

NHG-Wetenschapsdag 2005: Een bezoek aan de voordrachten

Tijdens de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag passeren in hoog tempo de meest recente onderzoeksresultaten van huisartsgeneeskundig Nederland de revue. In workshops, voordrachten, consultatiesessies en posterpresentaties vertellen huisarts-onderzoekers en haio's over hun geesteskinderen. *In de praktijk* bezocht een aantal voordrachten en vat die voor u samen. (Zie voor een verslag van de dag zelf en de gehouden lezingen het *NHG-nieuws*.)

Workshop 'Farmaceut en huisarts: wetenschap van de gratis lunch'

Beïnvloeding van het voorschrijfgedrag van de huisarts is gewenst, aldus workshopleider Frits Bareman, óók door de farmaceutische industrie, mits gebaseerd op patiëntenbelang, doktersbelang en wetenschappelijke onderbouwing. Maar hoe betrouwbaar is de farmaceutische industrie daarbij? De indicatie van geneesmiddelen wordt soms opgerekt, of een middel wordt voorgeschreven dat duurder is dan zijn evenknie, zonder meerwaarde voor de patiënt. In deze workshop leren de deelnemers kritisch te kijken naar wat hun zoal wordt voorgeschoteld. In groepjes bekijken ze vier verschillende waargebeurde casus, en houden een korte presentatie over hun bevindingen wat betreft beïnvloeding van huisarts en patiënt. Besproken wordt een brief waarin een huisarts zijn vrouwelijke patiënten aanschrijft met het verzoek een 'osteoporosevragenlijst' in te vullen. Wie een vraag met 'ja' beantwoordt, komt in aanmerking voor een gratis botdichtheidsmeting. Hoe de huisarts wordt beïnvloed is in deze casus niet duidelijk (Angst voor onderdiagnostiek? Een financiële prikkel?). De patiënt wordt beïnvloed door misleidende informatie; zo is een gewicht onder de 67 kg al een inclusiecriteria en wordt de test als 'gouden standaard' voorgespiegeld.

Een ander groepje bekijkt de gang van zaken rond de televisiereclames over voetschimmel van enkele jaren geleden. Na de start van de campagne steeg het aantal huisartsenbezoeken en nam het aantal voorschrijven van het betrokken geneesmiddel aanzienlijk toe versus een veel geringere stijging van het concurrerende middel. Dat is ook logisch, want de NHG-Standaard beveelt het betrokken geneesmiddel als eerste keuze aan. De reclamecampagne beïnvloedt dus de patiënt (meer huisartsenbezoek), maar ook de huisarts (meer voorschrijven).

In de volgende casus wint een farmaceut een rechtszaak tegen een concurrent die zich in de markt wil werken via 'onderzoek' met een nieuw middel tegen schizofrenie. Argumenten waren dat het onderzoek geen wetenschappelijk doel had, en het aantal ingesloten deelnemers onevenredig hoog ('seeding trial'), de vraagstelling onduidelijk en de incentive voor deelnemende psychiaters te hoog waren. Dat mag allemaal waar zijn, maar de procederende farmaceut spande de rechtszaak natuurlijk echt niet aan vanwege deze 'ideële overwegingen'... Ofwel: 'Zo legt de ene boef de andere om!' Het laatste werkgroepje heeft gekeken naar een wetenschappelijk

artikel waarin is onderzocht of de uitkomsten van onderzoek worden beïnvloed door sponsoring. Gefinancierd onderzoek blijkt inderdaad een veel hogere kans op gunstige uitkomsten te geven. Er was geen kwaliteitsverschil in de opzet van de onderzoeken, maar als de uitkomsten niet gunstig zijn worden deze bij gesponsord onderzoek vaak verhuld of vertraagd naar buiten gebracht. Ook worden resultaten beïnvloed door de onderzoeksvragen die worden gesteld (bijvoorbeeld vergelijking met géén middel versus vergelijking met een ander bestaand middel).

Al met al lijkt het een belangrijke boodschap voor (huis)artsen om goed op te letten voor ze meedoen aan onderzoek en kritisch te zijn bij de beoordeling van onderzoeksresultaten.

Consultatiesessie 'Wanneer werkt een behandeling voor dyspeptische klachten? Wie bepaalt of een behandeling succesvol is en hoe?'

Slechts een op de vier patiënten met dyspeptische klachten bezoekt de huisarts, maar toch vormt de aandoening in de praktijk een grote belasting. Tegen het advies van de NHG-Standaard in schrijven de meeste huisartsen als eerste een protonpompremmer voor in plaats van een zuurremmer. In haar onderzoek is Corine van Marrewijk op zoek naar de meest effectieve behandeling, step-up of step-down, met als additionele vragen de kosten, kwaliteit van leven, therapietrouw en psychosociale aspecten.

De vraag die zij wil voorleggen aan de deelnemers is: hoe bepaal je of een interventie succesvol is en wat is wel en niet een succes? Zo zullen overheid en verzekeraars een interventie succesvol vinden als die kosteneffectief is, terwijl de patiënt het succes zal afmeten aan klachtenvermindering, bijwerkingen en eigen kosten. De huisarts zal primair het belang van de patiënt voor ogen hebben, maar zijn er in diens ogen nog andere factoren die succes van een interventie bepalen? Bijvoorbeeld:

- ▶ een behandeling is een succes als de patiënt niet meer om de haverklap op de stoep staat (wellicht ten overvloede: daar zijn de aanwezige huisartsen het niet mee eens);
- ▶ een behandeling is een succes als met een zo laag mogelijke dosering voldoende symptoomvermindering wordt verkregen (dat gaat er al meer op lijken).

De huisartsen laten toch het belang van de patiënt het zwaarst wegen. Alleen als het niet veel uitmaakt voor de patiënt, worden kosten meegewogen.

Workshop 'Risicomanagement van hart- en vaatziekten'

In deze druk bezochte workshop gaan Edmond Walma en Bèr Pleumeekers in op de concept-CBO-richtlijn die ervan uitgaat dat het tienjaarsrisico op HVZ het criterium voor behandeling gaat vormen. Hierdoor zal het aantal te behandelen patiënten aanmerkelijk stij-

gen, maar omdat de follow-up veel beperkter wordt, hoeft dit niet méér werk te betekenen voor de huisarts.

Het tienjaarsrisico op HVZ wordt bepaald door leeftijd, geslacht, bestaande HVZ, roken, bloeddruk, cholesterolgehalte, diabetes en een belaste familie-anamnese. Maar symptomen als hypertensie en hypercholesterolemie worden minder interessant, want: 'Statines zijn altijd goed bij hoogrisicopatiënten, dus die moeten – in hoge doses! – veel meer worden voorgeschreven' en: 'Verlaging van de bloeddruk, ook als die niet sterk verhoogd is, helpt altijd.' Eenmaal ingesteld op statines en antihypertensiva zullen dus veel minder controles nodig zijn (aanbevolen: bloeddrukmeting jaarlijks; totaalcholesterol in het geheel niet).

Het tienjaarsrisico is af te lezen in tabellen waarin de criteria zijn: man/vrouw, wel/niet rokend, leeftijd, bloeddruk en cholesterolgehalte. De behandelingsgrens ligt op >20 procent risico op morbiditeit plus mortaliteit in de komende tien jaar.

Vanuit de zaal komen vele protesten. Hoe zit het dan met de familiaire belasting? (Individuele aanpassing van de risico-inschatting blijft altijd aan de orde.) Waarom is er geen verschil meer in de bepaling van het totaalcholesterol en het LDL-cholesterol? (Bij een verhoogd totaalcholesterol wordt bijna altijd ook een verhoogd LDL-cholesterol gezien.) Hoe zit het met overgewicht, en lichaamsbeweging? (Voldoende lichaamsbeweging verlaagt het risico op mortaliteit door HVZ met slechts 1,5 tot 2 procent. Bovendien worden altijd leefstijladviezen gegeven in de niet-medicamenteuze behandeling, met aandacht voor optimaal gewicht en voldoende beweging.) En lijkt dit niet heel veel op die *polypill* waar al eerder veel over te doen is geweest? (Ja, maar de effectiviteit is echt heel hoog.)

Ook laait een discussie op over het actief aanbieden van risicoprofilering, al was het maar omdat bangmakerij van de patiënt moet worden vermeden. De praktijk zal hierop antwoord moeten geven. Een patiënt die komt met een rood oog zul je niet gauw risicoprofilering aanbieden. Maar te verwachten is dat patiënten die door de media bewust gemaakt worden van de nieuwe aanpak, zullen komen met vragen daarover. Overigens kan een groot deel van het werk worden gedelegeerd aan een praktijkondersteuner.

De nieuwe CBO-richtlijn wordt 23 juni gepresenteerd. Bij het opstellen ervan is rekening gehouden met een eventuele vertaling van de richtlijn in een NHG-Standaard.

Postersessies: een aantal weetjes

Tijdens de 'moderated posterwalks' krijgen de opstellers ervan de gelegenheid om over hun onderzoeksresultaten te vertellen. Zoals altijd komen daarbij vele voor de huisarts interessante 'weetjes' aan de orde. Onderstaand worden er enkele voor u samengevat.

- ▶ Wie de FEV₁ en de FVC van zijn patiënten met luchtwegobstructie kent, kan hun optimale zorg bieden. Berekend is het aantal metingen dat hiertoe in een normpraktijk moet worden verricht. Men kwam tot een totaal van achthonderd metingen per jaar, ofwel drie tot vier (= tien minuten) per dag.
- ▶ Een matige voedingstoestand leidt tot slechte wondgenezing, verlies van spierweefselfunctie, langere ziekenhuisopnamen, een

verminderde kwaliteit van leven en vroegtijdige sterfte. Hiervoor is maar weinig aandacht en slechts het topje van de ijsberg wordt gedocumenteerd.

- ▶ Omdat de handgewrichten niet gewichtdragend zijn, lijkt een verband tussen overgewicht en artrose in de hand niet waarschijnlijk. Toch wordt dit verband in onderzoek wel gevonden. Het wordt nog groter als er ook andere metabolische factoren meespelen zoals hypertensie en diabetes, en dat dan vooral op jongere leeftijd.
- ▶ Recentelijk was er veel aandacht voor het verhoogde risico op suïcidaliteit bij gebruik van SSRI's door kinderen en adolescenten. SSRI's worden zelden voorgeschreven bij kinderen, maar het gebruik ervan neemt toe en 75 procent ervan wordt in eerste instantie voorgeschreven door de huisarts. Suïcidaliteit is met name aanwezig in de eerste twintig gebruiksdagen.
- ▶ Huisartsen met veel werkervaring 'ontdekken' meer diabetes dan hun minder ervaren collega's en hebben meer belangstelling voor diabetes(zorg). Dat geeft te denken, aangezien de prevalentie van onontdekte diabetes nog steeds hoog is en er hierdoor vaak al complicaties zijn voor de diagnose is gesteld.
- ▶ Steeds meer huisartsen stellen zelf hun diabetespatiënten in op insuline. De aanwezigheid van een praktijkondersteuner en diabetesprekuren hebben daarop een positief effect.
- ▶ Lichamelijk onderzoek draagt niet bij aan het verhogen van zekerheid omtrent de diagnose van het carpaletunnelsyndroom. Gouden standaard is het elektromyogram. Gezien de therapeutische mogelijkheden van de huisarts, is het wellicht wenselijk dat deze zelf de mogelijkheid krijgt tot elektromyografie.
- ▶ Bij een onderzoek naar kwaliteit van leven bij volwassenen met acute aanhoudende hoest bleek een hoestdagboek goed weer te geven wat het effect van de behandeling was geweest. Gemeten werd met vier vragen: ongemak gedurende de dag en de nacht, wakker worden 's nachts en beperking van activiteiten.
- ▶ Chronische dagelijkse hoofdpijn (= meer dan veertien dagen per maand gedurende minstens drie maanden) is vaak geassocieerd met overmatig gebruik van pijnstillers. Behalve onttrekking van de pijnstillers zijn andere behandelbare factoren: roken, slaapproblemen en psychische comorbiditeit.
- ▶ Door tijdig de risicofactoren voor de foetus te onderkennen wordt reductie van ongewenste zwangerschapsuitkomsten bereikt. De huisarts is het best toegerust om programmatisch en systematisch preconceptieadvies (PCA) aan te bieden. Uitgezocht is of dit in de praktijk ook haalbaar is. De interventie blijkt gemiddeld minder dan tien minuten voorbereidingstijd te vergen; de consultduur bedraagt twintig minuten. De interventiehuisartsen achten zelf de PCA haalbaar. Ook blijkt dat het ongevraagd aanbieden van PCA vrouwen niet angstiger maakt en deelname aan de PCA gaf zelfs angstreductie. (AS)