

Astma en COPD

Smeele IJM. Astma en COPD in de huisartsenpraktijk: hoe kan de zorg verbeteren? [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999; 181 pagina's. ISBN 90-76316-05-8.

Promotie: 29 januari 1999.

Promovendus: I.J.M. Smeele (1956), huisarts.

Promotoren: prof.dr. R.P.T.M. Grol,

prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch,

prof.dr. C.P. van Schayck.

Bespreking: F. Schreuder, huisarts te Delft.

In dit proefschrift wordt beschreven hoe de kwaliteit van zorg voor carapatiënten in een aantal huisartspraktijken kon worden gemeten en mogelijk gunstig beïnvloed. De kern bestaat uit een bundeling van deels al in H&W en het NTVG gepubliceerde artikelen. Het proefschrift is vooral van belang voor huisartsen die betrokken zijn bij het standaardbeleid en het opzetten van nascholing en projecten voor kwaliteitsverbetering van de zorg. Ieder die extra geïnteresseerd is in de behandeling van cara (lees: astma en COPD) vindt voldoende stof tot nadenken om de eigen praktijkvoering kritisch te beschouwen.

Twee vraagstellingen staan centraal in dit proefschrift:

- Hoe is het gesteld met de zorg voor volwassen carapatiënten in de huisartspraktijk, gemeten aan de (destijds vigerende) carastandaarden?
- Op welke wijze kunnen deskundigheidsbevordering en systematische controle op de verleende zorg leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorg?

De onderzoeken werden uitgevoerd in praktijken in de regio Nijmegen/Zuidoost-Nederland. Hoe deze praktijken werden geselecteerd, wordt niet geheel duidelijk; wél wordt vermeld dat voor het onderzoek naar het effect van systematische controle op de zorg praktijken werden aangezocht waarin al ervaring bestond met gestructureerde, periodieke controles ten behoeve van hypertensie- en diabetespatiënten. Binnen deze praktijken werden de volwassen patiënten die alleen bij de huisarts (dus niet bij de longarts) onder controle waren, onderzocht. In de interventiestudies werd de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten vóór de interventie en een jaar later gemeten; dat gebeurde eveneens in een aantal praktijken waar geen interventie plaatsvond.

De interventie bestond uit vier sessies van twee uur nascholing volgens het DKB-model of uit systematische controle op de verleende zorg met terugkoppeling, waarbij ook scholing

en training in het gebruik van een spirometer werden gegeven.

Bijzonder waardevol is de breed opgezette operationalisering van het begrip kwaliteit; deze wordt onderscheiden in:

- structurele aspecten (bijvoorbeeld het aanwezig zijn van PF-meters, kennis en vaardigheden van huisartsen en assistenten);
- procesmatige aspecten (in hoeverre volgens de standaard werd gewerkt);
- aspecten van het resultaat van de zorg: in één onderzoek alleen de respiratoire symptomen, in andere onderzoeken ook vragen over zaken als ADL, sociale activiteiten, emoties en de mening van de patiënt over de verleende zorg.

Resultaten en conclusies

Globaal gesproken kan worden gesteld dat de zorg voor carapatiënten vóór het verschijnen van de eerste carastandaarden te kort schoot op structurele aspecten als praktijkorganisatie en -uitrusting, en kennis en vaardigheden van huisartsen en assistenten. Procesmatig ging het vooral om het onvoldoende meten van de piekstroom en het te vaak voorschrijven van antibiotica in plaats van orale corticosteroïden bij exacerbaties. Een jaar na het verschijnen van de standaard waren zonder verdere interventie geen meetbare veranderingen opgetreden.

Onderwijs in DKB-groepen bleek wel de structurele aspecten te verbeteren, maar niet de procesmatige aspecten of de uitkomst van de zorg. Systematische controle op de zorg mét terugkoppeling kon ook de procesmatige aspecten verbeteren, waarbij het lijkt of ook de patiënt zelf er beter van werd, al kon het bewijs daarvoor niet geleverd worden. Het lijkt erop dat deze laatste winst vooral werd gerealiseerd in de intake-fase, waarbij de eerdere zorg en onderzoeken kritisch onder de loep werden genomen.

Geconcludeerd wordt dat de meest voorkomende wijze van nascholen (eendaagse WDH-cursussen of het doorwerken in hagroverband van DKB-pakketten) waarschijnlijk niet meer kunnen zijn dan een startpunt voor kwaliteitsverbetering. Een intensievere aanpak is nodig en zou in zekere mate verplicht moeten worden.

Toekomstig onderzoek naar de relatie tussen veranderingen in de zorg en de uitkomst daarvan zouden langer dan een jaar moeten bestrijken. Wat betreft cara is de rol van spirometrie en het effect van een grondige (jaarlijkse) check-up nog belangrijk onderzoeksterrein. Meer aandacht is nodig voor de haalbaarheid van nieuwe standaarden.

Commentaar

Het belangwekkendste deel van dit proefschrift is zonder twijfel het verslag van de metingen van het effect van twee strategieën voor kwaliteitsverbetering. De veel gebruikte vorm – met behulp van DKB-pakketten – bleek, zoals op basis van literatuuronderzoek al te vreezen was, weinig zoden aan de dijk te zetten. Maximale interventie met behulp van scholing, ondersteuning, en controle met terugkoppeling bracht de verleende zorg weliswaar meer in overeenstemming met de standaard, maar leidde ten opzichte van de 'gewone zorg' niet tot betere uitkomsten voor de patiënt.

Voor deze teleurstellende bevindingen zijn mogelijk enkele verklaringen te geven. De belangrijkste is wellicht de korte termijn waarop de nameting werd verricht (al na één jaar). Dit kan mijns inziens enerzijds leiden tot een te gunstig beeld van het proces van de zorg (de pas verworven inzichten en vaardigheden zijn nog niet verwaterd) en anderzijds tot een te negatief beeld van de uitkomst van de zorg (het duurt mogelijk langer voordat de patiënt echt baat heeft bij de betere zorg). Verder zou ik ook meer geïnteresseerd zijn in het effect op wat langere termijn bij een zo intensieve interventie. Gebruik van zoveel menskracht en geld vereist naar mijn mening een meetbaar gunstig effect gedurende minimaal enkele jaren. Het is te betreuren dat een zo uitgebreid onderzoek als dit minder goed is te interpreteren door deze korte follow-up.

Een tweede verklaring ligt mogelijk in de selectie van de deelnemende praktijken: de huisartsen die aan dergelijk onderzoek meedoen, leveren wellicht al betere zorg, zodat er minder te verbeteren valt. Dit geldt in het bijzonder voor de regio Eindhoven, waar eerder een grootschalig project van huisartsen en longartsen rond cara had plaatsgevonden.

De publicatie van ingrijpend gewijzigde versies van de carastandaarden noodzaakte Smeele weliswaar tot herinterpretatie van zijn gegevens, maar tastte zijn conclusies niet aan. Toch ligt er een probleem bij de beoordeling van het al dan niet voorschrijven van inhalatiecorticosteroïden en/of theofyllinen en het geven van saneringsadviezen, omdat deze in de oude standaard anders geïndiceerd werden dan in de nieuwe. Scoorden de huisartsen die 'avant la lettre' al volgens de nieuwe standaard werkten (met name in de nameting bestond die mogelijkheid) niet ten onrechte lager bij de meting van de verleende zorg?

Een duidelijke verbetering die de interventie mijns inziens liet zien, betreft het patiëntenoordeel over de verleende zorg. Hoewel dat oordeel vaak niet in overeenstemming was met het

oordeel van beroepsgenoten en erg afhankelijk bleek van contactuele eigenschappen van de arts, is verbetering van waardering voor de zorg van dezelfde arts misschien toch een veelzeggende uitkomst. Een volgend onderzoek zou aan dit aspect zeker ook aandacht moeten schenken.

Ferdinand Schreuder

Naschrift

Een belangrijke bevinding van mijn proefschrift is dat deskundigheidsbevordering aan huisartsen wel leidt tot vermeerdering van kennis en vaardigheden, maar niet tot noemenswaardige kwaliteitsverbetering, laat staan tot een betere gezondheid van de patiënt. Mijns inziens is dat geen teleurstellende bevinding, maar is hiermee nog eens helder aangetoond dat we moeten ophouden met die enorme hoeveelheid cursussen (geaccrediteerd en dus goed!). Als we als huisartsen straks beoordeeld worden op ons product (= goede kwaliteit van zorg), dan zullen we bij de chronische aandoeningen op een meer projectmatige manier moeten gaan handelen.

Het feit dat eind jaren tachtig in de regio Eindhoven aandacht is geweest voor *cara*, is voor mij (als Eindhovens huisarts) geen reden om aan te nemen dat deze huisartsen al op een beter niveau functioneerden. Op de meeste procesindicatoren uit de voormeting scoorde deze groep ook onvoldoende. Het onderzoek is verricht in de jaren 1992-1994, direct na het verschijnen van de standaarden uit 1992. Het lijkt me onwaarschijnlijk dat deze huisartsen, merendeels zonder grote affiniteit met *cara*, al 'avant la lettre' de richtlijnen uit 1997 zouden hebben toegepast en dat dit tot een onderschatting van de effecten zou hebben geleid.

De introductie van een monitoringstelsel van carapatiënten, waarin onder andere de FEV₁ ('avant la lettre') werd vervolgd en waarbij de huisartsen regelmatig feedback kregen over hun handelen en het beloop van deze FEV₁, leidde, naast een verbetering van kennis en vaardigheden, wel tot een betere kwaliteit van de zorg. Dit liet echter geen betere gezondheid van de patiënt zien (na één jaar). Dit resultaat relativeert de effecten die verwacht kunnen worden van de nieuwe standaarden waarin huisartsen ook wordt gevraagd systematisch astma/COPD-patiënten te vervolgen, onder meer ten aanzien van hun FEV₁. Implementeerders dienen zich dat te realiseren en huisartsen kunnen het beste bescheiden beginnen met het systematisch vervolgen van een kleine groep ernstige astma/COPD-patiënten bij wie mogelijk op termijn het meeste baat te ver-

wachten is. En, zoals gezegd, een mooie cursus, hoe hoog ook in de bergen, is niet voldoende om volgens deze nieuwe standaarden te gaan werken.

Schreuder merkt terecht op dat een follow-up van een jaar te kort is. Helaas denken subsidiegevers daar vaak anders over. Gelukkig konden wij in een vervolgpilot de patiënten in de monitoringgroep nog een jaar volgen (procesparameters werden niet vervolgd). Er waren ook in dit tweede jaar geen verbeteringen in de gezondheid, wél in de tevredenheid. Hiervoor zijn mijns inziens twee belangrijke verklaringen. Ten eerste leverden de huisartsen uit de monitoringgroep al een betere zorg, zoals in het proefschrift beschreven staat. Daarnaast is de geringe ernst van de *cara* bij patiënten onder behandeling van de huisarts van belang. Een slechts in geringe mate beperkte kwaliteit van leven of FEV₁, zoals gevonden in deze studie, is moeilijk te verbeteren.

Helaas is in de controlegroep geen FEV₁ gemeten. In de monitoringgroep ging de FEV₁, na een aanvankelijke vooruitgang, langzaam achteruit. Onbekend is of deze achteruitgang trager verliep dan verwacht zou kunnen worden.

Gezien de hoge kosten die gemoeid zullen zijn met de introductie van de nieuwe NHG-standaarden voor astma en COPD (denk aan al die spirometrieprojecten die worden uitgevoerd), is nader onderzoek naar de effecten op de gezondheid van de patiënt (waaronder FEV₁) aan te bevelen.¹ En dat geldt mijns inziens ook voor andere grote standaarden, zoals de bijgestelde NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2. Dit proefschrift is een van de eerste grootschalige onderzoeken naar de implementatie van een belangrijke standaard, waarin niet alleen de volledige kwaliteitscyclus is doorlopen, maar ook de effecten op de gezondheids-toestand van de patiënt zijn gemeten. Ondanks de methodologische beperkingen, zou het kunnen dienen als voorbeeld voor volgende evaluaties. Dergelijke evaluaties zijn belangrijk, want er wordt veel tijd en geld gestopt in richtlijnontwikkeling en -implementatie, terwijl er nog te weinig aandacht is voor het rendement hiervan. Als aan huisartsen een grote inspanning wordt gevraagd voor de implementatie, dan dient om te beginnen de meerwaarde voor de patiënt duidelijk te zijn.

Ivo Smeele

1 Dubois WI, Smeele IJM, Van Dijk H, Gielen M. Implementatie van spirometrisch onderzoek op verzoek van de huisarts conform nieuwe richtlijnen geeft enorme toename kosten. Een evaluatie van 4 jaar aanvragen. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:1407.

Atriumfibrilleren

Hellemons-Boode BSP, Langenberg-Ledeboer M. Observations on atrial fibrillation in primary care. The PATAF Study [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998; 208 bladzijden. ISBN 90-9012163-3.

Promotie: 20 november 1998.

Promovendi: B. Hellemons-Boode, huisarts te Geleen, M. Langenberg-Ledeboer, huisarts te Maastricht.

Promotoren: prof.dr. J.A. Knottnerus, prof.dr. J.W. van Ree;

Bespreking: dr. S. Verhoeven, huisarts te Heerde.

Het beleid bij atriumfibrilleren (AF) in de huisartspraktijk ter voorkoming van trombo-embolische complicaties is nog steeds geen gesloten discussie. Niet voor niets is er na jaren worstelen nog geen NHG-standaard over dit onderwerp tot stand gekomen. In dit onderzoek is de valkuil van een geselecteerde tweedelijns populatie vermeden. Voldoende patiënten konden worden gerandomiseerd en in de follow-up worden gehouden – voorwaar een prestatie van formaat. Anderzijds heeft het niet opgeleverd wat gehoopt was

Dit proefschrift heeft als hoofdonderwerp de 'PATAF Study' (Primary Prevention of Arterial Thromboembolism in patients with non-rheumatic Atrial Fibrillation in primary care). Uitgangspunt is het gegeven dat ook patiënten met atriumfibrilleren zonder klepafwijkingen of een recent myocardinfarct (het zogenaamde non-reumatisch atriumfibrilleren, NRAF) een hoger risico (jaarlijks 4,5-5%) op CVA hebben dan patiënten met een sinusritme. Bij patiënten met een klepafwijking is antistolling met coumarinderivaten ter preventie van embolieën al jaren geaccepteerd. Sinds eind jaren tachtig wordt onderzocht of antistolling ook bij patiënten met NRAF leidt tot vermindering van het risico op een herseninfarct. In deze onderzoeken (bekend onder afkortingen als AFASAK, SPAF I en II, BAATAF en CAFAs) werd de behandeling met coumarinderivaten vergeleken met een placebo. In de AFASAK, de SPAF I en II Trial werd ook een aspirine-arm toegevoegd.

Uit analyse van een aantal gecombineerde trials bleek dat het jaarlijks risico van 4,5 procent voor de placebogroep werd gereduceerd tot 1,4 procent voor de coumarinegroep (een afname van 68%). Aspirine was duidelijk veel minder effectief.¹

In de PATAF-studie werd het effect van drie behandelingsmodaliteiten onderzocht: aspirine 150 mg, een antistolling met een lage intensiteit (INR 1,1-1,6) en antistolling met een normale intensiteit (INR 2,5-3,5). INR staat hier-

bij voor International Normalised Ratio, een standaardisatie voor de protrombintijd. Een placebogroep werd om ethische redenen weggelaten; eerder onderzoek wees op een fors aantal complicaties als geen enkele preventie plaatsvond.

Methodie

Aanvankelijk werd uitgegaan van tien praktijken met 40.185 patiënten; in deze praktijken werd gescreend bij patiënten >60 jaar op het voorkomen van atriumfibrilleren door het voelen naar de pols, het zoeken naar ICPC-codes en relevante medicatie. Als gevolg van ontoereikende aantallen moesten (helaas) later patiënten uit maar liefst 284 andere praktijken worden toegevoegd. Uitsluitingscriteria waren: leeftijd <60 jaar en aanwezigheid van cerebrovasculaire of cardiale accidenten in de voorgeschiedenis.

Van de 1837 opgespoorde patiënten met atriumfibrilleren konden op grond van insluitingscriteria en ook soms onduidelijke factoren slechts 729 patiënten worden ingesloten voor randomisatie. In groep I (60-78 jaar) werden 141 patiënten behandeld met aspirine, 122 patiënten met lage intensiteit en 131 met normale intensiteit antistolling. In groep II (>78 jaar) werden 178 patiënten behandeld met aspirine en 157 met een lage intensiteit antistolling; het risico op bloedingen bij een normale intensiteit antistolling werd te bij groep II hoog geacht. De primaire eindpunten waren: CVA (inclusief bloeding), systemische embolie, onder andere mesenteriaal, een belangrijke bloeding waar dan ook (onder andere de maag) en cardiovasculair overlijden.

Met behulp van een Cox-regressieanalyse werd het effect van de drie behandelingsmodaliteiten op de eindpunten onderzocht. Afzonderlijk werd ook getracht de bijdrage te bepalen van factoren als leeftijd, geslacht, duur atriumfibrilleren, ischemische hartziekte, dit om mogelijk subgroepen met een hoger risico te karakteriseren. Soortgelijke analyses werden ook uitgevoerd specifiek met het oog op het bloedingsrisico bij de verschillende behandelingsvormen.

Resultaten

Het aantal primaire eindpunten bedroeg 108 bij een gemiddelde follow-up van 2,7 jaar. De totale incidentie op jaarbasis was 5,5 procent; voor het CVA was dit 2,1 procent in de totale populatie, 1 procent in groep I en 4 procent in groep II. In effect verschilden de drie therapie-modaliteiten nauwelijks van elkaar: de hazard ratio (HR) was 0,91 (95%-BI 0,61-1,4) voor de vergelijking tussen lage intensiteit antistolling

en aspirine bij groep I en II gecombineerd. Bij vergelijking van normale intensiteit antistolling en aspirine (alleen in groep I) was de HR 0,78 (95%-BI 0,34-1,8). In beide gevallen was het verschil niet significant.

Analyse van het aantal bloedingen leverde een incidentie voor groep I en II samen op van 1,2 procent; afhankelijk van de therapievorm varieerde dit in groep I van 0,3 tot 0,8 procent en in groep II van 1,9 tot 2,4 procent.

De HR voor bloedingen was in groep I 1,8 bij vergelijking tussen normale intensiteit antistolling en aspirine; het betrouwbaarheidsinterval was echter zeer ruim – 0,16-20 – waardoor niet gesproken kan worden van een significant verschil. Wel werden bloedingen opvallend veel meer bij de oudere groep II dan bij groep I gevonden.

Voor trombo-embolische complicaties bleken leeftijd en hoge bloeddruk een extra risico te vormen; voor bloeding waren leeftijd en comedicatie een extra risicofactor.

Bij alle resultaten dient aangetekend te worden dat het steeds in absolute zin gaat om kleine aantallen; het totaal aantal primaire eindpunten was bijvoorbeeld bij groep I 10, respectievelijk 8 en 12, afhankelijk van de therapie; voor groep II waren dit 37 respectievelijk 41 gevallen.

Conclusie

Bij de asymptomatische patiënten met atriumfibrilleren die in dit grootschalige onderzoek werden gevonden door actieve case-finding, kwamen embolieën relatief zelden voor. Ook wanneer het nadeel van bloedingen in aanmerking wordt genomen, was er geen duidelijk verschil tussen de drie therapie-modaliteiten. De schrijvers geven daarom, mede in verband met de eenvoud van de therapie, de voorkeur aan behandeling met aspirine. Deze resultaten zijn echter in tegenspraak met de resultaten van andere trials, zoals de AFASAK en de SPAF.² Daarin werd een zeer duidelijke risicoreductie gevonden bij antistollingstherapie, zelfs bij lagere intensiteit. Nu zijn in deze andere trials patiënten met een hoger risico ingesloten: meestal naar de (poli)kliniek verwezen patiënten die een hogere kans op cerebrovasculaire eindpunten hebben. Bij de PATAF-studie zijn juist de patiënten met een hoger risico uitgesloten, hetgeen waarschijnlijk het gering aantal eindpunten en het beperkte effect van interventie verklaart.

Commentaar

In dit onderzoek is de valkuil van een geselecteerde tweedelijns populatie vermeden. Volgende patiënten konden worden gerandomiseerd en in de follow-up worden gehouden –

voorwaar een prestatie van formaat. Helaas heeft het niet opgeleverd wat gehoopt was. Enerzijds komt dit doordat de 'power' van het onderzoek te laag is; de schrijvers beseffen dat terdege en geven dat ook aan. Bij deze populatie was het aantal trombo-embolische complicaties en bloedingen veel lager dan verwacht. Anderzijds komt dit doordat, achteraf bekeken misschien onnodig(?), een placebogroep is weggelaten. Misschien zou dan naar voren zijn gekomen dat complicaties zo weinig voorkomen, dat zelfs het geven van aspirine nauwelijks meerwaarde heeft. Ook dit wordt overigens door de schrijvers zelf naar voren gebracht.

Daarnaast zijn er drie onduidelijkheden.

- De populatie uit de eerste tien praktijken is duidelijk: hier werd systematisch gescreend op atriumfibrilleren bij patiënten >60 jaar. Hierdoor konden de prevalentie en de comorbiditeit nauwkeurig worden bepaald. Wie uit de andere praktijken werden opgenomen, is echter onduidelijk.
- Een tweede probleem wordt gevormd door de uitsluitingscriteria: hartfalen wordt in hoofdstuk 6 (pagina 70) niet genoemd, maar wel in hoofdstuk 5. Waarschijnlijk zijn patiënten met hartfalen echter uitgesloten, dit in tegenstelling tot de andere grote trials, waarbij hartfalen juist frequent als comorbiditeit voorkwam bij NRA. Voorts vraag ik mij af of een INR tussen 1,1 en 1,6 een niet al te lage intensiteit antistolling betekent; het lijkt erop dat deze waarde dicht tegen de normale range ligt. De andere onderzoeken hanteren overigens ook hogere waarden INR wanneer zij spreken over lage intensiteit antistolling.
- De belangrijkste vraag is door dit onderzoek niet afdoende beantwoord: is de systematische opgespoorde patiënt met NRAF uit de PATAF-studie representatief voor het type patiënt dat de huisarts ziet? Vaak zal de huisarts de patiënt met atriumfibrilleren zien, omdat deze klachten heeft, zoals hartkloppingen, decompensatieklachten en moeheid. Deze patiënten zullen vaak voldoen aan de uitsluitingscriteria van de PATAF-studie. Moet de huisarts deze patiënten dan toch weer behandelen met antistolling en de bij toeval ontdekte patiënt met aspirine of zelfs helemaal niets? Intuïtief wordt wel duidelijker in welke richting een standaard zou moeten gaan, maar er zijn nog onvoldoende gegevens om dit exact aan te geven. Die standaard zal dus wel even op zich laten wachten.

Ten slotte wil ik wijzen op een aantal lezenswaardige hoofdstukken – over de betekenis van echografie als aanvullende risico-inschatting, de stabiliteit van antistollingsregeling en

alternatieven voor controle van antistolling – die buiten de bespreking zijn gebleven.

Simon Verhoeven

- 1 Cannegieter SC, Torn M. Antistollingsbehandeling bij patiënten met atriumfibrilleren. *Hartbulletin* 1997;28:22-4.
- 2 Thomson C, McElroy H, Sudlow M. Guidelines on anticoagulant treatment in atrial fibrillation in Great-Britain: variation in content and implications for treatment. *BMJ* 1998;279:1273-7.

Naschrift

De PATAF-studie is uitgevoerd bij patiënten met atriumfibrilleren *zonder* klepaandoeningen, ernstig hartfalen, cardiomyopathie, CVA, trombo-embolie of recent myocardinfact. Deze selectie is gemaakt, omdat wij wilden onderzoeken of er voor deze groep een indicatie voor antistolling met coumarine is. Om de primaire preventie te kunnen onderzoeken, hebben wij niet gekeken naar ‘secundaire’ indicaties; daarbij gaat het om een ander risico. Het is onjuist dat alleen patiënten met asymptomatisch atriumfibrilleren zouden zijn opgenomen: een belangrijk deel van de PATAF-patiënten werd gevonden via medicatie-searches (op lanoxin bijvoorbeeld), en omdat patiënten zich eerder tot de huisarts hadden gewend met klachten. Op grond van de literatuur en ons onderzoek concluderen wij dat huisartsen er goed aan doen patiënten met atriumfibrilleren, maar zonder comorbiditeit die antistolling met coumarines rechtvaardigt, aspirine (100-160 mg) voor te schrijven ter preventie van arteriële trombo-embolieën.

De patiënten bij wie trombo-embolieën weinig voorkwamen, waren de ‘jongere’ patiënten, groep I. Dat wil niet zeggen dat juist deze patiënten geen symptomen van atriumfibrilleren hadden. Zowel groep I als groep II bevatte patiënten met en zonder symptomen van atriumfibrilleren. Ongeveer 30 procent van de patiënten uit de onderzoeksgroep had bij aanvang al aspirine als preventief middel; hiermee werd gestopt vóór de randomisatie. Onbetwist blijft dat patiënten met atriumfibrilleren een duidelijke risicogroep vormen, ook in de huisartspraktijk.

De publicatie van de SPAF-studie maakte het opzetten van een placebo-arm onmogelijk. Op grond van de PATAF-studie zou echter voor een subgroep patiënten opnieuw kunnen worden overwogen of aspirine of coumarine wel nodig is, gezien het klaarblijkelijk lage risico voor trombo-embolieën.

Drie onduidelijkheden

- Het is niet juist dat aanvankelijk slechts in tien huisartspraktijken gezocht is; deze praktijk-

ken leenden zich door praktijkvoering en inzet tot een optimale screening, met actieve opsporing, onder andere door middel van polsvoelen. Al bij het begin behoorden echter heel Limburg en een deel van Brabant tot het PATAF-werkgebied; later zijn daar nog andere praktijken bijgekomen. Uiteindelijk leverde dat in totaal 284 praktijken op. In die praktijken is zo actief mogelijk gezocht naar incidentie en prevalentie gevallen van non-valvulair atriumfibrilleren. Welke patiënten werden ingesloten, hing af van de in-en exclusiecriteria. De aantallen patiënten per praktijk hingen natuurlijk ook samen met de praktijksamenstelling, de bereidheid patiënten actief te benaderen, de medewerking van de praktijkassistenten, etc. Er is dus op patiënniveau geen selectie opgetreden, althans voor zover wij konden waarmaken.

De ‘onduidelijke factoren’ bij niet-inclusie waren vaak persoonlijke redenen om, ondanks geschiktheid, niet mee te doen aan een onderzoek met een potentieel niet-risicoloze onderoeksmedicatie. De aanwezigheid van een dergelijke groep is voor de onderzoekers een teken dat de ‘informed consent’ goed is toegepast en dat patiënten weloverwogen meededen. Ook voor de dagelijkse praktijk betekent dit dat patiënten niet automatisch zullen kiezen voor een dergelijke preventieve medicatie.

- Ten aanzien van het hartfalen werd als exclusie criterium een LVEF <40% gehanteerd; was asthma cardiale in de anamnese een exclusie criterium. Omdat de PATAF-studie plaatsvond in de huisartspraktijk, is niet van iedere patiënt bij inclusie een echocardiogram gemaakt. Bij enige patiënten heeft zich gedurende de studie hartfalen voorgedaan. Patiënten met ernstig hartfalen werden dus op grond van de exclusiecriteria uitgesloten. Bij de mildere vormen van hartfalen is het op grond van de literatuur niet duidelijk of een preventieve coumarine- of aspirinetherapie gewenst is, zodat we gerechtigd waren deze groep in te sluiten.

- Er is in de literatuur verwarring omtrent de benaming ‘lage intensiteit antistolling’: diverse auteurs geven verschillende benamingen voor verschillende intensiteiten. De benaming ‘zeer lage intensiteit’ komt echter het meest frequent voor bij de door ons gebruikte dosering, terwijl voor de INR 2,5-3,5 ook wel de benaming ‘lage intensiteit’ wordt gebruikt. De werking bij een zeer lage intensiteit van 1,1-1,6 is in een aantal onderzoeken aangetoond; in de PATAF-studie waren de preventieve resultaten echter even goed (of slecht) als die van aspirine.

Machteld Langenberg
Bepie Hellemons

Mededelingen voor de Agenda in nummer 1 van de volgende jaargang moeten op uiterlijk 7 december in het bezit zijn van het redactie-secretariaat.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 25 november.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

■ Natuurlijk omgaan met vruchtbaarheid

Utrecht, 27 november 1999.

Symposium. Inlichtingen: drs. G.J. Pruijm, tel. 0626766373 (wo en vr, 10-16 uur).

Research on quality of care. Study designs and applications

30 november – 2 december, 25 januari 2000.

Cursus voor onderzoekers en kwaliteitsfunctionarissen, georganiseerd door Nihes en Care. Inlichtingen: dr. M. Wensing, tel. 024-3614227; e-mail m.wensing@hsv.kun.nl.

9de Gezond Onderwijs Congres

Veldhoven, 2-3 december.

Inlichtingen: mw. José Coolen, Kongresservice Brabant, tel. 040 2545215; fax 040 2546566; e-mail GOC@koningshof.nl.

■ Infectieziektes

Utrecht, 9 december.

PAO-H-cursus. Inlichtingen: E. Sickmann, tel. 033-4229998

Evidence-based medicine in de klinische praktijk

Amsterdam, 17-19 januari 2000.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 24 februari 2000.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

■ Ethics and palliative care

Nijmegen, 6-8 april 2000.

Internationale cursus. Inlichtingen: dr. B. Gordijn, tel. 024 3615320, fax 024 3540254; e-mail b.gordijn@efg.kun.nl.

■ A breath of fresh air

Crieff, Scotland, 14-16 april 2000.

Spring symposium Royal College of General Practitioners. Inlichtingen: tel. 0044 1224 840761, fax 0044 1224 840762; e-mail jm36@dia1.pipex.com.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 25 mei 2000.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

WONCA Europe regional conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.

Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax . +43 1 405138323.

- betekent: eerste vermelding.