

## De herziene CBO-richtlijn Osteoporose en de huisarts

In maart 2002 publiceerde het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO de tweede herziening van de richtlijn Osteoporose.<sup>1</sup> Deze richtlijn is tot stand gekomen in samenwerking met zowel het Nederlands Huisartsen Genootschap als de specialistische verenigingen betrokken bij diagnostiek en behandeling van osteoporose. Het is – volgens een commentaar in het NTVG – met recht een breed gedragen standaard voor de klinische praktijk,<sup>2</sup> die in een aantal opzichten afwijkt van eerder verschenen rapporten zoals het Gezondheidsrapport uit 1998<sup>3</sup> en de herziene NHG-Standaard uit 1999.<sup>4</sup> Hart stelt dat 'het het beste lijkt dat zowel huisartsen als specialisten aan de slag gaan met deze nieuwe en doordachte richtlijn van het CBO'.<sup>2</sup> Met name op het gebied van casefinding en de behandelingsadviezen verschillen de NHG-Standaard en de CBO nogal wat. Gezien het feit dat de CBO-richtlijn mede tot stand is gekomen in samenwerking met het NHG, vraag ik mij als praktiserend huisarts nu af wat het advies van het NHG is op het gebied van casefinding en de behandeling met bisfosfonaten: de huidige NHG-Standaard volgen of de nieuwe CBO-richtlijn?

AJM Boermans, huisarts

1. Osteoporose. Tweede herziene richtlijn. Utrecht: kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO, 2002.
2. Hart W. Nieuwe CBO-richtlijn 'Osteoporose'; breed gedragen standaard voor de klinische praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1352-4.
3. Gezondheidsraad. Commissie Osteoporose. Preventie van aan osteoporose gerelateerde fracturen. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1998.
4. Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, Matser A, Pigmans V, Bolhuis A, et al. NHG-Standaard Osteoporose. *Huisarts Wet* 1999;42:1150-28.

### Antwoord

Collega Boermans vraagt zich af hoe in de praktijk om te gaan met verschillen tussen de zojuist verschenen CBO-richtlijn en de uit 1999 daterende NHG-Standaard Osteoporose.

Direct na het verschijnen van de NHG-Standaard startte de CBO-richtlijnenwerkgroep. Op basis van uitvoerige discussie en voortschrijdend wetenschappelijk inzicht tijdens de looptijd van de werkgroep is in deze werkgroep een groot aantal richtlijnen geformuleerd. Deze richtlijnen liggen volgens ons echter heel dicht tegen die van het NHG aan. Het belangrijkste verschil is een uitbreiding van situaties waarin case-finding bij ouderen wordt *overwogen*.

Deze uitbreiding is op zichzelf niet direct evidence-based, maar is gebaseerd op interpretatie van relatief nieuwere, losse stukken wetenschappelijk bewijs over risicofactoren voor osteoporose. In de NHG-Standaard waren (vermoedelijke)

fracturen en gebruik van corticosteroïden al aanleiding om behandeling te overwegen. In de CBO-richtlijn worden daar combinaties van risicofactoren aan toegevoegd. Een BMD-meting en eventuele behandeling kan worden overwogen indien vanaf 60 jaar drie, en vanaf 70 jaar twee van de volgende factoren aanwezig zijn: positieve familieanamnese, laag lichaamsgewicht of ernstige immobiliteit. Het NHG stelt zich als doel om voor de eigen doelgroep de richtlijnen (die we nog steeds in eigen standaarden blijven samenvatten) zo scherp mogelijk te formuleren, waarbij op basis van huisartsgeneeskundige principes vaak een terughoudende vertaling naar de praktijk volgt. De CBO-richtlijn is daarentegen meer gericht op de wederzijdse aanvulling in gemeenschappelijke zorg. Er is in deze zin geen sprake van elkaar tegensprekende richtlijnen. Ook de in de NHG-Standaard geformuleerde richtlijnen voor hormonale therapie bij osteoporose staan voor goed beleid.

We proberen een CBO-richtlijn zo snel mogelijk te laten volgen door een herziening van een NHG-Standaard. Helaas is dit voor dit onderwerp niet gelukt, hetgeen tot verwarring kan leiden. Wij willen de NHG-Standaard in 2003 herzien, waarbij de CBO-richtlijn waar mogelijk zal worden ingepast.

Arnold Romeijnders  
Pim Assendelft

## Boeken

### De toekomst van de zorg

Vulto ME. *Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers. Op weg naar 2020. Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG), 2002. 261 pagina's, € 27.- ISBN 90-352-2490-6.*

De Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg is een onafhankelijke organisatie voor toekomstverkenning en strategieontwikkeling in de gezondheidszorg. VWS

heeft de STG gevraagd een visie te ontwikkelen op de behoefte aan en aanbod van verpleging, verzorging en dienstverlening met optimale keuzevrijheid en kwaliteit ten behoeve van langdurige zorggebruikers in 2020. Het gaat daarbij met name om ouderen. De STG ging ervan uit dat vraagsturing en marktwerking in de sector verpleging en verzorging zouden zijn doorgevoerd.

Het project is door *kennisfusie* gereali-

seerd. Men heeft met een aantal sleutelfiguren een gesprek gehad en elf van hen gevraagd een essay te schrijven. Daarmee is een lijvig rapport tot stand gekomen met veel waardevolle informatie over de toekomst van de zorg. Ik zal volstaan met enkele opmerkingen. Brinkgreve stelt in haar essay mijns inziens de terechte vraag of het taalgebruik en de begrippen van vandaag nog wel gehanteerd kunnen worden om de toekomst te voorspellen.

Hoewel het kortgeleden nog gehanteerde begrip 'product' en het afschuwelijke 'productie draaien' (Mootz) misschien nog wel in ambtelijke kringen worden gebruikt, lijken deze begrippen langzamerhand uit het taalgebruik te verdwijnen. Van Houten stelt terecht dat voor de cliënt de zorg niet zozeer een *product* is, maar een *relatie* en dat het gaat om de kwaliteit van de relatie en niet van het product. Dat neemt niet weg dat ook in de toekomst de zorgverleners wel degelijk aangesproken kunnen worden op de kwaliteit van hun kennis en vaardigheden. Men ziet in de toekomst meer in een persoonsgerichte zorg, waarbij de verschillende vormen zoals de medische en maatschappelijke zorg, inclusief het wonen, goed op elkaar zijn afgestemd. Dit zal dan op wijkniveau moeten worden uitgevoerd naar het voorbeeld van enkele pioniersprojecten zoals in IJburg te Amsterdam, Moerwijk te Den Haag en in het landelijke Friese Trynwâlden.

Er wordt in het rapport gesproken over een noodzakelijke verandering in het denken van vooral de beleidsbepalers. Dat is 'het oude denken los laten en komen tot een creatieve en vruchtbare samenwerking' op de terreinen van gezondheid, welzijn en wonen in de wijk. De conclusies van het rapport zijn samengevat in een aantal voorwaarden, keuzes en dilemma's op micro-, meso- en macroniveau. Het valt te hopen – vooral in het belang van de toekomstige ouderen, chronisch zieken en gehandicapten – dat ten minste enkele van de beleidsvoornemens zullen worden gerealiseerd.

H.J. Dokter

## Richtlijn enkeldistorsie

De Bie RA, Heemskerk MA, Hendriks HJ, Lenssen AF, Moorsel van S, Rondhuis G, et al. KNGF-richtlijn enkelletsel. Amersfoort: KNGF, 2002.

Ook fysiotherapeuten kennen standaarden (KNFG-richtlijnen), bedoeld als leidraad voor het (fysiotherapeutisch) handelen. Net zoals bij het NHG wordt een

breed samengestelde werkgroep geformeerd, die vooral op grond van uitgebreid literatuuronderzoek richtlijnen opstelt, primair voor intern gebruik. Recent verscheen de richtlijn 'Chronisch Enkelletsel' die zich vooral op chronische enkelklachten richt en richtlijnen geeft over diagnostiek en behandeling.

De NHG-Standaard Enkeldistorsie beperkt zich tot het conservatieve beleid, meteen na het trauma. Rust, ijs, *bracing/taping* en oefeningen leiden meestal tot een functioneel herstel. Slechts bij een kleine groep is een actiever beleid (*casting*, loopgips, operatie) noodzakelijk. Met dit beleid herstelt 90-95% van de patiënten met een enkeldistorsie zonder restklachten. Restklachten door onvoldoende herstel, zes weken na het trauma, zijn zeldzaam en betreffen pijn, stijfheid, krachtverlies en verlies van proprioceptie. Als gevolg hiervan klagen patiënten over pijn en bewegingsbeperking of verzwikken zich regelmatig (instabiliteit). In deze fase volstaat meestal een intensieve begeleiding door een fysiotherapeut.

In de KNGF-richtlijn vallen al meteen de epidemiologische gegevens op: na een traumatisch enkelletsel zou 'een groot deel (10-60%) restklachten behouden'. En 'een jaar na het letsel zou 10-40% nog instabiliteit ervaren'. De NHG-Standaard wijst er echter op dat deze klachten tot weinig concrete belemmeringen leiden. De KNGF-richtlijn concentreert zich verder voornamelijk op de functionele instabiliteit, volgens de NHG-Standaard een subjectieve klacht, die niet gelijkstaat met mechanische instabiliteit.

Om tot de diagnose te komen beveelt de KNGF-richtlijn aan gebruik te maken van een visuele analoge schaal (VAS) en een ganganalyseslijst (GALN). De diagnostiek dient er om te beoordelen of fysiotherapeutisch handelen wel zin heeft en of er alleen functionele instabiliteit bestaat, of dat er ook opnieuw weefsel schade is.

Bij de behandeling staat de hulpvraag van de patiënt centraal. De opbouw moet bestaan uit herstel van het looppatroon en herstel van de gestoorde enkel functie, beide met stapsgewijze intensivering en afgestemd op de specifieke eisen bij deze

persoon. Voorlichting en advies, preventief tappen of een brace, coördinatie- en balanstreining, trainen van kracht, uithoudingsvermogen en proprioceptie. De VAS en GALN kunnen daarbij worden gebruikt om het beloop van de klacht en het resultaat van de behandeling te evalueren. De standaard geeft aan dat na zes weken er positieve effecten moeten zijn en indien niet aanwezig, wordt terugverwezen naar de verwijzend arts. Aan de patiënt wordt bij sport een brace (voorkeur boven een tape) geadviseerd, niet tijdens training, maar wel tijdens wedstrijdsport. De KNGF-richtlijn besluit met aanwijzingen voor de verslaggeving naar de verwijzend arts.

In de toelichting van de richtlijn worden de (literatuur)achtergronden nader uitgewerkt. In het stukje over de differentiële diagnose is de vermelding opvallend dat een 'voorste schuifladetest zonder verdoving minder betrouwbaar is en slechts geringe prognostische waarde heeft'. Beoordeeld werden 21 gerandomiseerde klinische onderzoeken en 2 systematische reviews. Interessant is een tabel met gradering naar (in de literatuur) bewezen effectiviteit op functionele instabiliteit en voorkomen van recidieven. Er is sterk bewijs voor de effectiviteit van een brace en tape; matig bewijs voor training van de proprioceptie en functionele training (oefentherapie) en beperkt bewijs voor spierkrachttraining. Voor het nut van fysieke therapie (laser, elektrotherapie, ultrageluid), manuele mobilisatie, aangepast schoeisel en looptraining ontbreekt het bewijs.

Deze KNGF-richtlijn sluit goed aan bij de NHG-Standaard Enkeldistorsie. Voor de verwijzend (huis)arts is het echter van belang te realiseren dat de subjectieve score van de patiënt (VAS) een belangrijke rol speelt bij de evaluatie en eventueel vervolg van de fysiotherapeutische behandeling.

T.C. Verheij