

Huisarts en Wetenschap

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 maal per jaar.

Website: <http://www.henw.org>

Redactie

Dr. J.O.M. Zaat, hoofdredacteur
Dr. R.A.M.J. Damoiseaux
Dr. H.E. van der Horst
Drs. E. Licht (junior-redactielid)
Dr. F.G. Schellevis
Dr. H.C.P.M. van Weert
Dr. G.Th. van der Werf

Redactiesecretariaat

Drs. F. Gerritsma
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 288 17 00, F (030) 287 06 68
E-mail redactie@nhg-nl.org
Eindredactie drs. C.H.M. Kramer
E-mail c.kramer@nhg-nl.org

Basisvormgeving

Helfrich ontwerp bureau, Deventer

Nederlands Huisartsen Genootschap

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 288 17 00, F (030) 287 06 68

Abonnementenadministratie

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
Voor informatie en bestellingen raadpleeg
www.bsl.nl
Voor België: Standaard Uitgeverij NV Informatieve uitgaven
Belgiëlei 147a, B-2018 Antwerpen, België
T +32 3 285 72 02 F +32 3 230 12 25
E-mail siu@standaarduitgeverij.be
www.standaarduitgeverij.be

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 638 38 74
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt één maal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Een studentenabonnement loopt gelijk met het studiejaar, van 1 september t/m 31 augustus, en wordt stilzwijgend met telkens 1 jaar verlengd tot wederopzegging. Een studie abonnement heeft een maximale looptijd van 2 jaar en wordt dan automatisch omgezet in een regulier abonnement. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswikkels met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum. Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
particulieren: € 110,80
overig buitenland: € 121,88 excl. eventuele toeslagen
studenten: € 55,40
België: € 116,34
losse nummers: € 14,35
Prijswijzigingen voorbehouden

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 30073597 op 7 februari 2003. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden, in de praktijk en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

HOI
2005
TIJDSCHRIFTEN

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

De toekomst van de eerstelijnszorg ligt in de VS

Wanneer een vooraanstaand Amerikaans tijdschrift, de *Annals of Internal Medicine*, een supplement uitgeeft onder de titel *The future of generalism in medicine*, dan zal er ook wel iets te melden zijn. Het supplement bevat vier artikelen die voortkomen uit een vraag aan getalenteerde jonge generalistisch opgeleide artsen om in *white papers* in te gaan op de toekomst van de generalistische geneeskunde en op mogelijkheden ter verbetering van de eerstelijns zorg en de bereikbaarheid daarvan voor alle Amerikanen. De artikelen gaan over integratie van zorg (toegankelijkheid voor iedereen in een eerstelijnsgeoriënteerd zorgsysteem); coördinatie van zorg (de generalist als coördinator van de zorg voor de patiënt); effectieve communicatie met de patiënt en effectieve informatie-uitwisseling met andere zorgverleners en over stimulerende maatregelen om generalistische zorg aantrekkelijker te maken voor studenten door zowel de opleiding

als het beroep aantrekkelijker te maken, ook financieel.

De redacteurs van het supplement benadrukken in hun commentaar dat de innovatieve ideeën in deze vier artikelen op een goed moment verschijnen: ook in de VS is er sprake van een crisis in de generalistische geneeskunde (vertegenwoordigd door de *family physician*, de algemene internist en de algemene kinderarts) en de noodzaak om veranderingen door te voeren om te overleven. De voorgestelde innovaties zijn idealistisch en ambitieus, maar haalbaar omdat ze ingepast kunnen worden in de bestaande zorgverlening. Moeten we in Nederland niet ook zo'n toekomstscenario laten opstellen, of is dat *back to the future?* (FS)

Larson EB, et al. *The future of generalism in medicine. Annals Internal Medicine* 2005;142 (supplement):689-724.

Twijfel over diagnose na bezoek dokterspost voorspelt herhaalcontact

Bijna de helft van de patiënten die een dokterspost bezoeken, gaat binnen een week met dezelfde klacht naar de eigen huisarts. Dat bleek bij een onderzoek onder 2805 patiënten in Limburg. Slechts 1 op de 5 had het advies gekregen om ter controle naar de eigen huisarts te gaan. Een derde van de patiënten die dit advies niet hadden gekregen, ging toch. Het idee van de patiënt over de juistheid van de diagnose, de wijze van verzekering, en de ernst van het probleem voorspelde of de patiënt binnen een week bij de eigen huisarts op de stoep stond. Dat model gold vooral voor patiënten die alleen een telefonisch advies hadden gekregen. De respons op de enquête was niet zo hoog (42%). Het kan dus best zijn dat het er in Nijmegen of Groningen een beetje anders aan toe gaat.

De interpretatie van dergelijke gegevens is lastig: is er niet goed op de ongerustheid ingegaan waardoor patiënten onzeker bleven? Of verslechtert de situatie van een patiënt vaker dan we denken? Zelf denk ik dat het vooral een bewijs is dat anoniem geruststellen veel moeilijker is dan geruststellen op basis van vertrouwen. Sinds het nieuwe GP-contract in Engeland de mogelijkheid biedt om geen

Rubrieken in dit nummer

LINH-cijfers	437
Ingezonden	479
Cochrane-reviews	479
Boeken	480
Proefschriften	482
Antwoorden kennistoets	484

dienst meer te doen, koos negen van de tien huisartsen daarvoor. De ANW-diensten zijn daar dus overgenomen door anonieme organisaties. Of al die Engelse collega's het op maandag drukker hebben, weet ik niet. Ook hier zullen de

ANW-diensten op termijn waarschijnlijk verdwijnen, maar of dat iets verandert aan de werklust betwijfel ik op grond van dit – beperkte – Limburgse onderzoek wel. (JZ)

Van Uden CJT, et al. *Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study.* BMC Family Practice 2005;6:23. doi:10.1186/1471-2296-2-23.

Schimpie en ander leed

In Nederland mag directe reclame gelukkig niet. Maar ondanks het feit dat de tv-kijker Schimpie tot een van de meest irritante reclames heeft uitgeroepen, schreven artsen wel degelijk meer Lamisil® voor. In het Mekka van de marktwerking mag *direct-to-consumer-advertising* wel.

De American Medical Association – de KNMG van de VS – wees recent een aantal moties van verschillende afdelingen af om deze vorm van patiëntenvoorlichting, zoals de fabrikanten het noemen, in de ban te doen. Het is voor de farmaceutische industrie zeer voordelig om patiënten te benaderen met informatie over geneesmiddelen. In elke bus in de VS hangt wel 'patiëntenvoorlichting' en ook de kranten staan er vol mee. Sinds 1997 bestaat deze mogelijkheid, die door de industrie begrijpelijkerwijs omarmd wordt: voor elke dollar die ze eraan besteden, komen er 2,4 terug. Het bestuur van de AMA ontraadde haar leden in de jaarlijkse

vergadering deze moties aan te nemen. Direct-to-consumer-advertising is legaal en het leek het bestuur onwaarschijnlijk



dat actie om het in de ban te doen veel zou uithalen. Het bestuur adviseerde om er nog maar eens op te studeren.¹

Misschien kunnen Amerikaanse dokters alleen maar vriendjes met de industrie zijn. Volgens een recent commentaar in de JAMA zou 1 op de 10 Amerikaanse artsen een consultancyrelatie hebben met investeringsmaatschappijen in de gezondheidszorg, waaronder de farmaceutische industrie.² De grote investeringsfirma's zouden in 2005 contracten hebben met meer dan 75.000 artsen; in 1996 waren het er minder dan 1000. Het uurtarief van die dokters liep uiteen van 200 tot 1000 dollar per uur. Hoe zou het straks gaan met de financiële relatie van dokters in ons nieuwe zorgstelsel? (JZ)

1 <http://www.ama-assn.org/meetings/public/annual05/refcomeannotateda05.pdf>.

2 Topol EJ, et al. *Physicians and the investment industry.* JAMA 2005;293:2654-7.

Foto: Brunopress/Getty Images

Opnieuw ALLHAT; nu bij diabetes

Ook bij type-2-diabetespatiënten blijkt het aloude chloortalidon het middel van eerste keus te zijn bij de behandeling van hypertensie. In het zeer grote gerandomiseerde onderzoek had men van tevoren een onderscheid gemaakt in patiënten met een normoglykemie (n=17.012), diabetespatiënten (n=13.101) en patiënten met een gestoorde nuchtere glucose (n=1399, IFG). Tijdens de gemiddelde follow-up tijd van 4,9 jaar was er geen verschil in de primaire uitkomstmaten; dodelijke

hartziekten of niet-fatale myocardinfarcten. Chloortalidon deed het even goed als de ACE-remmer lisinopril. In de IFG-groep waren er minder doden en infarcten in de groep met chloortalidon dan in de amlodipinegroep (RR 1,73; 95%-BI 1,10-2,72). Ook op de secundaire uitkomstmaten (totale sterfte, terminale nierinsufficiëntie of kanker) waren er geen verschillen tussen amlodipine, lisinopril en chloortalidon. Er kwam minder hartfalen voor bij de diabetespatiënten die chloortalidon

gebruikten in vergelijking met degenen die amlodipine slikten.

Als eerste stap bij de behandeling van hypertensie blijft u dus gewoon chloortalidon gebruiken. Dat kost ook vrijwel niets. In de VS, en ook in Nederland, zal men er wel geen reclame voor maken. (JZ)

Whelton P, et al. *Clinical outcomes in antihypertensive treatment of type 2 diabetes, impaired fasting glucose concentration and normoglycemia.* Arch inter med 2005;165:1401-9.

Optimaal begeleiden van chronisch zieken kost gewoon te veel tijd

Huisartsen hebben te weinig tijd om goed voor chronisch zieken te zorgen. Dit stellen Østbye et al. in een recent nummer van *Annals of Family Medicine*.¹ Op basis van Amerikaanse prevalentiecijfers stelden zij een virtuele normpraktijk van 2500 patiënten samen. De verdeling naar leeftijd, geslacht en ziekten was representatief voor de Amerikaanse bevolking. Vervolgens zochten zij in richtlijnen naar de aanbevolen consultfrequentie voor een optimale zorg voor chronisch zieken; die frequentie varieerde van 1 tot 4 keer per jaar. Zij maakten een selectie van de volgende 10 veelvoorkomende chronische aandoeningen: hyperlipidemie, hypertensie, depressie, astma, diabetes mellitus, artrose, angststoornis, osteoporose, COPD en coronaire hartziekten. Nadat ze deze gegevens gecombineerd hadden, kwamen de auteurs tot de conclusie dat het de huisarts gemiddeld 3,5

uur per dag kost om chronisch zieken optimaal te begeleiden, als zij stabiel zijn ingesteld. In werkelijkheid zijn niet alle patiënten dat. De begeleiding kost de huisarts dan 10,6 uur per dag. Drie keer meer dus dan bij een ideale populatie. Deze factor 3 is gebaseerd op een creatieve rekenexercitie waarbij gebruikgemaakt is van gegevens over een selectie van 5 chronische aandoeningen. Het mag duidelijk zijn dat dit meer tijd is dan de huisarts heeft. Die moet immers ook nog andere dingen doen. Zo kost het de huisarts volgens dezelfde onderzoekers 4,6 uur per dag om acute problemen te behandelen en te vervolgen. Deze Amerikaanse resultaten zijn niet één op één te vertalen naar de Nederlandse situatie. Prevalentiecijfers en richtlijnen zullen wat verschillen. Het is echter niet aannemelijk dat dit grote verschillen in tijdsinvestering oplevert. In 2000 bere-

kenden Valk en Blankenstein al dat de huisarts in een normpraktijk volgens de toenmalige NHG-Standaard alleen al 122 uur per jaar aan diabeteszorg zou moeten besteden.²

Met de ontwikkeling van steeds meer richtlijnen en de toenemende interesse voor preventie is het belangrijk om stil te staan bij de tijdsinvestering die hiermee gepaard gaat. Richtlijnmakers en huisartsen moeten duidelijk prioriteiten aangeven. Hoe uitvoerbaar zijn de ambitieuze plannen die achter een bureau bedacht zijn? De kwaliteit van zorg kan verbeteren, maar het kost blijkbaar meer tijd om de geprotocolleerde richtlijnen optimaal na te leven dan er binnen de huisartsenpraktijk beschikbaar is. (EL)

- 1 Østbye T, et al. Is there time or management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Medicine* 2005;3:209-214.
- 2 Valk G, et al. Hoeveel tijd kost toepassing van de herziene NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2? *Huisarts Wet* 2000;43:151-4.

Een wereld van verschil

Bladerend door *The World Health Report* 2005 word je geconfronteerd met de enorme verschillen in de kans op een gezond leven. Het rapport richt zich dit jaar op de zorg voor moeder en kind. De kans voor een kind om voor zijn vijfde levensjaar te overlijden is in Angola 1 op de 4 levend geboren kinderen. Bij ons in Nederland is dat slechts 6 per 1000 levend geboren kinderen. Een pasgeboren kind in Angola heeft een levensverwachting van 40 jaar tegen 79 jaar in Nederland. Geld speelt hierbij een belangrijke rol. Uit de cijfers blijkt dat Angola in 2002 slechts 40 dollar per jaar per hoofd van de bevolking aan gezondheidszorg heeft besteed, tegen 2300 dollar in Nederland. Zes aandoeningen veroorzaken 70 tot 90% van deze sterfgevallen: pneumonie, diarree, malaria, mazelen, aids en neonatale oorzaken. Dit zijn aandoeningen die met



Foto: Laif/Hollandse Hoogte

relatief eenvoudige ingrepen behandeld of voorkomen kunnen worden. De WHO heeft uitgerekend hoeveel het ongeveer zou kosten om 95% van de kinderen te bereiken met deze eenvoudige maatregelen tegen infectieziekten en voedingsprogramma's. Tot 2015 is dan een bedrag van 53 miljard dollar nodig; iets meer dan het jaarlijkse gezondheidszorgbudget in

Nederland. Als wij onderhandelen over salarissen en andere vergoedingen in de zorg is het misschien goed om even bij deze zaken stil te staan. (RD)

World Health Organization. The World Health report 2005: make every mother and child count. Genève, 2005.

CRP bij lageluchtweginfecties niet nuttig

In H&W hebben we al een flinke discussie gevoerd over het voorspellen van lageluchtweginfecties en vooral ook over het voorspellen van de verwekkers daarvan. Leiden versus Maastricht, om het maar kort door de bocht te zeggen. De Leidse onderzoekers hebben nu in een systematische review alle onderzoeken bij elkaar gebracht. Ze selecteerden uiteindelijk 17 onderzoeken uit 165 verwijzingen in Medline en 340 in EMBASE. Vier daarvan sloten ze uit omdat er voldoende kwantitatieve gegevens ontbraken. De overgebleven 13 waren meestal van matige kwaliteit; slechts 3 (waaronder het Maas-

trichtse onderzoek) voldeden aan essentiële criteria als blinding, vermindering van verificatiebias, een breed spectrum van de ziekte en voldoende informatie over de setting van het onderzoek. De sensitiviteit van de CRP om een infiltraat te voorspellen wisselde van 10-98% en de specificiteit van 44-99%. De onderzoeken met een goede methodologische kwaliteit hadden in een ROC-curve een grotere *area under the curve* (0,84) dan de slechtere onderzoeken (0,74). De onderzoeken die probeerden een onderscheid te maken tussen een virale en bacteriële oorzaak waren te verschillend om betrouwbare

uitspraken over te doen.

Kortom, volgens de Leidse groep kun je met een CRP-bepaling een infiltraat voorspellen noch uitsluiten, en ook het onderscheid viraal-bacterieel is er niet betrouwbaar mee te maken. Het CRP is dus geen geschikte test om te beslissen aan wie je wel en aan wie je geen antibiotica geeft. Maastricht is nu aan zet. (JZ)

Van der Meer V, et al. Diagnostic value of C reactive protein in infections of the lower respiratory tract: systematic review. BMJ 2005;26, doi:10.1136/bmj.38483.478183.EB (published 24 June 2005).

EMBASE of Medline?

EMBASE spoort twee keer zo veel relevante huisartsgeneeskundige artikelen op dan Pubmed. De Leidse onderzoekers in het vorige bericht lieten al zien dat je er dan nog niet bent. Toch zoeken veel onderzoekers alleen in Medline en denken vervolgens dat ze 'alles hebben'. Niets is minder waar, zo schrijven Canadese onderzoekers. Ze vergeleken standaardzoekacties voor de behandeling van 15 veelvoorkomende

aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Van de 3445 citaties had EMBASE er 2246, en Medline 1199. Helemaal opvallend is dat de onderzoekers maar 177 artikelen in beide databases vonden. EMBASE spoorde met name meer clinical trials op. In beide gevallen ging het om Engelstalige publicaties, dus taal is geen verklaring voor deze verschillen. Achteraf bleken EMBASE-artikelen soms wel in Medline

aanwezig te zijn, maar werden ze in de standaard zoekactie niet gevonden. Bij literatuuronderzoek horen onderzoekers dus in beide databases te kijken. Probleem voor gewone dokters is wel dat EMBASE niet gratis is. (JZ)

Wilkins T, et al. EMBASE versus Medline for family medicine searches; can Medline searches find the forest or a tree? Can Fam Phys 2005;51;848-9.

Risico op CVA na TIA is simpel te voorspellen

Het risico op een CVA binnen 7 dagen na een TIA blijkt met een simpele score goed te voorspellen. Engelse onderzoekers ontwikkelden zo'n score in een cohort van 209 patiënten met een waarschijnlijke of zekere TIA. De score bestaat uit 4 items: leeftijd ($\geq 60 = 1$), bloeddruk (systolisch >140 of diastolisch ≥ 90 mmHg =1), klinische symptomen (eenzijdige verlamming =2, problemen met praten zonder verlamming =1, anders =0) en duur (≥ 60 minuten =2, 10-59 minuten =1, <10 minuten =0). Alle CVA's binnen 7 dagen traden op bij patiënten met een score ≥ 5 . Bij een score van 6 is het risico op een CVA 35,5%. De onderzoekers valideerden deze score nog eens in twee andere cohorten, en de resultaten

bleven gelijk. De onderzoekers waarschuwen er wel voor dat een score <5 natuurlijk niet garandeert dat er geen CVA optreedt. Het is opvallend dat de bloeddruk in het contact met de TIA belangrijker bleek dan hypertensie in de voorgeschiedenis.

Voor huisartsen is zo'n score relevant om te bepalen welke patiënten echt met spoed door de neurologische molen moeten. De NHG-Standaard TIA geeft als richtlijn dat patiënten met voorbijgaande uitvalsverschijnselen in het stroomgebied van de a. carotis interna binnen 3 werkdagen naar de neuroloog moeten, tenzij er contra-indicaties zijn. Dit onderzoeksmodel zorgt voor een betere onderbouwing van deze haast. Niet alleen een

CVA heeft tegenwoordig dus haast maar ook een flink aantal TIA's. (JZ)

Rothwell PM, et al. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. Lancet 2005;366:29-36.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Roger Damoiseaux, Els Licht, François Schellevis, en Joost Zaat.