

weinig te maken. Wij hebben de casus in ons commentaar gebruikt om een aantal mogelijk structurele problemen van triage te behandelen en niet om het beleid bij een acute gastro-enteritis of het adequaat autoriseren te bespreken. Het vol-

gen van protocollen gaat vaak iets moeilijker dan het simpel afvinken van een aantal kenmerken van een klacht en daarvoor vroegen wij aandacht. Dat het vroeger volgens Van Giessen slecht was, betekent nog niet dat het nu beter gaat. Er is

veel gemopper door patiënten, er zijn lang niet overal ervaren assistentes en lang niet overal is er een aparte telefoon-dokter. Inderdaad, wij zijn en blijven voorlopig toch maar twijfelaars.

Joost Zaat, Ger van der Werf

Cochrane-reviews

Behandeling van chronisch astma

Adams N, Bestall JM, Jones PW. *Fluticasone versus beclomethasone or budesonide for chronic asthma (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software*.

Achtergrond Inhalatiecorticosteroïden (ICS) zijn een belangrijke pijler in de behandeling van chronisch astma. Over de werkzaamheid van ICS in het verminderen van de klachten en het verbeteren van de longfunctie bij deze patiëntengroep (stap 2 NHG-Standaard) bestaat geen twijfel. Alleen wanneer er sprake is van een milde of intermitterende vorm van astma kan volstaan worden met het gebruik van een bètamimeticum (stap 1). Naast het al langer gebruikte beclometason (BDP) en budesonide (BUD), is sinds enige jaren ook fluticason (FP) beschikbaar. Van dit laatste middel is in vitro aangetoond dat het sterker werkzaam is dan BDP (tweemaal sterker) en BUD (25% sterker). Dit zou kunnen betekenen dat FP met een in potentie vergelijkbare dosis even werkzaam is of mogelijk zelfs een betere controle van de astma zou geven dan de andere twee middelen.

Doel Het doel van deze review was dan ook de werkzaamheid en veiligheid van FP te vergelijken met die van BDP of BUD bij de behandeling van patiënten met chronisch astma.

Zoekstrategie en insluiting Als basis van de zoekstrategie zijn de auteurs uitgegaan van de Cochrane Airways Group Trial Register. Vervolgens zijn de referenties van gevonden trials onderzocht, zijn de onderzoekers en farmaceutische

bedrijven benaderd voor aanvullende onderzoeken en als laatste zijn de abstracts van de grote congressen (1997-1999) nagezocht op aanvullende onderzoeken. Alleen prospectieve en gerandomiseerde trials, zowel bij volwassenen als kinderen (vanaf 2 jaar), die FP vergeleken met BDP of BUD werden geselecteerd. Alleen dosisaërosols als poederinhalators waren toegestaan, vernevelaars niet. Als belangrijkste uitkomstmaat werd gekeken naar het effect op de longfunctie (FEV₁ en PEF). Secundaire uitkomstmaten waren: symptoomreductie, extra gebruik van bètamimetica, kwaliteit van leven, exacerbaties en systemische bijwerkingen.

Resultaten Uiteindelijk zijn 42 onderzoeken met wisselende methodologische kwaliteit bij in totaal meer dan 10.000 patiënten geïncludeerd (26 met redelijke of hogere Jadad-score). Drieëndertig procent was uitgevoerd bij kinderen. Vooral onderzoeken waarbij de dosisverhouding FP: BDP/BUD gelijk was aan 1:2 (= vergelijkbare werkzame dosis) zijn onderzocht. In deze verhouding werd een significant grotere FEV₁ (gewogen gemiddeld verschil: 0,11 liter), ochtend-PEF (verschil 13 l/min) en avond-PEF (11 l/min) gevonden in de fluticasongroep vergeleken met de andere middelen. Alhoewel het gebruik van verschillende symptoomscoringlijsten de vergelijking beperkt maakt, lijken er geen significante verschillen in symptomen tussen de groepen te bestaan. Hetzelfde geldt voor de frequentie van exacerbaties of het gebruik van extra bètamimetica. Bij het gebruik van een hoge dosis van FP werden meer bijwerkingen in de vorm van heesheid en faryngitisklachten gemeld.

De reviewers concluderen dat FP een kleine verbetering van de longfunctie geeft ten opzichte van BUD of BDP (in de 1:2-verhouding), maar een hogere kans op bijwerkingen bij het gebruik van hogere doses.

Commentaar

Het starten van een behandeling met ICS bij patiënten met astma is in Nederland bij uitstek een taak van de huisarts. Farmaceutische industrieën proberen de huisarts te overtuigen van de superioriteit van hun product. Een onafhankelijke beoordeling, bij voorkeur in de vorm van een systematische review is daarom van groot belang. Alhoewel fluticason een significante verbetering van de longfunctie lijkt te geven, is het verschil met de andere twee producten te klein om het voorschrijfbeleid aan te passen. Een meta-analyse van de symptoomreductie was door de diversiteit van de scoringslijsten in de diverse onderzoeken niet goed mogelijk. Duidelijk lijkt wel dat bij een in potentie vergelijkbare dosis geen klinisch significante verschillen gevonden werden en daar gaat het uiteindelijk om. Hetzelfde geldt voor de andere onderzochte uitkomstmaten. In een andere recent verschenen Cochrane-review is de werkzaamheid tussen budesonide en beclometason vergeleken en wordt geconcludeerd dat deze gelijk is. Dit betekent dat er sprake is van drie werkzame en vergelijkbare producten en dat met de nu beschikbare informatie er geen expliciete voorkeur voor FP boven BUD of BDP gegeven kan worden. In de NHG-Standaard 'Astma bij volwassenen: behandeling' wordt dit dus terecht ook niet gedaan. Ervaring van de huisarts met

een van de producten en een uniform voorschrijven van inhalatieapparaten bij een patiënt zijn vooralsnog belangrijker. In hun eigen commentaar geven de auteurs aan dat hun eigen review eigenlijk al achterloopt. Er zijn nog acht RCT's (uit de periode 1999 en 2001) niet in deze review opgenomen. Het is dus niet

onmogelijk dat een update van deze review de conclusie doet veranderen. Met name over het effect van hogere dosis fluticason bij ernstiger astma in vergelijking met budenocide of beclometason zouden aanvullende gegevens kunnen komen. Het is echter niet ondenkbaar dat bij deze hogere doses van FP meer systemische

bijwerkingen gemeld zullen gaan worden en meer lokale bijwerkingen zullen blijken te bestaan. Het is nog de vraag hoe deze verhouding tussen werkzaamheid en bijwerkingen zal uitpakken.

Patrick Bindels

Boeken

Oprichten van gezondheidscentrum of HOED

Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of HOED. Utrecht: LVG, 2002. 140 pagina's, ISBN 90-72225-35-x. Te bestellen door € 35,- over te maken naar bankrekening 69.93.64.779 t.n.v. LVG Utrecht, onder vermelding van de titel.

Het handboek bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt uitgebreid en stapsgewijs het proces beschreven dat doorlopen wordt bij de oprichting van een gezondheidscentrum en HOED. Allereerst wordt een visie gegeven over de 'georganiseerde eerstelijnszorg' waarin de verschillende mogelijkheden van samenwerkingsverbanden worden gegeven. Vervolgens wordt aan de hand van een stappenplan aangegeven welke beslissingen wanneer genomen moeten worden. Uitgebreid aan bod komen: het vormen en onderhouden van draagvlak bij deelnemers en externe partijen, het maken en uitvoeren van een visieplan, de organisatie van de praktijk, samenwerking met anderen binnen en buiten de praktijk, de locatie, het gebouw en de financiering. In het tweede deel worden drie scenario's uitgewerkt van de oriëntatiefase tot en met de opening en start van de praktijk. Het gaat dan om de oprichting van een gezondheidscentrum in een bestaande wijk, de oprichting van een gezondheidscentrum in een nieuwbouwwijk en de overgang van een solo- of duo-praktijk naar een HOED. De delen zijn ook afzonderlijk leesbaar.

Het boek is, evenals de vorige publicaties van de LVG, vlot geschreven met een helder opbouw, waarbij belangrijke zaken overzichtelijk worden samengevat in de tekst. Achterin het boek staan bijlagen met handige schema's. De schrijver heeft het boek allereerst geschreven voor 'trekkers', 'kwartiermakers' of projectleiders voor een te starten gezondheidscentrum of HOED. Ik vind het geschikt voor iedere eerstelijnsgroep die erover denkt een samenwerkingsverband op te zetten of daar al mee bezig is. Hoewel misschien niet iedereen zo schematisch en ordelijk te werk zal gaan als in het handboek staat beschreven, vormt het een praktische leidraad. Het is zonde van de tijd dit allemaal zelf te bedenken!

Sonja Voskuil

Praktijkverpleegkundige zorg voor COPD-patiënten

Guda van Weelden, Joris IJzermans, Jeroen Schumacher. Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. Triozorg in de praktijk. Utrecht: NIZW, 2002. 99 pagina's, € 13,50. ISBN 90-5050-944-4. Besteladres: NIZW-Uitgeverij, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht.

Dit boekwerkje is een verslag van een kwalitatief onderzoek naar praktijkverpleegkundige zorg in de huisartspraktijk voor patiënten met COPD. Gekozen werd voor een groepsinterview van twee praktiserende huisartsen en vijf verpleegkundigen met een beleidsondersteunende functie. Interviews per discipline zijn gehouden met zes praktijkverpleegkundi-

gen, vijf huisartsen en drie praktijkassistenten. Een praktijkassistente werkzaam in een solopraktijk ontbrak in deze groep. Uitgangspunt voor de beschreven zorg is dat de huisarts de COPD-patiënt ziet en daarna verwijst naar de praktijkverpleegkundige. Het accent van de praktijkverpleegkundige zorg ligt in het bevorderen van zelfmanagement van de patiënt, met als belangrijkste interventie het stoppen met roken. Het spirometrieonderzoek, de voorlichting en bewaking van de medicatie kunnen zowel door de praktijkassistente als door de praktijkverpleegkundige verricht worden.

Uit het onderzoek bleek dat de invoering van deze praktijkverpleegkundige zorg niet direct leidt tot vermindering van de werkdruk in de praktijk. Er worden namelijk drie nieuwe elementen tegelijkertijd ingevoerd in de huisartspraktijk. Zo wordt diagnostiek van COPD in de eerste lijn gehaald, de nieuwe functie van praktijkverpleegkundige in de praktijk geïntroduceerd en krijgt spirometrie een plaats in de betreffende praktijk. Deze drie nieuwe aspecten vragen extra tijd, inzet en scholing.

Het onderzoeksverslag merkt op dat de praktijkverpleegkundige zich moet verdiepen in de werkwijze van de huisartspraktijk. Het belang van een effectieve samenwerking van huisarts en praktijkverpleegkundige en van de praktijkverpleegkundige en praktijkassistente wordt duidelijk aangegeven. De onderzoekers hebben uit de reacties van de respondenten een aantal essentiële stappen kunnen afleiden, die kunnen worden toegepast bij de introductie van de praktijkverpleeg-