

te behandelen. Op het eerste gezicht lijkt dit een heel eenvoudig boekje, maar uiteindelijk staat alle belangrijke informatie er duidelijk in met goede voorbeelden. In de toelichting staat dat het is gericht

op patiënten, hun omgeving en professionals. Qua taalgebruik is het misschien niet gericht op de huisarts maar toch is dit handzame boekje inhoudelijk beter toegesneden op de praktijk dan menig

tekstboek of wetenschappelijk artikel. Aan te raden voor patiënten, en dan eerst zelf een keer doorlezen.

Ingrid Arnold

Proefschriften

Diabeten hebben verhoogd risico op infecties

Leonie Venmans. *Diabetes and infections. Towards an optimal treatment strategy in primary care* [Proefschrift]. Diabetes Fonds, 2007. 189 pagina's, ISBN 978-90-393-4560-3.

Mensen met diabetes mellitus hebben vaker infecties, onder andere van urine-wegen (UWI), lageluchtwegen (LWI) en huid- en slijmvliezen (HSI). Hulpverleners en patiënten moeten alerter zijn bij het signaleren en behandelen van deze infecties. Dit is het credo van het proefschrift dat Leonie Venmans schreef.

Met gegevens van de Tweede Nationale Studie bepaalde ze de hoogte van het risico ten opzichte van gezonde controlepersonen, voor type 1 en type 2 apart, corrigerend voor comorbiditeit. Het risico voor LWI en UWI bleek niet significant verhoogd: OR LWI 1,32, ns; UWI 1,24, ns; bacteriële en mycotische HSI respectievelijk 1,33 en 1,44, beide wel significant. Mensen met type 1 hadden iets hogere OR's, maar nooit hoger dan 2. Comorbiditeit bleek de belangrijkste voorspeller van infecties. Glykemische instelling en medicatie verhoogden de kans op infecties niet.

Venmans onderzocht de mate van kennis, *health beliefs* en intenties (acties die de patiënt zich voorneemt bij mogelijke infecties) bij 3 focusgroepen met in totaal 23 deelnemers en met vragenlijsten onder 100 diabetespatiënten (respons $n = 43$). De kennis schiet ernstig tekort en veel opvattingen blijken onjuist. Ook is bij een grote groep het te verwachten gedrag bij een infectie inadequaat.

De helft van groep diabetes type 2-patiënten uit twee huisartsenpraktijken ontving een folder met informatie

over LWI en UWI en een vragenlijst. Zij moesten de vragenlijst invullen nadat ze de folder hadden gelezen. De controlegroep ontving alleen een vragenlijst met het verzoek deze in te vullen. Het lezen van de folder leidde niet tot statistisch significant toegenomen kennis vergeleken met de controlegroep. Zonder mondelinge toelichting heeft het uitdelen van een folder dan ook geen zin.

Na een steviger infectie-educatieprogramma onder 1124 diabetespatiënten (interventie $n = 572$, controle $n = 552$) met onder andere een groepsbijeenkomst bleek 53% van de interventiegroep positief te scoren in de intention-to-treatanalyse versus 32% van de controlegroep voor wat betreft gewenst hulpzoekgedrag. Het hulpzoekgedrag bij LWI en UWI werd gemeten met vragenlijsten en het aantal consulten bij voor LWI en UWI relevante klachten.

Infecties komen vaker voor bij mensen met een verminderde gezondheid, met name bij systemische aandoeningen. In dit proefschrift is dat nog eens bevestigd, zij het dat het risico voor diabetes meevalt. Eigenlijk is het interessanter om te weten hoe vaak de onderzochte infecties bij mensen met diabetes tot ernstige problemen leidden, maar dit is niet onderzocht.

De mensen met diabetes zijn zich niet erg bewust van hun verhoogde risico en hierin is moeilijk verandering te brengen. Een folder meegeven helpt enigszins; een flink opgetuigd project scoort na 5 maanden een toename van adequaat hulpzoekend gedrag met 20%. Dit wordt telkens gemeten met een vragenlijst, het daadwerkelijk gedrag kon niet goed worden vastgesteld. Ook de huisartsen beschouwen hun diabetespatiënten niet als bijzonder at risk, gezien hun conservatieve antibioticaprescriptie. Venmans onderzocht systema-

tisch hoe vaak infecties bij diabetes voorkomen, welke factoren een rol spelen, wat de patiënten ervan afweten, en hoe je hun attitude kunt veranderen. Hulde voor haar consequente en vasthoudende aanpak. Ons inzicht in de rol van de diabetes en van de patiënt bij huis-tuin-en-keukeninfecties is toegenomen.

We moeten enerzijds kwetsbare mensen, dus ook mensen met diabetes, extra in de gaten blijven houden als ze ziek worden. Anderzijds vertelt dit proefschrift ons dat het veranderen van opvattingen en helemaal gedrag van mensen heel lastig is, maar wel mogelijk.

Ymte Groeneveld

Astmacontrole bij kinderen

Wanda Hagmolen of ten Have. *Towards asthma control in children in general practice. Asthma Insights and reality* [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit Amsterdam, 2007. 136 pagina's. ISBN 978-90-9022407-7.

Wanda Hagmolen of ten Have deed onderzoek naar de mate van astmacontrole bij kinderen met astma, die onder behandeling zijn in huisartsenpraktijken in Almere. Haar belangrijkste conclusie is dat een deel van de kinderen met astma momenteel onderbehandeld wordt. Bijna de helft van de kinderen heeft een forse bronchiale hyperreactiviteit en ruim een derde duidelijk onvoldoende astmacontrole. De trend in deze cijfers komt overeen met internationaal onderzoek met behulp van telefonische enquêtes zoals het AIRE- en het INSPIRE-onderzoek.^{1,2} Het probleem is helder: huisartsen zijn verantwoordelijk voor de behandeling van kinderen met astma en voeren deze

taak ook uit, maar de resultaten zijn pover. Het doel van het onderzoek was de beste (nascholings)strategie te vinden om dit te verbeteren. Daarvoor randomiseerde de promovenda huisartsen over drie soorten interventies: het toesturen van de NHG-richtlijnen (A), het toesturen van NHG-richtlijnen en een nascholing van twee keer twee uur (B), en behalve de richtlijnen en nascholing ook een individueel behandeladvies voor elk kind met astma dat in de onderzoeksgroep zat (C). Na een jaar werden door middel van dagboekjes symptomen gemeten en werd aan de ouders gevraagd een symptomen-vragenlijstje in te vullen over het afgelopen jaar. Ten slotte werd aan het begin en een jaar na de interventie de Bronchiale Hyper Reactiviteit (BHR) gemeten met een methacholinetest. In totaal 362 kinderen completeerden het onderzoek, wat op zich een groot compliment waard is. Weinig onderzoekers weten het klaar te spelen om zo'n grote groep kinderen in de huisartsenpraktijk een jaar lang te vervolgen na een interventie.

Helaas zijn de resultaten enigszins voorspelbaar. Door het onderzoek waren alle collega's tijdelijk meer gespitst op de behandeling van astma. Kinderen in alle drie groepen verbeterden iets op tenminste een van de parameters. Verder was er een duidelijke trend van een grotere verbetering in de groep die individueel advies kreeg. Bij deze groep verbeterde de BHR statistisch 'highly significant' zoals de auteur zegt, maar de klinische relevantie hiervan is mij minder helder. Deze grotere verbetering hing samen met het intensievere gebruik van inhalatiecorticosteroiden door de kinderen.

Een van de hoofdstukken gaat verder in op de relatie tussen BHR en symptomen. De conclusie van dit hoofdstuk is dat symptomen geen goede voorspeller zijn van BHR en dat een deel van de kinderen met ernstige BHR geen of weinig symptomen rapporteert. Hoewel dit ook al bekend is uit onderzoeken die bij volwassenen zijn gedaan, vind ik de aanbeveling aan het eind van dit hoofdstuk erg voorbarig. De auteur stelt dat symptomen blijkbaar onvoldoende worden gerapporteerd en

stelt daarom voor de behandeling van deze kinderen op geleide van een marker van inflammatie te doen zoals BHR. Dat laatste kan in ieder geval nog niet uit haar onderzoek worden geconcludeerd.

Tijdens het onderzoek werd onder andere ook de inhalatietechniek van de kinderen gemeten en de kinderen kregen zo nodig opnieuw instructie. Na een jaar werd gekeken of deze instructie had bijgedragen aan een verbeterde techniek. Veel kinderen maakten fouten bij het inhaleren, maar het goede nieuws is dat meer dan 80% van de kinderen bij de meerderheid van de inhalatoren de essentiële handelingen goed verrichtten. Tevens bleek dat instructie de techniek duidelijk verbeterde. Alleen de dosisaërosol zonder voorzetskamer werd door maar 20% van de kinderen juist gebruikt. Hoewel ook dit iets verbeterde na een jaar gebruik is dit een extra reden om altijd een voorzetskamer voor te schrijven bij een dosisaërosol.

Commentaar

Het is een mooi proefschrift geworden waarbij de rauwe werkelijkheid van de huisartsenpraktijk goed naar voren komt. In de dagelijkse praktijk kan je van alles willen maar ondanks veel inzet zijn de resultaten soms pover. Solitaire interventies zoals het sturen van een folder en nascholing hebben vaak geen invloed op patiëntuitkomsten. Dat is direct ook mijn commentaar op de onderzoeksopzet; ook tijdens de opzet van het onderzoek was dit al bekend.³ Groep A en B zijn daarom geen werkelijke interventiegroepen maar meer een controlegroep. Liever had ik gehad dat deze controlegroep ook daadwerkelijk usual care vertegenwoordigde. Verder lijkt het in de diverse hoofdstukken of de auteurs een zekere vooringenomenheid hebben tegen het meten van symptomen en voor het meten van BHR. Juist dat laatste is erg lastig in de praktijk en het eerste erg makkelijk. Hoewel hun meest intensieve interventiegroep – de groep met het individuele advies – dit advies kreeg op grond van BHR, is het niet vergeleken in een onderzoek met begeleiding op grond van symptomen. Het is nu dus nog te kort door de bocht

om BHR tot gouden standaard voor de begeleiding te verkiezen boven symptomen. Mijn voorstel zou zijn om eerst te komen tot een goede meting en registratie van die symptomen. In ieder geval is dat waarmee we het moeten doen in de huisartsenpraktijk, zeker in een meer perifeer gelegen plaats als Tjuchem (Groningen). De simpele constatering dat dit niet voldoet is mij een beetje te simpel.

Thys van der Molen

- 1 Rabe KF. *Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study*. *Eur Respir J* 2000;16:802-7.
- 2 Partridge MR, Van der Molen T, Myrseth S-E, Busse WW. *Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study*. *BMC Pulm Med* 2006;6:13.
- 3 Veninga CC, Lagerl PØ, Wahlström R, Muskova M, Denig P, Berkhof J, et al. *Evaluating an educational intervention to improve the treatment of asthma in four European countries*. *Drug Education Project Group*. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1254-62.

Taakherschikking in de huisartsenpraktijk

Miranda Laurant. *Changes in skill mix. The impact of adding nurses to the primary care team* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2007. 232 pagina's. ISBN 978-90-76316-44-4.

Dit proefschrift van Miranda Laurant draagt bij aan de evidence over de inzet van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Hoewel onderdelen uit haar onderzoek mogelijk alweer gedateerd zijn, bevat het werk van Laurant toch een aantal belangrijke uitkomsten die kunnen helpen bij de verdere uitwerking van de zogenaamde taakherschikking in de huisartsenpraktijk.

Het eerste deel van het proefschrift geeft een uitvoerige omschrijving van het concept taakherschikking in de eerstelijnsgezondheidszorg op basis van gegevens uit de internationale literatuur. Belangrijke factoren die leiden tot de ontwikkeling van taakherschikking zijn stijgende kosten van de gezondheidszorg, toegenomen