]:S26-30. Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: dr. E.G.P.M. de Bont, huisarts-postdoc onderzoeker, [eefje.debont@maastrichtuniversity.nl](mailto:eefje.debont@maastrichtuniversity.nl); prof.dr. G.-J. Dinant, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts en hoogleraar Effectieve diagnostiek in de huisartsgeneeskunde. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. G. Elshout, huisarts-onderzoeker. MUMC+, vakgroep Kindergeneeskunde, dr. G.Th.J. van Well, kinderarts-infectioloog/immunoloog. Cardiff University School of Medicine, Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff: dr. N.A. Francis, senior onderzoeker. Universiteit Maastricht, vakgroep Methodologie en Statistiek: dr. B. Winkens, statisticus. Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 836021022 [afgerond].

# Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie

Floor Holvast, Btissame Massoudi, Richard Oude Voshaar, Peter Verhaak

**De meeste Nederlanders die op latere leeftijd depressieve klachten krijgen, worden in de huisartsenpraktijk behandeld.<sup>1</sup> Van de 60-plussers die de huisarts bezoeken, ongeacht de reden, heeft ongeveer 1 op de 10 een depressie.<sup>2</sup> De NHG-Standaard Depressie raadt antidepressiva niet als eerste keuze aan, maar bij ouderen met een depressie zijn ze toch de meest toegepaste behandeling.<sup>3,4</sup> Dat heeft grote nadelen: naast het gevaar van polyfarmacie en potentiële interacties met andere medicijnen hebben antidepressiva anticholinerge en sedatieve eigenschappen die geassocieerd zijn met cognitieve en fysieke achteruitgang.<sup>5-8</sup> Niet-farmacologische behandelingen zijn dus verreweg te verkiezen. Wij deden een literatuuronderzoek waarin we ons de vraag stelden: welke niet-farmacologische behandelingen zijn effectief in het verminderen van depressieve klachten bij ouderen in de eerste lijn?**

In 3 databases (PubMed, PsychINFO en het Cochrane Central Register of Controlled Trials) zochten we naar empirische onderzoeken, met de zoektermen 'general practice', 'older adults', 'depression' en 'non-pharmacological treatment'. Voor de exacte methode verwijzen we naar ons oorspronkelijke artikel.<sup>9</sup>

## RESULTATEN

Onze zoekstrategie leverde 4027 titels op, waarvan we er 31 includeerden. Deze 31 artikelen beschreven 29 unieke onderzoeken: 27 randomized controlled trials (RCT's) en 2 cohortonderzoeken.

Tien RCT's en 1 cohortonderzoek vonden plaats in de eerste lijn. Vijf van deze 11 keken naar cognitieve gedragstherapie (CGT), 2 naar beweging, 1 naar *problem-solving treatment* (PST), 1 naar een combinatie van CGT en bibliotherapie, 1 naar gedragsactivatie en 1 naar lichttherapie. Zeventien RCT's en 1 cohortonderzoek hadden betrekking op de algemene bevolking. Van deze 18 keken er 3 naar CGT, 4 naar bibliotherapie, 4 naar beweging, 3

naar *life-review*, 3 naar PST en 1 naar het ontvangen van ansichtkaarten. Eén onderzoek vergeleek cognitieve therapie, gedragstherapie en psychodynamische therapie.

## BIBLIOTHERAPIE EN LIFE-REVIEW

Er zijn meerdere definities van het begrip 'bibliotherapie'. De meest gangbare zijn 'het gebruik van geselecteerde lectuur als therapeutisch hulpmiddel' en ook 'begeleiding bij het oplossen van persoonlijke problemen door gericht lezen'.<sup>10</sup>

*Life-review* is een methodische herwaardering van de eigen levensloop, met speciale aandacht voor emotionele herinneringen. De patiënt leert die herinneringen te bekijken vanuit een ander, meer aanvaardend en betekenisvol perspectief, en ontwikkelt zo een positiever zelfbeeld.<sup>11</sup>

## Depressieve klachten in de eerste lijn

Eén van de 5 onderzoeken naar CGT rapporteerde geen gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) in de depressiescore voor en na behandeling.<sup>12-16</sup> Op de overige 4 voerden we een meta-analyse uit (n = 474 direct na behandeling, n = 445 na 6-9 maanden). Uit de [tabel] valt af te leiden dat er direct na de behandeling geen significant verschil was tussen de depressiescore van patiënten die de gebruikelijke behandeling kregen en patiënten die CGT kregen. De SMD was -0,16, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%- BI) van -0,34 tot 0,02. Zes tot 9 maanden na afloop van de behandeling waren de depressiescores in de CGT-groep iets lager (SMD -0,21; 95% BI -0,40 tot -0,03). De

Dit artikel is een kopie van: Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PF. Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie. *Huisarts Wet* 2018;61(5):26-30. DOI: 10.1007/s12445-018-0116-1. Het onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PFM. Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:e0184666. Publicatie gebeurt met toestemming.

### WAT IS BEKEND?

- De meeste Nederlanders die op latere leeftijd depressieve klachten krijgen, worden in de huisartsenpraktijk behandeld.
- Ondanks de aanbevelingen in de NHG-Standaard zijn antidepressiva toch de meest toegepaste behandeling bij ouderen.
- Het gebruik van antidepressiva kan leiden tot polyfarmacie, interacties met andere medicijnen en cognitieve en fysieke achteruitgang.

### WAT IS NIEUW?

- Cognitieve gedragstherapie is voor depressieve ouderen in de eerste lijn even effectief als antidepressiva.
- De werkzaamheid van *life-review*, *problem-solving treatment* en bibliotherapie bij ouderen in de algemene bevolking is bewezen, maar nog niet goed onderzocht bij oudere huisartspatiënten.

kwaliteit van de 4 onderzoeken varieerde van goed tot matig. Eén RCT van goede kwaliteit (n = 89) naar lichttherapie toonde een positief effect aan direct na de behandeling en na 6 weken follow-up.<sup>17</sup> Een cohortonderzoek (n = 14) liet zien dat gedragsactivatie leidt tot minder depressieve klachten na 4 weken follow-up.<sup>18</sup>

De andere in de eerste lijn onderzochte behandelingen – PST,

beweging en op CGT gebaseerde bibliotherapie – hadden geen aantoonbaar positief effect, waarbij moet worden opgemerkt dat PST werd vergeleken met farmacotherapie.<sup>19-22</sup>

### Depressieve klachten in de algemene bevolking

Bij ouderen in de algemene bevolking zijn CGT, bibliotherapie en PST effectief gebleken tegen depressieve klachten.<sup>23-32</sup> Gedragstherapie, cognitieve therapie en korte psychodynamische therapie bleken effectiever dan een wachtlijstconditie.<sup>33</sup> De onderzoeken in kwestie waren van goede tot matige kwaliteit, de follow-upduur was kort.

Life-review werd eveneens effectief bevonden, maar deze onderzoeken waren van slechte tot matige kwaliteit.<sup>34-36</sup> De onderzoeken naar beweging en naar het ontvangen van ansichtkaarten konden geen effectiviteit aantonen.<sup>23,37-40</sup>

### BESCHOUWING

In de huisartsenpraktijk valt bij oudere patiënten met depressieve klachten een klein positief effect te verwachten van cognitieve gedragstherapie, vergelijkbaar met het effect van antidepressiva.<sup>41</sup> Daarnaast toonde 1 onderzoek een effect van lichttherapie aan.

In de algemene bevolking zijn positieve effecten gevonden van verschillende behandelingen bij depressieve klachten, zoals life-review, PST en bibliotherapie. Deze behandelingen kunnen in principe ook door een huisarts of POH-ggz gegeven worden. De effectiviteit van PST tegen depressieve klachten is bewezen in de algemene bevolking én bij 18- tot 65-jarige huisartspatiënten.<sup>30-32,42</sup> Het zou daarom de moeite waard zijn



Cognitieve gedragstherapie is voor depressieve ouderen even effectief als antidepressiva.

Foto: iStock



**Tabel** Meta-analyse van onderzoeken naar cognitieve gedragstherapie bij depressie in de eerste lijn: depressiescore

Onderzoek	CGT			Controle		Gewicht	SMD (95%-BI)	Forest-plot
	gem.	SD	n	gem.	SD			
Na behandeling [n = 474]*								
Arean 2005 <sup>12</sup> [6 mnd]	13,28	10,52	13	12,09	8,83	20	6,7%	0,12 [-0,58 tot 0,82]
Laidlaw 2008 <sup>13</sup> [18 wk]	5,25	4,28	20	7,75	6,05	20	8,3%	-0,47 [-1,1 tot 0,16]
Lamers 2010 <sup>14</sup> [7 wk]	16,18	7,44	128	17,17	7,07	136	56,0%	-0,14 [-0,38 tot 0,11]
Serfaty 2009 <sup>15</sup> [4 mnd]	18,4	10,8	70	20,3	11,3	67	29,0%	-0,17 [-0,51 tot 0,16]
<b>Totaal</b>								-0,16 [-0,34 tot 0,02]
Na follow-up [n = 445] <sup>†</sup>								
Arean 2005 <sup>12</sup> [6 mnd]	13,49	10,87	13	11,56	9,86	20	6,7%	0,18 [-0,6 tot 0,97]
Laidlaw 2008 <sup>13</sup> [6 mnd]	6,7	5,03	20	7,55	6,13	20	8,3%	-0,15 [-0,77 tot 0,47]
Lamers 2010 <sup>14</sup> [9 mnd]	15,91	9,07	128	18	7,46	136	56,0%	-0,25 [-0,51 tot 0]
Serfaty 2009 <sup>15</sup> [6 mnd]	18,3	10,6	70	20,8	10,5	67	29,0%	-0,24 [-0,57 tot 0,1]
<b>Totaal</b>								-0,21 [-0,4 tot -0,03]

CGT = cognitieve gedragstherapie; gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; SMD = standardized mean difference; BI = betrouwbaarheidsinterval.

\* Heterogeniteit: Tau<sup>2</sup> = 0,00; Chi<sup>2</sup> = 1,58; df = 3 [p = 0,66]; I<sup>2</sup> = 0%. Test voor totaal effect Z = 1,69 [p = 0,09].

† Heterogeniteit: Tau<sup>2</sup> = 0,00; Chi<sup>2</sup> = 1,13; df = 3 [p = 0,77]; I<sup>2</sup> = 0%. Test voor totaal effect Z = 2,23 [p = 0,03].

deze therapie ook te onderzoeken bij oudere huisartspatiënten met een depressie, en datzelfde geldt voor bibliotherapie en life review.

### Beperkingen en voorbehouden

Ons literatuuronderzoek had een aantal beperkingen. De geïnccludeerde onderzoeken hanteerden verschillende definities bij de inclusie – in sommige werden de deelnemers geïnccludeerd na een diagnostisch interview, in andere na een verhoogde score op een screeningslijst. Het is te betwijfelen of deze diagnostiek rechtstreeks te vertalen is naar de spreekkamer. Er waren ook andere beperkingen: de in de eerste lijn uitgevoerde onderzoeken hadden kleine onderzoekspopulaties en de onderzoeken in de algemene bevolking hadden een korte follow-upduur. De resultaten uit de onderzoeken die werden uitgevoerd in de algemene bevolking kunnen niet rechtstreeks worden vertaald naar de huisartsenpraktijk, alleen al omdat ze grotendeels betrekking hebben op zelfverwijzers, die op eigen initiatief behandeling zochten voor hun depressieve klachten. Het is bekend dat oudere huisartspatiënten met depressieve klachten hierin juist terughoudend zijn en niet snel hulp zoeken.<sup>44</sup>

### Aanbevelingen

De NHG-Standaard Depressie, die vooral gebaseerd is op onderzoek onder volwassenen, adviseert depressieve klachten in eerste instantie te behandelen met voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning, en in het geval van een depressieve stoornis ook een kortdurende psychologische behandeling te geven.<sup>3</sup> Ons literatuuronderzoek laat zien dat bij ouderen cognitief-gedragstherapeutische technieken wellicht de beste basis zijn voor zo'n kortdurende psychologische behandeling. We vonden geen RCT's die betrekking hadden op voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning bij ouderen. Het

effect van dagstructurering en activiteitenplanning (*behavioural activation*) bij depressieve ouderen in de eerste lijn wordt momenteel onderzocht in een RCT.<sup>43</sup>

Tot slot is het goed te bedenken dat de effectiviteit van de hier aangehaalde behandelingen ook afhangt van de therapeut. Van de onderzochte behandelingen in de eerste lijn werd een derde gegeven door een psycholoog, van de behandelingen in de algemene bevolking bijna de helft. In hoeverre zulke therapieën inzetbaar zijn in de huisartsenpraktijk, zal zeker afhangen van de vaardigheden van de huisarts of de POH-ggz.

### CONCLUSIE

Cognitieve gedragstherapie heeft een klein positief effect op depressie bij oudere patiënten in de eerste lijn, vergelijkbaar met het effect van antidepressiva. Veel andere niet-medicamenteuze behandelingen lijken veelbelovend als ze gegeven worden door goedgetrainde therapeuten, maar er is te weinig onderzoek van goede kwaliteit verricht om definitieve conclusies te trekken. ■

### LITERATUUR

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PF. Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie. Huisarts Wet 2021;64(5):S31-3. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: drs. F. Holvast, aioto, f.holvast@umcg.nl; B. Massoudi, airos huisartsgeneeskunde; prof. dr. P.F.M. Verhaak, bijzonder hoogleraar GGZ binnen de huisartsvoorziening [tevens Nivel, Utrecht]. Universitair Centrum Psychiatrie, Groningen: prof. dr. R.C. Oude Voshaar, hoogleraar ouderenpsychiatrie. Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 839110009 [afgerond].



**Jako Burgers** is praktijkhoudend huisarts in Gorinchem, strategisch-medisch adviseur bij het NHG en vanuit het NHG bijzonder hoogleraar Bevorderen van persoonsgerichte zorg in richtlijnen aan Maastricht University. Hij is tevens lid van de GGG-raad bij ZonMw.

Foto: Margot Schaefer

# Huisartsgeneeskundig onderzoek voor wie zijn vak serieus neemt

**Het Nederlandse wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde behoort de top van de wereld. De bijdrage van Nederlandse onderzoekers is groot en staat internationaal hoog aangeschreven. Jako Burgers, huisarts en NHG-adviseur, is er al jaren bij betrokken, onder meer als GGG-raadslid bij ZonMw. ‘Wetenschap is belangrijk voor ons vak, maar het is vooral ook leuk en interessant.’**

Huisartsen zeggen soms: al die onderzoeken... Ik zie er weinig van terug in de praktijk. Onderzoek doen in de huisartsenpraktijk is ook lastiger dan in een ziekenhuis. Patiënten includeren tijdens een 10-minuten-consult, zonder steun van *research nurses*. En het is al zo druk. Jako Burgers herkent de bezwaren als praktiserend huisarts, maar zijn eigen ervaring met wetenschap heeft

hem juist enthousiaster gemaakt. ‘Allereerst is onderzoek onmisbaar voor de kwaliteit en positionering van ons vak. Daarnaast heb ik meedoen aan onderzoek altijd leuk gevonden als de onderzoeksvraag interessant is voor de dagelijkse praktijk. En het motiveert extra als ik weet dat er een enthousiast team achter zit.’ Mooi is ook dat onderzoeken regelmatig de grote wetenschappelijke tijdschriften halen. Nederland scoort hoog, aldus Burgers zowel in kwantiteit als kwaliteit van het huisartsgeneeskundig onderzoek.

## *Stevige vakgroepen*

Bijzonder is de stevige inbedding van huisarts-onderzoekers in de academie. Alle umc's hebben vakgroepen huisarts- of eerstelijngeneeskunde die vaak tot de grootste van het centrum behoren. De afdelingshoofden

zijn verenigd in het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), de hoofden onderzoek in het IOH-Research of het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde. Naast onderzoek is onderwijs een belangrijke activiteit, waardoor eerstelijnsexpertise een duidelijke plek in de academie heeft. Nieuwelingen in het vak kunnen de huisartsopleiding combineren met promotieonderzoek door aioto te worden: arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker. Burgers: 'Huisartsgeneeskundig onderzoek is sterk geworteld in de praktijk, en niet alleen bij de nieuwe generatie in opleiding. Ook veel senior onderzoekers voeren hun onderzoeken uit in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Deden voorheen vooral sociaal-wetenschappers onderzoek, nu zijn het steeds meer de huisartsen zelf.'

### *Implementatie van opbrengsten*

Veel gezondheidsonderzoek wordt gefinancierd door ZonMw, onder meer via het in 2019 gestarte Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (KPHAG). Het kader is het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022. Het doel: de huisartsenzorg op het huidige hoge niveau houden en klachten en problemen van patiënten met actuele kennis uit wetenschap en praktijk helpen oplossen. Burgers, die raadslid is voor het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG), noemt de organisatie 'een van de belangrijkste partners in het landschap van wetenschappelijk onderzoek.' ZonMw heeft ook een grote rol gespeeld in de totstandkoming van richtlijnen, waaraan Burgers als voormalig hoofd van de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap heeft bijgedragen. 'ZonMw beheert niet alleen de subsidiepot, maar speelt ook een voorname rol in de implementatie van opbrengsten uit onderzoeken. Zodat wetenschappelijk onderzoek meer oplevert dan alleen een mooie publicatie of een promotie.'

### *Praktijkgerichte designs*

Een belangrijke richtsnoer voor de programmering van onderzoek is de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde uit 2018. Burgers: 'Al tijdens de ontwikkeling van de NHG-Standaarden kwamen kennislacunes naar voren. De NHG-Standaarden bestrijken niet het hele veld van ons werk en beperken zich bovendien tot medisch-inhoudelijke vraagstukken. Door veel verschillende partijen aan de agenda te laten meeschrijven – patiëntenorganisaties, medisch-specialistische verenigingen, fondsen en andere subsidiegevers – wilden we de maatschappelijke relevantie vergroten. En we wilden onderwerpen inbrengen die nog onvoldoende in bestaande onderzoeksprogramma's zitten.' Die verbreding heeft ook consequenties voor het soort onderzoek dat nodig is, vervolgt Burgers. Dus niet alleen gerandomiseerde trials – ideaal voor effectonderzoek naar interventies – maar ook praktijkgerichte designs. 'Er is veel meer kwalitatief onderzoek nodig, zoals ik dat ook initieer vanuit mijn leerstoel. Persoonsgerichte zorg vraagt er immers om dat

je soms onderbouwd afwijkt van de standaarden. Onderzoek gaat niet alleen over interventies, maar net zo goed over gezamenlijke besluitvorming en nagaan wat de patiënt belangrijk vindt. Dat vergt bijvoorbeeld narratieve onderzoeksmethoden, waarmee je ook de vaak geëxcludeerde groepen kunt meenemen, zoals ouderen, migranten of laaggeletterden. Op dit vlak loopt huisartsgeneeskundig onderzoek voorop.'

### *Generalistische blik*

Hiermee stuiten we wel meteen op een probleem in de financiering van onderzoek, stelt Burgers vast. Zelfs met de praktijkgerichte oriëntatie van ZonMw blijft het een uitdaging om onderzoek gefinancierd te krijgen als het design afwijkt van traditionele onderzoeksmethoden. Dit komt deels doordat commissies nog vaak worden gedomineerd door medisch-specialisten. Huisartsgeneeskundig onderzoek is minder strak te protocolleren, iets wat in de tweede lijn vaak beter gaat. Het is meer een iteratief proces, legt Burgers uit, dat je bijvoorbeeld na een pilot gaandeweg steeds bijstelt. Zo'n onderzoeksvoorstel komt nog altijd lastig langs de beoordelaars, zo leert de ervaring. 'Vanuit het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde hebben we ZonMw suggesties gedaan om dit te verbeteren. Zoals: blijf niet hangen aan de RCT's, maar maak slim gebruik van andere soorten design. In het KPHAG-programma staat dit streven nadrukkelijk omschreven. Ook andere ZonMw-programma's, zoals GGG, kunnen onderzoek breder gaan zien. Huisarts-onderzoekers zijn intussen zelf ook aan zet. Ze kunnen door hun generalistische blik kansen benutten voor subsidieaanvragen in het brede scala aan onderzoeksprogramma's.'

### *Goede ondersteuning*

Om de kansen te vergroten is volgens Burgers een stevige infrastructuur noodzakelijk, zoals die in de ziekenhuizen al bestaat. De onderzoeksassistenten van vakgroepen komen daar letterlijk langs om te helpen, ook bij de inclusie van patiënten. Dat gebeurt ook steeds meer bij huisartsgeneeskundig onderzoek, maar nog te veel ad hoc, vindt Burgers. 'Over structurelere ondersteuning zijn we als consortium al enige tijd in gesprek met ZonMw. Ik zie de toekomst positief vanwege de extra aandacht voor eerstelijns-onderzoek bij ZonMw. De academisering van de huisartsgeneeskunde heeft een hoge vlucht genomen, maar de ontwikkelingen gaan door. Onderzoek is nooit 'af'. Jan van Es was in 1966 de eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde. Inmiddels zijn het er vele. Zij hebben het huisartsgeneeskundig onderzoek duidelijk op de kaart gezet, en daar blijven we voor gaan. Voor de huisartsen zelf geldt: meedoen aan onderzoek hoort erbij. Ten minste, als je het vak serieus neemt en wilt bijdragen aan de ontwikkeling ervan.' ■

*Marc van Bijsterveldt*

# Blended care bij depressie

## Lessen uit een gerandomiseerd onderzoek

Huibert Burger, Claudi Bockting, Hans Wouters, Marco Blanker

**Patiënten met een depressie hebben mogelijk baat bij begeleide internetbehandeling die is gebaseerd op gedragsactivatie. Wij onderzochten de (kosten)effectiviteit van deze behandeling met een gerandomiseerd onderzoek in de huisartsenpraktijk. De uitkomsten waren symptomen, kwaliteit van leven, functioneren en zorggebruik. Helaas was de inclusie van patiënten uiteindelijk te gering, waardoor we geen verantwoorde uitspraken over deze behandeling konden doen. Wel hebben we een aantal lessen geleerd die van nut kunnen zijn voor toekomstig, soortgelijk onderzoek.**

Depressie komt veel voor en van alle patiënten met milde tot matig-ernstige klachten wordt 65-80% behandeld in de huisartsenpraktijk. Hoewel depressie geregeld met antidepressiva wordt behandeld, geven huisartsen en patiënten vaak de voorkeur aan een psychologische behandeling. Een praktische vorm daarvan is begeleide internetbehandeling (blended care), een combinatie van online therapie met face-to-face contact met de behandelaar. Gedragsactivatie is geschikt om 'blended' aan te bieden en is bewezen effectief bij depressie.<sup>1</sup> Deze behandeling zou de eerste stap kunnen zijn als psycho-educatie onvoldoende helpt, maar de (kosten)effectiviteit daarvan is onbekend. De vraagstelling in dit onderzoek was daarom: wat is de (kosten)effectiviteit van begeleide internetbehandeling

gebaseerd op gedragsactivatie voor patiënten met een depressie in de huisartsenpraktijk bij wie psycho-educatie alleen onvoldoende helpt, ten opzichte van de reguliere zorg voor deze patiënten.

### METHODE

Tussen april 2014 en april 2020 verrichtten wij een pragmatisch, gerandomiseerd, gecontroleerd, enkelblind non-inferioriteitsonderzoek onder volwassen patiënten met depressieve klachten, een depressieve stoornis of dysthyme stoornis in de huisartsenpraktijk.<sup>2</sup> Daarbij moest een intensievere behandeling zijn geïndiceerd dan psycho-educatie. De patiënten werden gerandomiseerd over 2 groepen: reguliere zorg of de blended care-interventie 'Doe en Voel'.<sup>3</sup> Patiënten in de interventiegroep kregen 8 lessen aangevuld met psycho-educatieve teksten, monitoring van depressieve klachten, interactieve oefeningen met deels geautomatiseerde feedback en videofragmenten. De POH-ggz of huisarts had vooral een coachende rol. Daarnaast waren er 3 vaste contactmomenten gepland. De primaire uitkomstmaat was de 3-maands verandering in depressieve symptomen volgens de Hamilton Depression Scale 17-items (HRSD-17). Secundaire uitkomstmaten waren: 12-maands verandering in depressie, functioneren (12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0), gezondheidsstatus (Euro-Qol-5D) en zorggebruik. De redenen voor niet participeren van praktijken en patiënten werden systematisch en ad hoc gedocumenteerd. We verkregen toestemming van de medisch-ethische commissie van UMC Groningen. De non-inferioriteitsmarge was gedefinieerd als de helft van de 'minimal clinically important difference' op de primaire uitkomstmaat. Rekening houdend met 20%



Blended care lijkt een goede behandeling bij depressie, maar de effectiviteit daarvan is nog niet aangetoond.

Foto: iStock

drop-out leidde dit tot een gewenste steekproefgrootte van 302 patiënten (bèta 80%, eenzijdige alpha 0,025). We gebruikten mixed models voor de effectschattingen.

## RESULTATEN

Uiteindelijk werden 32 patiënten geïncludeerd door ruim 40 praktijken, waarvan 9 het actiefst waren. Deze steekproef was te klein om de behandelingen goed te vergelijken. Daardoor konden we de vraagstelling niet beantwoorden.

## DISCUSSIE

Zowel in de onderzoeksopzet als op het niveau van de huisartsenpraktijk speelden factoren die bijdroegen aan de geringe inclusie.

In de onderzoeksopzet stonden inclusiecriteria die lastig te operationaliseren waren: wat is onvoldoende resultaat van het initiële beleid? Verder werd gekozen voor individuele in plaats van clusterrandomisatie. Huisartsen gaven aan het lastig te vinden om patiënten met een duidelijke voorkeur voor een behandeling te confronteren met een 50% kans op de niet-preferente behandeling. Bij clusterrandomisatie worden hele praktijken 'at random' ingedeeld in plaats van individuele patiënten. Clusterrandomisatie had de inclusie mogelijk ook verbeterd, omdat het inclusiegesprek dan eenvoudiger wordt en de praktijken altijd dezelfde behandeling zouden geven. Clusterrandomisatie heeft echter als nadeel dat selectiebias kan optreden door differentiële inclusie, dat wil zeggen dat het type patiënten dat door een praktijk wordt geïncludeerd systematisch afhangt van de behandeling die de praktijk heeft geloot. Dit bedreigt de vergelijkbaarheid van de uitgangsprognose tussen de interventie- en controlegroep, en dit effect is soms zo ernstig dat het onderzoek niet langer als gerandomiseerd kan worden beschouwd.<sup>4</sup> Dat is alleen te voorkomen indien alle patiënten voorafgaand aan randomisatie van de praktijken zijn geïncludeerd. In dit onderzoek leek dat niet haalbaar, maar het kan voor hoogprevalente aandoeningen goed werken.

Op praktijkniveau bleek dat de verschillende rollen van de huisarts en de POH-ggz bij de implementatie van de interventie niet altijd duidelijk waren. Verder was er bij veel praktijken een lage incidentie van geschikte patiënten. Ook waren niet alle hulpverleners ervan overtuigd dat het onderzoek noodzakelijk was. Zij dachten dat het al was aangetoond dat (andere vormen van) e-mental health effectief zijn bij depressie. Ten slotte waren er soms productieafspraken met de basis-ggz. Een grondige inventarisatie van de plaatsbepaling van de te onderzoeken interventie lijkt essentieel.

## CONCLUSIE

Ondanks grote inspanningen is het niet gelukt om de vraagstelling van deze RCT te beantwoorden. We hebben wel veel geleerd over factoren die de haalbaarheid van deze trial

## WAT IS BEKEND?

- Begeleide internetbehandeling gebaseerd op gedragsactivatie kan [kosten]effectief zijn voor de behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk, maar deze behandeling moet nog worden onderzocht.

## WAT IS NIEUW?

- Het bleek in dit onderzoek niet mogelijk om bij volwassen patiënten met depressie in de huisartsenpraktijk de [kosten]-effectiviteit van een begeleide internetbehandeling te vergelijken met de gebruikelijke zorg. De inclusie van patiënten was te laag.
- De individuele randomisatie, in plaats van randomisatie op praktijkniveau, en de lage incidentie van geschikte patiënten hebben waarschijnlijk bijgedragen aan de lage patiënten-inclusie.
- Een aantal lessen uit dit onderzoek kan van nut zijn voor het opzetten van toekomstig, soortgelijk onderzoek.

hebben gecompromitteerd. Deze kennis kan van nut zijn voor toekomstige, soortgelijke RCT's. ■

## LITERATUUR

1. Richards DA, Ekers D, McMillan D, et al. Cost and outcome of Behavioural activation versus cognitive Behavioural therapy for depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2016;388:871-80.
2. Massoudi B, Blanker MH, Van Valen E, et al. Blended care vs. usual care in the treatment of depressive symptoms and disorders in general practice [BLENDING]: study protocol of a non-inferiority randomized trial. *BMC Psychiatry* 2017;17:218.
3. Bockting CLH, Van Valen E. Act and feel online: internet-based behavioral activation in Dutch. Treatment module. E-Module. Amsterdam: UvA, 2015.
4. Giraudeau B, Ravaud P. Preventing bias in cluster randomised trials. *PLoS Med* 2009;6:e1000065.

Burger H, Bockting CLH, Wouters H, Blanker MH. Blended care bij depressie. Lessen uit een gerandomiseerd onderzoek. *Huisarts Wet* 2021;64(5):S36-7.

Rijksuniversiteit Groningen, UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: dr. H. Burger, arts-epidemioloog, h.burger@umcg.nl; dr. H. Wouters, psycholoog en onderzoeker, dr. M.H. Blanker, huisarts en onderzoeker. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische en Ontwikkelingspsychologie, Groningen/Universiteit van Amsterdam, Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Psychiatrie, prof. dr. C.L.H. Bockting, hoogleraar klinische psychologie. Mogelijke belangenverstrengeling: CB is intellectueel eigenaar van 'Doe en Voel'. De andere auteurs geven geen mogelijke belangenverstrengeling aan. Dit artikel werd gefinancierd door ZonMw, projectnummer 839110007 [afgerond].

# Nortriptyline voor functionele dyspepsie

Bram Beckers, Ad Masclee, Daniel Keszthelyi

**Functionele dyspepsie komt in de hele bevolking veel voor en de huidige behandelmethoden zijn beperkt effectief. Eerdere onderzoeken suggereren een positief effect van laaggedoseerde tricyclische antidepressiva. In de TENDER-trial onderzoeken we de effectiviteit van nortriptyline bij dyspepsie. De trial loopt op dit moment in 10 Nederlandse ziekenhuizen en wordt naar verwachting eind dit jaar afgerond. De vooruitzichten lijken positief.**

Dyspeptische symptomen zoals pijn, ongemak en een vol gevoel in de maagstreek komen veel voor in de westerse populatie, met een incidentie die oploopt tot 40%.<sup>1</sup> In de meeste gevallen, circa 70%, wordt er geen organisch substraat (zoals ulcuslijden) gevonden en wijzen de klachten op functionele dyspepsie (FD).<sup>2</sup> Deze klachten kunnen ernstig zijn en gepaard gaan met aanzienlijk ziekteverzuim en dito zorgconsumptie. De impact van FD op de kwaliteit van leven van de patiënt is vergelijkbaar met die van een organische, gastro-intestinale aandoening.<sup>3</sup> Tegenwoordig wordt FD, net als het prikkelbaredarmsyndroom, gezien als een stoornis in de darm-herseninteractie.<sup>4</sup> De klachten worden veroorzaakt door een verkeerde signaalverwerking van afferente input vanuit het

maagdarmkanaal. De oorzaken van een dergelijke stoornis lopen uiteen. Zo kunnen factoren als een eerdere maagdarminfectie of stress een belangrijke rol spelen. De behandeling van FD vraagt dan ook om maatwerk. Van een beperkt aantal geneesmiddelen is aangetoond dat ze effectief zijn tegen FD. In de regel wordt een protonpompremmer (PPI) voorgeschreven, maar de number needed to treat (NNT) daarvan is teleurstellend: 11-15.<sup>5</sup> Sommige onderzoeken hebben aangetoond dat tricyclische antidepressiva (TCA) in een lage dosering effectief zijn, met een NNT van 6.<sup>6</sup> De recente Noord-Amerikaanse richtlijn adviseert daarom bij FD-patiënten die niet reageren op PPI een behandeling te met TCA te overwegen.<sup>7</sup> Ondanks de lage dosering kan het gebruik van TCA ge-



Veel mensen hebben last van maagklachten, maar daarvoor is meestal geen organische oorzaak te vinden.

Foto: iStock

paard gaan met aanzienlijke bijwerkingen, zoals somnolentie, droge mond of ogen en obstipatie. Door deze bijwerkingen zijn patiënten geneigd om vroegtijdig met de behandeling te stoppen. De ernst van de bijwerkingen hangt samen met de snelheid waarmee TCA wordt afgebroken. Doordat de metabolisering bij nortriptyline afhankelijk is van slechts 1 enzymatische stap (cytochroom P450, enzym CYP2D6) is de afbraak potentieel goed te voorspellen op basis van polymorfismen.

In de TENDER-trial onderzoeken we de klinische effectiviteit van nortriptyline voor de behandeling van FD. We includeren alleen patiënten met een normaal (dus niet vertraagd of versneld) CYP2D6-metaboliseringsprofiel, omdat we hiermee een hogere effectiviteit en minder bijwerkingen tijdens de behandeling verwachten.

## METHODE

We nodigen patiënten van 18 tot 65 jaar uit die op de polikliniek maag-darm-leverziekten komen met maagklachten die passen bij FD en bij wie geen sprake is van een klinisch relevante angst- of stemmingsstoornis. Na inclusie volgt een intakegesprek met een vingerprik voor de CYP2D6-genotypering. Na de intake houdt de patiënt gedurende 2 weken een dagboek bij met een op maat gemaakte smartphone-applicatie. Dit dagboek omvat de kernsymptomen van FD (epigastrische pijn of brandend gevoel, vroege verzadiging, opgeblazen gevoel, vol gevoel na de maaltijd), waarbij patiënten dagelijks de ernst per klacht scoren. We randomiseren de patiënt bij significante klachten en een normaal functionerend CYP2D6. Vervolgens vergelijken we het standaard opbouwschema van nortriptyline met placebo. Patiënten krijgen een behandeling van 12 weken. Gedurende de behandeling houden patiënten opnieuw het dagboek bij. We streven naar een inclusie van 154 patiënten. Op dit moment is de helft van de patiënten geïncludeerd. De inclusie wordt bemoeilijkt doordat patiënten over het algemeen negatief staan tegenover behandeling met een antidepressivum of niet willen meedoen aan het onderzoek omdat er een 50% kans is dat ze een placebobehandeling krijgen.

## RESULTATEN

We verwachten bij gebruik van nortriptyline een significant verminderde ziektelast en toename van de kwaliteit van leven. Met dit onderzoek willen we de onderbouwing bieden voor de effectiviteit van nortriptyline bij FD en de behandeling verder optimaliseren door een preselectie op basis van het genotype.

## BESCHOUWING

Na bekendmaking van de (positieve) resultaten van het onderzoek zal de bereidheid om nortriptyline in de praktijk in te zetten vermoedelijk substantieel toenemen, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Wij streven er verder naar om in de toekomst de term 'neuromodulator' te gebruiken in plaats van 'antidepressivum' om de drempel om dit geneesmiddel voor te schrijven verder te verlagen. Bovendien weerspiegelt die term ook veel beter de conceptuele achtergrond van de darm-herseneninteractie ('gut-brain axis'). ■

## WAT IS BEKEND?

- Bij veruit de meeste dyspeptische klachten is er geen organische oorzaak. Dan is er sprake van functionele dyspepsie.
- Protonpompremmers zijn beperkt effectief bij functionele dyspepsie.
- Er zijn aanwijzingen dat laaggedoseerde tricyclische antidepressiva een positief effect hebben op klachten bij functionele dyspepsie.

## WAT IS TE VERWACHTEN?

- Naar verwachting wordt de effectiviteit van de behandeling met het tricyclisch antidepressivum nortriptyline bevestigd. Dit kan leiden tot een toegenomen vertrouwen in dit type behandeling bij zowel patiënten als artsen.
- De behandeling kan worden geoptimaliseerd door een preselectie te doen aan de hand van het genotype [CYP2D6]. Dit zal resulteren in een betere therapietrouw.

## LITERATUUR

1. Black CJ, Drossman DA, Talley NJ, et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. *Lancet* 2020;396:1664-74.
2. Ford AC, Marwaha A, Lim A, et al. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:830-7, 837.e1-2.
3. Aziz I, Palsson OS, Tornblom H, et al. The prevalence and impact of overlapping Rome IV-diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, quality of life, and healthcare utilization: a cross-sectional general population study in three countries. *Am J Gastroenterol* 2018;113:86-96.
4. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262-179.
5. Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Bercik P, et al. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011194.
6. Ford AC, Luthra P, Tack J, et al. Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2017;66:411-20.
7. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2017;112:988-1013.

Beckers AB, Masclee AAM, Keszthelyi D. Nortriptyline voor functionele dyspepsie. *Huisarts Wet* 2021;64(5):S38-9. Universitair Medisch Centrum, Divisie Maag, Darm- en Leverziekten, Maastricht Universitair Medisch Centrum+, Maastricht: B. Beckers, arts-onderzoeker; prof. dr. A. Masclee, hoogleraar maag-darm-leverziekten; dr. D. Keszthelyi, maag-darm-leverarts, daniel.keszthelyi@maastrichtuniversity.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek wordt gefinancierd door ZonMw, projectnummer 848016005 (Iopend project).

# Overzicht ZonMw-projecten

## Geneesmiddelengebruik in de huisartsgeneeskunde

### RECENT ONDERZOEK

Deze rubriek biedt een overzicht van recente, door ZonMw gesubsidieerde onderzoeken over huisartsgeneeskundige onderwerpen en geneesmiddelen. Sommige onderzoeken zijn net afgerond [A], andere lopen nog.

Meer weten? Kijk op [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl) en zoek op het projectnummer van het betreffende project. Daar vindt u een schat aan informatie over opzet en inhoud van het project, achtergronden en contactgegevens.

### HART- EN VAATZIEKTEN

- Identifying the right patient to treat, by estimating absolute treatment effect for individual patients based on randomised clinical trial data. F.L.J. Visseren. **Projectnummer 836011027 [A]**. Identifying the right patient to treat, by estimating absolute treatment effect for individual patients: U-prevent. J.A.N. Dorresteyn. **Projectnummer 8360110271 [A]**. Deze 2 projecten horen bij elkaar.
- Optimizing cardiovascular disease prevention in older people with complex health problems. J. Gussekloo. **Projectnummer 839120011**.
- Improving the management of uncontrolled hypertension in primary care. A cluster randomized trial. F.H. Rutten. **Projectnummer 839110013**.
- Discontinuation of preventive cardiovascular medication in older community-dwelling patients: current practice and

patient preferences. H.J. Luijendijk. **Projectnummer 839150003**.

- Optimising anti-coagulant management in frail elderly patients with AF: the FRAIL-AF study. G.J. Geersing. **Projectnummer 848015004**.
- Digoxin Evaluation in Chronic heart failure. Investigational Study In Outpatients in the Netherlands [DECISION]. D.J. van Veldhuisen. **Projectnummer 848090001**.
- DUTCH-AF Registry – A nationwide registration of patients with atrial fibrillation. M.E.W. Hemels. **Projectnummers 848050006 en 848050007**.



Foto: iStock

### METABOLE AANDOENINGEN

- Diabetes en ramadan: een educatie- en medicatiebegeleidingsprogramma ter verbetering van de (zelf-) zorg van aan de Ramadan deelnemende personen met Type 2 Diabetes Mellitus van Marokkaanse of Turkse afkomst. P.J.M. Elders. **Projectnummer 848023002 [A]**.
- Praktijkverbetering diabetesmedicatiezorg door optimalisatie samenwerking huisarts- en apotheekmedewerkers: ontwikkeling van een draaiboek. M.C. Adriaanse. **Projectnummer 848022008 [A]**.



Foto: Pixabay

- Quality assessment of pharmacotherapy in patients with chronic kidney disease. P. Denig. **Projectnummer 836021013 [A]**.
- Quality of prescribing: patient specific indicators

that predict better outcomes in diabetes patients. P. Denig. **Projectnummer 836021007 [A]**.

- Het transmurale fractuurpreventieprogramma: implementatie van een transmuraal zorgprogramma ter preventie van fracturen bij patiënten met een eerdere fractuur na het vijfde levensjaar. P.J.M Elders. **Projectnummer 836044003 [A]**.
- Towards optimal treatment in elderly type 2 diabetes patients. L.M. 't Hart. **Projectnummer 113102006 [A]**.
- LT4/LT3 Combination therapy for hypothyroidism [T3-4-Hypo trial]. M. Medici. **Projectnummer 848043003**.
- Effects of discontinuation of levothyroxine treatment in older adults: a self-controlled study. M. van den Akker. **Projectnummer 839110022**.
- Increased cancer incidence in patients with type 2 diabetes using sulphonylureas? G.W.D. Landman. **Projectnummer 836041017 [A]**.
- Sick day rule implementation to prevent acute kidney injury in community-dwelling patients [SIDRIK-study]. M.L. Bouvy. **Projectnummer 10140021910503**.



## ASTMA/COPD

- Why should I use my inhaler? Development and testing of an adolescent adherence patient tool for asthma [ADAPT asthma-study]. M.L. Bouvy. **Projectnummer 836031002 [A]**.
- Towards better asthma care for children: protocolled practice nurse-led care for children 6-12 years in primary care. A randomized controlled trial. G. Elshout. **Projectnummer 839110021**.
- Bronchodilators for wheeze in young children presenting to primary care: a randomised, placebo-controlled, multicentre, parallel group trial [KIWI study]. A.C. van de Pol. **Projectnummer 852101054**.
- On TRACK: a blended intervention incorporating TRaining, prepAration and Counseling to improve inhaler technique



Foto: iStock

and medication adherence in patients with a chronic lung disease. L. van Dijk. **Projectnummer 848018101**.

## PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

- Lithium, alleen verantwoord met zorgvuldige controle. R. Hoekstra. **Projectnummer 836044006 [A]**.
- How appropriate is the increasing long term use of methylphenidate? A practice audit and placebo controlled discontinuation trial. P.J. Hoekstra. **Projectnummer 836011014 [A]**.
- Ondersteuning van de POH-ggz bij aanpak chronisch gebruik benzodiazepinen via motiverende gespreksvoering en ge-



Foto: Shutterstock

personifieerde patiëntenvoorlichting. E.G. Wits. **Projectnummer 836044007 [A]**.

- Utilisation, effectiveness in daily practice, and adverse effects of antidepressants in ambulatory elderly. L.E. Visser. **Projectnummer 113101002 [A]**.
- Netherlands study of Optimal, PERsonalized Antidepressant use [OPERA]. A. Beekman. **Projectnummer 848040001**.
- Consequences of polypharmacy and comorbidity on adherence of older depressed patients in general practice. P.F.M. Verhaak. **Projectnummer 839110009**.
- Efficacy and safety of off label low dose antidepressants [amitriptyline and mirtazapine] for chronic insomnia: a double-blind, randomized placebo-controlled trial in general practice. P. Slottje. **Projectnummer 848015011**.
- Comparing antidepressant [AD] tapering strategies for paroxetine and venlafaxine: the TAPER-AD trial. H.G. Ruhé. **Projectnummer 10140021910006**.
- Transmural collaborative care model for cardiovascular risk management and medication review for patients using antipsychotics [TACTIC]: feasibility and evaluation study. K. Jacobs. **Projectnummer 10140021910502**.

## PALLIATIEVE ZORG

- Prudent medication management in the last phase of life. C. van Zuylén. **Projectnummer 848017005**.
- Reutelen in de stervensfase: is profylactische behandeling zinvol? C.C.D. van der Rijt. **Projectnummer 844001203 [A]**.
- Integratie richtlijnen en formularium in PalliArts: betere implementatie/veiligere voorschrijven. M. van den Beuken-van Everdingen. **Projectnummer 844001507 [A]**.



Foto: Shutterstock

## KINDEREN

- Optimising pain management in children with acute otitis media. R.A.M.J. Damoiseaux. **Projectnummer 839110005**.
- The added effect of oral ondansetron to care-as-usual on persisting vomiting in children aged 6 months to 6 years, presenting at primary care out of hours service with acute gastro-enteritis and concomitant vomiting. M.Y. Berger. **Projectnummer 836031001 [A]**.
- Childhood Infections Limburg (CHILI): Optimizing management and medication of febrile children in out-of-hours primary care J.W.L. Cals. **Projectnummer 836021022 [A]**. Kinderen met koorts: consistentie informatie in [t]huis[arts] J.W.L. Cals. **Projectnummer 8360210221 [A]**. Deze 2 projecten horen bij elkaar.

- Topical or oral antibiotics for children with acute otitis media presenting with ear discharge? A.G.M. Schilder. **Projectnummer 848015006**.
- Effectiviteit van pijnstillende oordruppels bovenop systemische pijnstilling bij kinderen met een acute middenoorontsteking: een pragmatische, gerandomiseerde, gecontroleerde studie. R.A.M.J. Damoiseaux. **Projectnummer 10060011910003**.



Foto: Shutterstock

## GENEESMIDDELEN ALGEMEEN

- Implementatie van Medicatiebeoordeling volgens de Opti-Med methode via het Farmacotherapeutisch Overleg. S.H. Chau. **Projectnummer 1131020031 [A]**.
- The effectiveness of optimizing pharmacological treatment



Foto: Shutterstock

- in patients with geriatric problems in general practice. F.G. Schellevis. **Projectnummer 113102003 [A]**.
- Transmurale samenwerking bij ziekenhuisontslag om de continuïteit van zorg te optimaliseren voor de patiënt. F. Karapinar. **Projectnummer 836044008 [A]**.
- Samen werken aan veilig medicijngebruik onder laaggeletterde patiënten in de eerste lijn. G. Boland. **Projectnummer 836044010 [A]**.
- Optimizing pharmacotherapy by redefining the role of the pharmacist: integration of the nondispensing pharmacist in the primary care team. D.L.M. Zwart. **Projectnummer 836011025 [A]**.
- Het combiconsult van huisarts, praktijkverpleegkundige en openbaar apotheker voor patiënten met diabetes, CVRM en COPD. V.A.M. Meijvis. **Projectnummer 848023004**.
- Make-it: medication adherence knowledge, expertise and implementation taskforce. M. Vervloet. **Projectnummer 848024001**.

## VARIA

- Registry of cancer patients to monitor the impact of [pharmaco]therapy on health problems presented in primary care. L. van Dijk. **Projectnummer 848034003 [A]**.
- Effectiveness of an intra-articular corticosteroid injection versus an intra-muscular gluteal corticosteroid injection for knee osteoarthritis in general practice: a multicenter randomized, 24 weeks comparative parallel-group trial. J. Runhaar. **Projectnummer 839110019**.
- Tailored treatment of functional dyspepsia with nortriptyline: a multi-center double-blind placebo-controlled trial [TENDER]. D. Keszthelyi. **Projectnummer 848016005**.
- EXtended use of FOsfofomycin for the treatment of CYstitis

- in primary care [EXFOCY]. M.J.M. Bonten. **Projectnummer 848018011**.
- Tackling antibiotic resistance by scanning antibiotic prescription patterns in primary care and identifying target for improvement. K. Hek. **Projectnummer 541003003**.

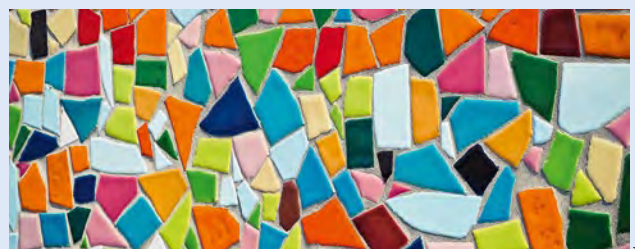


Foto: Pixabay

# Wie is wie bij ZonMw?



**Thirza Ras**  
Senior programmamanager  
HGOG en KPHAG



**Peggy van den Biggelaar**  
Programmasecretaris GGG



**Jasmijn Timp**  
Implementatiespecialist GGG



**Benien Vingerhoed**  
Clusterhoofd Translationeel  
Onderzoek



**Harald Moonen**  
Clusterhoofd GGG



**Marjo Tieleman**  
Senior programmamanager GGG



**Mariëlle van Avendonk**  
Senior programmamanager GGG





**De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) bestaat sinds 1957 en is de oudste NHG-commissie. De CWO volgt de wetenschappelijke vernieuwingen in de huisartsenpraktijk op de voet.**

De CWO heeft plaats voor

## Huisartsen geïnteresseerd in wetenschap

Ben je nieuwsgierig naar de onderbouwing van standaarden?  
Wil je meer te weten komen over de wijze waarop beslisregels tot stand komen?  
Ben je al dokterend gefascineerd geraakt in een bepaald onderwerp?  
Wil je wetenschappelijk onderzoek kritisch leren lezen?

Mogelijk ben je na enkele jaren praktijkervaring toe aan verbreding en verdieping van het huisartsenvak. De CWO kan je de weg wijzen in onderzoekslaan.

Wij bieden

- Hulp bij het opzetten van onderzoek
- Interpretieren van onderzoek middels kritisch lezen
- Een stimulerende omgeving van beginnende en ervaren onderzoekers

Voorwaarde

- Huisarts geïnteresseerd in wetenschappelijk onderzoek

Waar en wanneer

- Elke eerste donderdag van de maand 19.00–21.30, Domus Medica Utrecht of online

Anmelden: [valk@valkmeijer.nl](mailto:valk@valkmeijer.nl), Mark Valk, secretaris CWO