

sterk op onderwijs gericht, terwijl door mij de *methode* ter discussie werd gesteld. De bezwaren tegen de gebruikte consultvoeringsmethode(n) zijn eerder door Pieters zelf geformuleerd, zoals de ideologische achtergrond, het ontbreken van een wetenschappelijke basis en dan met name het ontbreken van effectiviteitsonderzoek bij patiënten. De methode is niet aan de medische situatie, maar aan het *case-work* ontleend. Dat wrekt zich en draagt bij aan het beeld dat de huisarts een medisch-maatschappelijk werker is. Niemand twijfelt aan de grote betekenis van communicatie en het ontwikkelen van een goede arts-patiëntrelatie. Dit zijn echter middelen en geen doelen, aldus de psychologe Jozien Bensing. Bij haar onderzoek bleek dat er nauwelijks een correlatie tussen 'tevredenheid' en kwaliteit van zorg bestond. Consultvoering behoort de specifieke huisartsgeneeskundige benadering te omvatten. Deze wordt naast vraagverheldering gekenmerkt door het inschatten van de ernst van de situatie/probleem. De meeste patiënten vragen naar een prognose: 'Kan het kwaad, dokter?' Daarnaast is bekend dat huisartsen – zeker aanvankelijk – geen diagnose kunnen/moeten stellen, maar wel de ernst en de prognose moeten inschatten. Onderzoek van Luc van Berkestijn toonde aan dat huisartsen niet genoeg naar alarmsignalen vragen, risicofactoren nagaan en dóórvragen. Dat leidt tot fouten, zoals eerder vermeld. Patiënten willen informatie en dat vereist een klinische dans, omdat soms de patiënt en soms de dokter de leiding moet nemen. Hoe integreer je de gedragswetenschappelijke met de medische benadering en hoe pas je de moeizaam verworven huisartsgeneeskundige kennis toe? Ik neem aan dat de auteurs het met mij eens zijn dat alleen huisartsen over huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden beschikken. In mijn artikel staat dan ook *niet* dat huisartsen betere docenten zijn, wel dat deze dagelijks de klinische dans uitvoeren. Het moderne contextleren sluit daarbij aan en dat pleit voor een grotere rol van de praktijk en de huisarts-opleider.

R.A. de Melker

Antwoord

Met De Melker zijn wij het eens dat huisartsen dagelijks met hun patiënt een klinische dans uitvoeren. Hoe het uitvoeren van deze dans het beste uitgevoerd kan worden staat ter discussie. In ons artikel adviseren wij geen rigide model te hantieren zoals indertijd werd gepropageerd bij de introductie van Methodisch Werken in 1976 (H&W 1976;19:366-7). Wij zijn het met De Melker eens dat het klakkeloos toepassen van deze methode, ook al is deze door de jaren heen aangepast, op elk willekeurig consult geen goede zaak is. Wij stelden ons de vraag wanneer en in welke situaties verschillende consultvoeringsvaardigheden moeten worden toegepast. Natuurlijk is de huisarts zelf de aangewezen persoon om daar een goed antwoord op te geven en niet een gedragswetenschapper. Wij gaven de suggestie dat je een minimum vereiste aan vaardigheden zou kunnen opstellen, zoals regie houden, hulpvraag verhelderen, empathie, en handelen volgens de NHG-Standaarden, inclusief het alert zijn op alarmsignalen en goed oog hebben voor risicofactoren. Dit is volgens ons een juiste integratie van gedragswetenschappelijke en huisartsgeneeskundige kennis. In daarvoor aangewezen situaties, bijvoorbeeld bij klachten waarbij het niet aan het begin van het consult al duidelijk is welke het kant het opgaat, adviseren wij om de stappen uit het systematisch werken op een goede manier te doorlopen om geen fouten te maken. De methode blijft een hulpmiddel en dient inderdaad geen doel op zich te worden.

Met het antwoord van De Melker op de vraag wie de dansleraar zou moeten zijn, zijn wij het eens; wij hebben in ons artikel ook aangegeven dat de huisarts-opleider hier een belangrijke rol zou moeten spelen. Dat betekent niet dat gedragswetenschappers geen bijdrage kunnen leveren aan het trainen van bepaalde consultvoeringsvaardigheden.

Ron Pieters

De beperkte winst van losartan

In de augustusuitgave van *Huisarts en Wetenschap* (H&W 2002;45(9):445) schrijft Zaat over 'weinig echte winst' met losartan en verwijt de onderzoekers van het LIFE-onderzoek¹ selectiviteit in hun conclusies. De conclusie over de winst voor arts en patiënt wordt geïllustreerd aan de hand van 13% relatieve risicoreductie van het primaire eindpunt CV-dood, myocardinfarct en CVA's. Deze risicoreductie komt bovenop de 40% reductie door bètablokkers.² In dit opzicht is het LIFE-onderzoek uniek. In geen enkel vergelijkend onderzoek tussen twee actieve hypertensiebehandelingen (STOP-2, CAPPP, NORDIL) is tot op heden een significant verschil aangetoond.

De winst voor de patiënt wordt het beste geïllustreerd aan de hand van de additionele reductie van 25% voor CVA's ten opzichte van atenolol.¹ De belangrijkste uitkomst van het LIFE-onderzoek blijft in het redactionele artikel onbesproken. Een huisarts moet 50 patiënten gedurende de duur van de studie (4,8 jaar) met losartan behandelen in plaats van atenolol om één CVA te voorkomen. Dit gegeven is aangetoond bij hypertensiepatiënten met LVH, dat bij een belangrijk deel (20-40%) van de hypertensiepatiënten voorkomt. In Nederland worden 680.000 patiënten behandeld voor hoge bloeddruk, waarvan verhoudingsgewijs de grootste groep wordt behandeld met een bètablokker (eventueel in combinatie met andere middelen). Behandeling met losartan kan een substantiële bijdrage leveren aan het groeiende probleem van de sterk invaliderende en kostbare CVA's. De kosten van de zorg rondom deze aandoening bedragen momenteel circa 1 miljard euro per jaar.

Ook stelt Zaat dat losartan 'weinig echte vermindering geeft van bijwerkingen'. Van monotherapie losartan versus de bètablokker is uit meerdere onderzoeken bekend dat losartan een significant gunstiger bijwerkingenprofiel heeft. Het LIFE-onderzoek bevestigt dat. Een groot deel van de patiënten in beide behandel-

groepen gebruikte in dit onderzoek ook een diureticum en daarom ligt het absolute aantal bijwerkingen hoger dan bij monotherapie.

De conclusie van de onderzoekers dat 'losartan prevents more cardiovascular morbidity and death than atenolol .. and is better tolerated' is daarom gerechtvaardigd en mag worden beschouwd als een doorbraak in de behandeling van hypertensie.

GA van Leijenhof, arts
Medical Director MSD

1 Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, Faire U, Fyhrquist F, Ibsen H, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the

Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.

2 Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Schersten B, Ekblom T, Wester PO. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991;338:1281-85.

Antwoord

Ik kan het ook niet helpen. De onderzoekers van het LIFE-onderzoek noemen de 'cardiovascular morbidity and death' echt het belangrijkste eindpunt. Dat eindpunt bestaat uit dood door cardiovasculaire oorzaken, myocardinfarcten en CVA's. Dat er minder CVA's voorkomen in de groep

hypertensiepatiënten met LVH die met losartan worden behandeld, is meegenomen. Het weglaten van een beschrijving van de populatie in de conclusie vind ik een ernstige ommissie. De indruk wordt zo gewekt dat losartan ook bij patiënten zonder LVH werkt. Die maken echter een beperkt deel uit van de hypertensiepatiënten in de huisartsenpraktijk, zoals ook Van Leijenhof toegeeft.

De bijwerkingen van losartan staan netjes in tabel 2 van het originele onderzoek. De verschillen zijn marginaal. Er is geen enkele reden om losartan als een echte doorbraak te zien.

Joost Zaat

Cochrane-reviews

In beweging blijven bij lage-rugpijn

Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002, Oxford: Update Software. review

Achtergrond Activiteitenbeperking, rust en pijnstillers zijn de meest voorgeschreven behandelingen aan patiënten met lage-rugpijn, al of niet met uitstraling.

Doel Er is nagegaan wat bij patiënten met lage-rugpijn de effecten zijn van het advies om in beweging te blijven.

Insluitingscriteria en beoordeling Er is gezocht naar gerandomiseerde trials bij patiënten met rugpijn (al of niet met uitstraling), waarbij in een van de behandelgroepen de patiënten als enige behandeling het advies kregen om in beweging te blijven. Andere behandelingen dienden zoveel mogelijk vermeden te worden en in elk geval geregistreerd te worden en dienden gelijkelijk verdeeld te zijn over alle behandelgroepen (controle achteraf). Twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de kwaliteit.

Resultaten In totaal werden 4 trials met

in totaal 491 patiënten gevonden die aan de insluitingscriteria voldeden, 2 van hoge methodologische kwaliteit en 2 van matige tot slechte kwaliteit. In alle 4 de onderzoeken werd het advies om in beweging te blijven vergeleken met het advies om bedrust te nemen. De duur van de bedrust varieerde per onderzoek van 2 dagen tot 2 weken. De resultaten en conclusies baseren de onderzoekers op de 2 trials van hoge kwaliteit.

Het ene onderzoek van hoge kwaliteit sloot patiënten in met acute lage-rugpijn, met of zonder uitstraling.¹ In de groep die het advies kreeg om in beweging te blijven was het functioneren in het dagelijks leven in geringe mate beter (gewogen gemiddeld verschil 6,0 op schaal 0-100; 95%-BI 1,5-10,5) en het ziekteverzuim 3 dagen korter (gewogen gemiddeld verschil 3,4 dagen, 95%-BI 1,6-5,2) dan in de groep die bedrust voorgeschreven kreeg. In het andere onderzoek van hoge kwaliteit werden patiënten ingesloten die korter dan 4 weken rugpijn hadden die uitstraalde tot in het onderbeen en die verschijnselen hadden van zenuwwortelirritatie.² Volgens de NHG-Standaard wijst dit op een lumbosacraal-radiculair syndroom. Eén groep patiënten kreeg het

advies in beweging te blijven, een andere om 14 dagen bedrust te nemen. In dit onderzoek werd geen verschil gevonden wat betreft pijn, functioneren in het dagelijks leven en ziekteverzuim tussen beide groepen.

Commentaar

Het advies om in beweging te blijven levert bij patiënten met acute lage-rugpijn, al of niet met uitstraling, slechts een gering positief resultaat op. Bij patiënten met mogelijk een hernia (uitstraling in onderbeen en zenuwwortelprikkeling) heeft het advies om in beweging te blijven hetzelfde effect als veertien dagen bedrust.

De conclusies van de auteurs zijn feitelijk gebaseerd op twee kwalitatief goede onderzoeken. In één onderzoek ging het om patiënten met specifieke rugpijn en in het andere onderzoek om patiënten met uitstraling in het onderbeen en tekenen van zenuwwortelirritatie. Het woord sciatica dat voorkomt in de titel van de publicatie van het laatste onderzoek is verwarrend: het gaat om patiënten die volgens de NHG-Standaard mogelijk een lumbaal-radiculair syndroom (hernia) hebben. De gevonden effecten van het