

arts geconfronteerd wordt met een circulatiestilstand. Ik denk hierbij met name aan dienstsituaties op de centrale huisartsenpost (CHP), waarbij veelal de automatische externe defibrillator (AED) ingezet wordt en dus overwogen kan worden iedere 3 minuten 1 mg adrenaline intraveneus toe te dienen.^{2,3} Adrenaline 1 mg kan men toedienen via een centrale intraveneuze lijn of perifeer intraveneus gevolgd door 10 cc NaCl 0,9% als bolus. Indien er geen intraveneuze toegang is, maar de patiënt wel geïntubeerd is, kan men intratracheaal 3 mg adrenaline in 10 cc NaCl 0,9% geven.

Wanneer de overweging is om uitsluitend op basis van evidence medicatie aan te bevelen, is de evidence voor adrenaline bij een circulatiestilstand inderdaad laag.⁴ Het toedienen van amiodaron in geval van ventrikelfibrilleren of een polsloze ventrikeltachycardie, hetgeen is af te leiden via sommige AED's (na het tweede 'shockblok'), is duidelijk weer een stap verder en bewerkelijker met ook een magere evidence op uiteindelijke overleving.^{2,3,5} Amiodaron 300 mg moet dan worden opgelost in 20 cc glucose 5% en als bolus na het tweede shockblok gegeven worden, eventueel gevolgd door 150 mg idem opgelost na het vierde shockblok. Het (beter) afstemmen van richtlijnen voor de huisarts en protocollen voor de ambulancedienst is aan te bevelen.

Reinout van Bentveld

arrest due to ventricular fibrillation. *N Engl J Med* 1999;341:871-8.

Antwoord

Volgens Van Bentveld moet de huisarts bij een circulatiestilstand overwegen intraveneus adrenaline toe te dienen. Bovendien acht hij een betere afstemming van richtlijnen voor ambulance-dienst en huisartsen wenselijk.

Bij een circulatiestilstand heeft toepassing van *basic life support* (BLS) de voorrang. De huisarts legt zich in eerste instantie daarop toe. Vooral als hij dienst doet vanuit een CHP kan hij daarbij meestal ook gebruikmaken van een AED.

In de praktijk staat de huisarts er bij deze 'eerste-hulp' alleen voor, of wordt hij bijgestaan door de chauffeur van de CHP-auto – sinds de oprichting van CHP's waarschijnlijk de meest voorkomende situatie. Zij zullen aan de BLS hun handen vol hebben. Zodra de ambulancedienst arriveert, kan worden overgegaan op *advanced life support*. Hieronder valt onder meer de toediening van medicatie. Conform de richtlijnen hiervoor hangen aard en dosis van het geneesmiddel (bijvoorbeeld adrenaline of amiodaron) en moment van toediening af van het type ritmestoornis dat de circulatiestilstand veroorzaakt.^{1,2} Adrenaline moet per intraveneus infuus of, als de aanleg daarvan niet lukt, endotracheaal worden toegediend. Vooral voor dat laatste is speciale vaardigheid vereist waarover de meeste huisartsen niet beschikken.

Kortom: de huisarts kan in de periode voor de komst van de ambulancedienst alleen adrenaline toedienen als hij daarvoor over voldoende vaardigheden en (diagnostische) hulpmiddelen beschikt en anderen BLS kunnen toepassen. Dit zal in de praktijk zelden het geval zijn.

Wij hebben de richtlijn waar nodig zo veel mogelijk afgestemd op de protocollen die in gebruik zijn bij de ambulancediensten.¹ Bovendien hebben wij een ontwerpversie van de richtlijn aan de auteurs daarvan voorgelegd en hun commentaar zo veel mogelijk verwerkt.

Ben Kolnaar, Willem Draijer, Margriet Bouma, Wietze Eizenga

1 Hartman JAM, Lichtveld RA, De Vries GMJ, Ten Wolde WLM. *Landelijk Protocol Ambulancezorg Versie 6.0.0*. Zwolle: Stichting LAMP, 2003.

2 De Nederlandse Reanimatieraad. *Richtlijnen voor specialistische reanimatie voor volwassenen* <http://www.reanimatieraad.nl/richtlijnen.htm>, geraadpleegd op 19 september 2005.

Belang seksuele problemen bij het gebruik van antidepressiva bevestigd

Interessant, het commentaar van Tim olde Hartman bij de Cochrane-review over seksuele problemen bij het gebruik van antidepressiva (H&W 2005;48:530-1). De referent oppert dat de huisarts in de spreekkamer nog te weinig navraag doet naar seksuele problemen. Wij vinden dat hiervoor niet alleen in de evaluatie van een behandeling, maar ook bij het voorschrijven, meer aandacht zou moeten zijn. Dat seksuele problemen kunnen optreden als bijwerking van antidepressiva is op zich niks nieuws. Ook de omvang van het probleem wordt steeds duidelijker. Maar bij de impact die dit heeft op de gebruiker van deze middelen wordt in de praktijk nog (te) weinig stilgestaan. Dat blijkt ook duidelijk uit de meldingen die binnenkomen bij het Meldpunt Medicijnen (www.meldpuntmedicijnen.nl), een digitaal meldpunt waar patiënten al hun ervaringen met medicijnen kunnen vermelden. Voor veel melders blijkt het optreden van seksuele problemen bij gebruik van SSRI's een groot probleem te vormen. En zo zijn er meer bijwerkingen, waarvan voorschrijvers van het bestaan en de omvang op de hoogte zijn, maar waarbij zij zich niet altijd realiseren welke impact de bijwerking kan hebben op de kwaliteit van leven. Volgens de NHG-Standaard Depressieve stoornis (2003) zou bij het voorschrijven zowel aandacht moeten zijn voor contra-indicaties als voor bijwerkingen, en speelt ook de ervaring met een geneesmiddel een rol. En daarbij is naar onze mening niet alleen de ervaring die de arts heeft met een middel van belang. Ervaringen van patiënten zijn minstens zo belangrijk. Aandacht

1 Draijer LW, Kolnaar BGM, Bouma M, Eizenga WH. *NHG-Farmacotherapeutische Richtlijn Geneesmiddelen in spoedeisende situaties*. Huisarts Wet 2005;48:295-303.

2 Hartman JAM, Lichtveld RA, De Vries GMJ, Ten Wolde WLM. *Landelijk Protocol Ambulancezorg Versie 6.0.0*. Zwolle: Stichting LAMP, 2003.

3 Richtlijnen voor specialistische reanimatie voor volwassenen. *Nederlandse reanimatieraad*, 2002.

4 Ong ME, Lim SH, Anantharaman V. Intravenous adrenaline or vasopressin in sudden cardiac arrest: a literature review. *Ann Acad Med Singapore* 2002;31:785-92.

5 Kudenchuk PJ, Cobb LA, Copass MK, Cummins RO, Doherty AM, Fahrbrun CE, Hallstrom AP, Murray WA, Olsufka M, Walsh T. Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac

hiervoor bij de keuze van een behandeling kan de therapietrouw bevorderen en de kwaliteit van leven verbeteren.

Katherine Bongaerts, DGV

Antwoord

Ik ben het met collega Bongaerts eens dat de huisarts al tijdens het voorschrij-

ven van antidepressiva aandacht moet hebben voor eventuele (seksuele) bijwerkingen. Uiteraard spelen eerdere ervaringen van de patiënt een belangrijke rol bij de keus van het antidepressivum. Deze items zijn belangrijk om te bespreken tijdens het consult om zo de therapietrouw, die juist bij antidepressiva zo belangrijk

is, te waarborgen. Zo zie je maar weer, bij het uitschrijven van een recept komt meer kijken dan alleen een druk op de knop.

Tim olde Hartman

Cochrane-reviews

Boeten en belonen voor stoppen met roken

Hey K, Perera R. *Competitions and incentives for smoking cessation* (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2005, Issue 2. Chichester: Wiley.

Achtergrond In stoppen-met-rokenacties wordt alles uit de kast gehaald om de ongehoorzame burger op het rechte pad te krijgen. Was het vroeger dokter Meinsma die ons vermaande, tegenwoordig worden vele methoden beproefd om het volk van de kankerverwekkende, longenverterende, bloedvatvernauwende witte vriend te bevrijden. Vele manieren om tot bevrijding te komen zijn al beproefd: pillen, pleisters, acupunctuur, noem maar op. Een manier die de laatste decennia opgeld doet, is stoppers te belonen met prijsjes zoals auto's, geld of reises naar schone oorden. Binnen je bedrijf of je gemeente een wedstrijd organiseren voor of tussen je werknemers of jezelf een boete opleggen bij mislukking hoort eveneens tot de beproefde methoden.

Doel Het doel van deze review was na te gaan of met deze materiële benadering de prevalentie van roken vermindert. Bovendien werd onderzocht of rokers met de boetemethode vaker stoppen. Daarnaast werd onderzocht of met beloningen als lokkertje – en zo ja, welke – meer rokers zouden deelnemen en uiteindelijk zouden stoppen. Ten slotte werd ook naar de kosteneffectiviteit van zo'n actie gekeken.

Zoekstrategie Er is gezocht naar RCT's met duidelijk gecontroleerde condities. Ook niet-gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken werden ingesloten

als daarbij baseline- en postinterventiemetingen waren gedaan. Er werd gezocht in het register van de de Cochrane Tobacco Addiction Group en daarnaast in MEDLINE (van 1966 tot 2004), EMBASE (tot 2004), CINAHL (1982-2004) en PsychINFO (1872 tot 2004).

Gegevensverzameling en –analyse Hierbij werd de gebruikelijke Cochrane-strategie aangehouden. De belangrijkste uitkomstparameter was rigoreus gestopt zijn met roken gedurende ten minste zes maanden na de start van de interventie bij volwassen rokers – adolescenten en zwangeren werden uitgesloten. Alleen die onderzoeken werden ingesloten waarin het stoppen biochemisch (CO in uitademingslucht, afwezigheid van nicotine in urine, bloed of speeksel) kon worden aangetoond.

Resultaten Er konden vijftien onderzoeken worden ingesloten. De eerste maanden stopten er meer mensen in de interventiegroep, maar na zes maanden was er geen verschil met de controlegroep. Deelnemers die hun geld inzetten, deden het niet beter dan deelnemers die dat niet deden. Eigenlijk bleek geen enkele materiële prikkel effectief. Ondanks het feit dat deze stoppen-met-rokenacties geen meerwaarde hebben, lijken ze wel een groter publiek aan te trekken. Mogelijk zal daarvoor het absolute aantal stoppers kunnen stijgen. Een kosten-effectiviteitsanalyse kon niet worden uitgevoerd, aangezien er geen effect van de interventie kon worden gemeten.

Conclusies Wedstrijdjes en beloningen als lokmiddel om het volk van de sigaret af te helpen lijken niet te helpen. Of je nu geld

geeft of geld vraagt aan de deelnemers, het maakt allemaal weinig uit. Er worden niet meer rokers van hun gewoonte verlost door dit beroep op de externe motivatie. Misschien is het grote aantal deelnemers het enige voordeel van dit soort acties, maar het resultaat blijft bedroevend.

Commentaar

De huisarts die de minimale interventiestrategie in zijn praktijk gebruikt, zal niet verbaasd over deze droeve resultaten zijn. Het tijdelijke karakter van de programma's met zijn wereldse verlokkingen (Cadillac, reisje Hollywood), blijkt na zes maanden zijn gepretendeerde eeuwigheidswaarde verloren te hebben. Interventies die slechts gebruikmaken van extrinsieke motivatie, zoals een loterij met als hoofdprijs een Cadillac zijn gedoemd te mislukken. De keuze van beloning appelleert aan een bepaald soort rokers, die in een wereld van glamour leven. Zolang de intrinsieke motivatie niet aangesproken wordt, mag je niet veel verwachten. Waarom bijvoorbeeld niet als prijs een verlaging van je ziektekostenpremie (intrinsieke motivatie)? Over beloningen valt nog meer te zeggen. Wat werkt beter: cash afrekenen, een periodieke beloning, een loterij, vouchers voor reises? Het is vooral Amerikaans onderzoek dat ons wordt voorgelegd. In ons (calvinistische) land lijken mij deze lokkertjes kansloos. Uit de review blijkt ook niet dat de hoogte van de beloning evenredig is met het aantal stoppers. Reden zou misschien kunnen zijn dat met name de rokers die moeilijk tot stoppen te motiveren zijn, via zo'n programma een (al bij voorbaat tot mislukking gedoemde) poging willen