

Toch nog een behandeling voor fibromyalgie?

Patiënten met fibromyalgie leveren de huisarts weinig voldoening op. Ze komen vaak op het spreekuur en we kunnen weinig voor ze doen. Een recente Cochrane-review geeft reden tot wat optimisme. Deze systematische review van 34 onderzoeken met in totaal 2276 patiënten liet zien dat fibromyalgiepatiënten baat hebben bij conditietraining (20 minuten per dag onder leiding rennen op de loopband en steps) en krachttraining (2-3 maal per week trainen met gewichten en 'kracht machines') gedurende gemiddeld 12 weken. Van de twee helpt conditietraining het minst. Deze patiënten verbeteren 2 punten op een pijnschaal van 1-10 en 1 punt op een schaal van algemeen welbevinden van 1-10. Krachttraining leverde echter een pijnvermindering op van 49 punten op een schaal van 0-100 en verbetering van het algemeen welbevinden van 41 punten op een schaal van 1-100. Van de pijnpunten in het lichaam, waarvan er 18 schijnen te zijn, hadden de krachtsportbeoefenaren van 2 pijnpunten

minder last dan hun lotgenoten die niet trainen. De conditietraining moet wel langzaam opgebouwd worden op geleide van klachten.

Er zijn genoeg bedenkingen bij deze resultaten. Het effect na de onderzoeksperiode van 12 weken is niet bekend, en het effect op symptomen als moeheid, slapeloosheid en stijfheid evenmin. Een minderheid houdt met name de krachttraining niet vol. De kwaliteit van de meeste onderzoeken is niet denderend. Toch doen? De lijdensdruk voor deze mensen is groot en we hebben weinig anders te bieden; medicatie en psychotherapie lijken niet zinvol. Het voordeel is dat het een activerende behandeling betreft waarbij mensen hun lot meer in eigen handen nemen. Pillen en massage, waar ze vaak om vragen, houden ze passief en afhankelijk. Moeten we ze naar de sportschool sturen of iets organiseren met de fysiotherapie? Voorzover ik weet is dat nooit onderzocht. Het is voor de meeste patiënten geen prettig vooruit-



Foto: Bastiaan Heus / Hollandse Hoogte

zicht om te moeten oefenen te midden van allerlei zeer sportieve types in strakke pakjes. Een beschermde omgeving met lotgenoten onder begeleiding van een fysiotherapeut met de juist mix van empathie en stevigheid lijkt voorlopig de best optie. (HG)

Busch AJ, et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 4. CD003786. DOI: 10.1002/14651858.CD003786.pub 2.

Falende zorg voor hartfalers?

De vereniging van hartpatiënten – HarteZorg – heeft een rapport opgesteld over de zorg voor patiënten met hartfalen in Nederlandse ziekenhuizen. Het project is gefinancierd uit het programma Zeke-reZorg, dat op zijn beurt gesubsidieerd wordt door VWS om van de consumentenbeweging een volwaardige marktpartij te maken. Er wordt niets vermeld over de achtergrond van de samenstellers van het rapport.

Het rapport baseert zich op antwoorden uit een enquête (72% respons) die naar de ziekenhuizen is gestuurd en in het algemeen is ingevuld door hartfalenverpleegkundigen. Hartfalenpoli's in Nederland zijn booming: de eerste startte in 1997 en anno 2008 hebben nagenoeg alle responderende ziekenhuizen een hartfalenpoli. Opvallend is dat slechts de helft van de patiënten door de cardioloog doorver-

wezen worden naar de hartfalenverpleegkundige. De drie belangrijkste redenen om niet door te verwijzen zijn: 'geen behoefte patiënt', 'cardioloog wil zelf begeleiden' en 'patiënt voldoet niet aan instroomcriteria'. Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, thuisbezoeken, afgestemde revalidatieprogramma's en samenwerking tussen medische disciplines is bij hooguit de helft van de ziekenhuizen geregeld. Slechts 14% van de ziekenhuizen had op schrift vastgelegde afspraken met de huisartsen in de regio. Het rapport heeft een erg optimistische toon. Enige bezorgdheid is echter op zijn plaats omdat de auteurs geen rekening hebben gehouden met sociaal wenselijke antwoorden. De hartfalenzorg in het ziekenhuis blijkt ver verwijderd te zijn van de eerste lijn en het is verontrustend dat het rapport als enige oplossing voor dat probleem huisbezoeken door

hartfalenverpleegkundigen en telemonitoring voorstelt. De meest voor de hand liggende oplossing is om de samenwerking en het overleg met de huisarts en de wijkverpleegkundige te verbeteren – maar dat noemen de rapportenschrijvers niet. Een gemiste kans. Het is namelijk al uitgebreid aangetoond dat de kwaliteit van leven, de overleving en de zorg van de patiënt met hartfalen zeer sterk bepaald wordt door diens multi-morbiditeit. Iedere hartfaler heeft minstens 1 andere chronisch progressieve aandoening en het totaal aan comorbide aandoeningen bedraagt zo'n 3-12 per patiënt. Het is moeilijk voorstelbaar dat een cardioloog en hartfalenverpleegkundige dit aankunnen. Dit is werk voor een generalist: de huisarts. (FR)

HarteZorg. Hartfalenzorg in ziekenhuizen. *Uw zorg, onze zorg!* Bilthoven, 2008.