

Prikkelbaredarmsyndroom: zelfmanagement met een pocketcomputer

Samenvatting

Oerlemans S, Van Cranenburgh O, Herremans PJ, Spreeuwenberg P, Van Dulmen S. Prikkelbaredarmsyndroom: zelfmanagement met een pocketcomputer. *Huisarts Wet* 2012;55(3):126-30.

DOEL Vaststellen of een cognitieve gedragstherapie (CGT)-interventie met behulp van pocketcomputers haalbaar en effectief is in het kader van het zelfmanagement van prikkelbaredarmsyndroom (PDS)-patiënten.

METHODE We randomiseerden 76 PDS-patiënten; naar een controlegroep die alleen standaard huisartsenzorg ontving en een interventiegroep die daarnaast een vierweekse CGT-interventie met behulp van de pocketcomputer kreeg. Gedurende drie van de vier weken kreeg de interventiegroep situationele feedback van een psycholoog in reactie op hun antwoorden op de vragen uit het elektronische dagboek. De feedback richtte zich op signalen van inadequaaf zelfmanagement: disfunctionele cognities, catastroferende gedachten en vermijdingsgedrag. Alle patiënten vulden voorafgaand aan de interventie (baseline), na de interventie (vier weken) en na drie maanden een set vragen (lijsten) in.

RESULTATEN Na 4 weken rapporteerden patiënten uit de interventiegroep een significante grotere verbetering in catastroferend denken ($p < 0,01$), kwaliteit van leven ($p < 0,05$) en buikpijn ($p < 0,05$) dan de controlegroep. De verbetering in catastroferend denken hield ook na drie maanden stand.

CONCLUSIE Een CGT-interventie met behulp van pocketcomputers is haalbaar en, tenminste op de korte termijn, effectief wat betreft verbetering van buikpijn, kwaliteit van leven en catastroferend denken bij PDS-patiënten. Dat de enige langetermijnverbetering (catastroferend denken) niet bij andere symptomen was terug te zien, kan betekenen dat de verbetering in gedachten niet meteen relevant is voor een vermindering van klachten.

INLEIDING

Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is een functionele darmaandoening waarbij buikpijn/-klachten gepaard gaan met (verstoorde) ontlasting of verandering in stoelgang.^{1,2} Voor huisartsen en gastro-enterologen is PDS een van de meest voorkomende klinische problemen. De prevalentie van PDS in de algemene bevolking is 10 tot 25%, van wie een derde medisch advies zoekt. PDS komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen.³⁻⁵

Tot op heden lijkt PDS geen verband te houden met biochemische, structurele of serologische afwijkingen.⁶ Men baseert

de diagnose daarom op symptomatische criteria, zoals de Rome III-criteria.⁷ Hoewel sommige medische behandelingen, zoals spierontspanners, uitkomst kunnen bieden,^{8,9} is er geen universeel effectief medicijn.¹⁰

Verbetering van zelfmanagement van de patiënt die is gericht op vermindering van zorggebruik¹⁴ en verbetering van symptomen en kwaliteit van leven blijken effectief.¹¹⁻¹⁵ Het is daarbij essentieel dat men zich met behulp van cognitieve gedragstherapie (CGT) richt op herstructurering van disfunctionele cognities en gedrag, zoals catastroferende gedachten en vermijdingsgedrag.¹⁶ Directe, situationele CGT-feedback op het moment dat dergelijke cognities en gedragingen zich voordoen, kan het zelfmanagement van de patiënt wellicht verder verbeteren en buikklachten doen verminderen.

Een valide en betrouwbare manier voor het meten van actuele klachten en klachtgerelateerde cognities is het bijhouden van een dagboek¹⁷⁻¹⁹ op een pocketcomputer (Personal Digital Assistant; PDA). Pocketcomputers garanderen een betrouwbare opslag van gegevens, maken het mogelijk om de onderzoeker onmiddellijk te voorzien van gegevens en zijn te gebruiken voor het sturen van situationele feedback.²⁰⁻²²

Met onze trial wilden we vaststellen of een CGT-interventie met behulp van pocketcomputers haalbaar en effectief is in het kader van het zelfmanagement van PDS-patiënten. De feedback richtte zich op signalen van inadequaaf zelfmanagement: disfunctionele cognities, catastroferende gedachten en vermijdingsgedrag. We verwachtten dat patiënten in de interventiegroep meer dan de controlegroep verbeterden wat betreft 1) disfunctionele cognities, 2) kwaliteit van leven en 3) ernst van de buikklachten.

Wat is bekend?

- Voor het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) bestaat geen universeel effectief medicijn.
- Stimuleren van zelfmanagement door herstructurering van disfunctionele cognities en gedrag op basis van (minimale) cognitieve gedragstherapie (CGT) is bewezen effectief.
- CGT werkt wellicht nog beter door situationele feedback via pocketcomputers, dat wil zeggen op momenten waarop disfunctionele cognities en gedragingen zich voordoen.

Wat is nieuw?

- Op korte termijn verbeterden PDS-gerelateerde disfunctionele cognities, kwaliteit van leven en pijnklachten met situationele feedback via pocketcomputers meer dan met alleen standaard huisartsenzorg.
- Er is aandacht nodig voor de implementatie van dergelijke effectieve e-health-interventies in de eerste lijn.

Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ), afdeling Onderzoek, Zernikestraat 29, 5612 HZ Eindhoven: S. Oerlemans, onderzoeker/psycholoog. AMC, afdeling Huidziekten, Amsterdam: O. van Cranenburgh, psycholoog/onderzoeker. Altrecht psychosomatiek, Utrecht: P.J. Herremans, fysiotherapeut/psycholoog. NIVEL, Utrecht: P. Spreeuwenberg, statisticus. NIVEL, Utrecht/UMC St Radboud, Nijmegen: prof.dr. S. van Dulmen, psycholoog/programmameerder • Correspondentie: s.vandulmen@nivel.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Oerlemans S, Van Cranenburgh O, Herremans PJ, Spreeuwenberg P, Van Dulmen S. Intervening on cognitions and behavior in irritable bowel syndrome: A feasibility trial using PDAs. *J Psychosom Res* 2011;70:267-77 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODE

Patiënten

De inclusie van patiënten verliep via huisartsen en de PDS-patiëntenvereniging, en vond plaats tussen maart 2007 en juli 2008. We includeerden patiënten als 1) een arts ten minste drie maanden geleden bij hen de diagnose PDS had gesteld aan de hand van de ICPC (International Classification of Primary Care) code D93 of de Rome III-criteria,⁷ 2) de patiënten de Nederlandse taal konden begrijpen, 3) ze geen visuele handicap hadden en 4) tussen de 18 en 65 jaar oud waren. We sloten patiënten uit als ze 1) geen PDS hadden, 2) een andere aandoening hadden (zoals kanker, psychische stoornissen) of 3) al psychologische hulp kregen. Na toepassing van de in- en exclusiecriteria bleven 99 van de 116 aangemelde patiënten over. De 76 patiënten die uiteindelijk mee wilden doen verdeelden we at random over de interventie- en controlegroep.

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de METC en geregistreerd in het Nederlandse trialregister: IS-RCTNo9185998.

Meetinstrumenten

Vragenlijsten

Alle patiënten vulden voorafgaand aan de interventie (baseline), na de interventie (4 weken) en na 3 maanden (follow-up) de volgende vragenlijsten in:

- De Cognitive Scale for Functional Bowel Disorders (CSFBD): een ziektespecifieke schaal die disfunctionele cognities meet die gerelateerd zijn aan gastro-intestinale syndromen zoals PDS.²³ De vragenlijst bevat thema's als angst, perfectionisme, pijn, frustratie en schaamte.
- De Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QoL): een ziektespecifieke vragenlijst die de invloed van PDS op het leven meet.²⁴ De vragenlijst bevat vragen over het vermijden van eten, het sociaal functioneren, de mentale gezondheid, slaap en energie.
- The Pain Catastrophizing Scale (PCS), die de mate van catastroferend denken over pijn²⁵ meet aan de hand van de dimensies gevoelens van hulpeloosheid bij pijn, rumineren van pijnsymptomen en het vergroten van pijngerelateerde klachten.
- De ernst van de buikpijn maten we met één vraag op een vijfpuntsschaal (1 = geen pijn tot 5 = ernstige, verstorende pijn).²⁶

Elektronisch dagboek

Patiënten in de interventiegroep hielden gedurende vier weken een elektronisch dagboek bij op een pocketcomputer, waarop ze drie keer per dag een korte vragenlijst invulden met maximaal vijftien vragen over klachten, activiteiten, cognities en gevoelens.

Interventie

We verdeelden de patiënten at random over een controlegroep die alleen standaard huisartsenzorg ontving en een

interventiegroep die daarnaast een CGT-interventie met behulp van de pocketcomputer kreeg. Gedurende drie van de vier weken kregen zij bovendien situationele feedback van een psycholoog in reactie op hun antwoorden op de vragen uit het elektronische middagboek. Dat gebeurde aan de hand van een feedbackprotocol, dat is ontwikkeld voor het standaardiseren van de feedback en is gebaseerd op actuele PDS-literatuur, waaronder het zorgboek prikkelbaredarmsyndroom van een consortium van Nederlandse PDS-experts.^{15,27,28} De op CGT gebaseerde feedback richtte zich op PDS-klachten, catastroferende gedachten, disfunctionele cognities en vermijdingsgedrag. Het doel van de feedback was 1) het stimuleren van zelfmanagement, 2) geruststellen en 3) het geven van algemene informatie over (het omgaan met) PDS.

Statistische analyses

We voerden de analyses uit in MLwiN, versie 2.02. We deden een multiniveau-analyse²⁹ (met herhaalde metingen) om te bepalen of de standaard huisartsenzorg samen met de CGT-pocketcomputerinterventie effectiever was dan alleen standaard huisartsenzorg. De ernst van de buikpijn, disfunctionele cognities, kwaliteit van leven en catastroferende gedachten waren de afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen waren controle- of interventiegroep, tijd en sociodemografische patiëntkenmerken. Alle geschatte gemiddelden corrigeerden we voor autocorrelaties tussen metingen binnen individuen en standaardiseerden we naar geslacht, opleiding, leeftijd en het hebben van diarree (de enige variabele waarop de groepen verschillen). Alle verschillen testten we met de Wald-test.

RESULTATEN

Kenmerken van de onderzoeksgroep

Van de 76 geïncludeerde patiënten vulden 38 patiënten uit de controlegroep en 37 patiënten uit de interventiegroep de baselinevragenlijst in. In de controlegroep vulden 36 patiënten de tweede vragenlijst en 35 patiënten alle vragenlijsten in. In de interventiegroep vulden 36 patiënten de tweede vragenlijst in en 26 patiënten alle vragenlijsten.

[Tabel 1] geeft de sociodemografische kenmerken van de totale onderzoeksgroep weer, [tabel 2] bevat de veranderingen in de tijd. Op baseline hadden meer patiënten in de controlegroep diarree.

Disfunctionele cognities

Met betrekking tot disfunctionele cognities vonden we geen significante korte- (vier weken) of langetermijnverschillen (drie maanden) tussen de interventie- en controlegroep (laatste twee kolommen [tabel 2]).

Kwaliteit van leven

Een vergelijking van de scores op de baseline en de korte termijn liet zien dat de interventiegroep een significant grotere verbetering in kwaliteit van leven vertoonde dan de contro-

Tabel 1 Sociodemografische kenmerken van de patiënten

Variabele	Controlegroep (n = 39)	Interventiegroep (n = 37)
Leeftijd in jaren (sd)	40,6 (15,5)	35,9 (11,7)
Geslacht (percentage vrouw)	76,9%	91,9%
Opleiding		
▪ laag	12,8%	13,5%
▪ midden	51,3%	54,1%
▪ hoog	35,9%	29,7%
Burgerlijke staat:		
▪ niet getrouwd/alleenstaand	28,2%	43,2%
▪ getrouwd/samenwonend	64,1%	54,1%
▪ gescheiden	7,7%	2,7%
Gastro-intestinale symptomen:		
▪ obstipatie	25,6%	43,2%
▪ diarree	46,2%	18,9%
▪ opgeblazen gevoel	64,1%	81,1%
▪ winderigheid	87,2%	67,6%
▪ buikrommelingen	69,2%	73,0%

legroep ($c^2 = 4,08$, $p < 0,05$, $df = 1$). Op de lange termijn waren er geen verschillen in kwaliteit van leven tussen de groepen.

Catastroferende gedachten

Een vergelijking van de scores tussen de baseline en vier weken bevestigt dat de interventiegroep significant meer verbeterde wat betreft catastroferend denken dan de controlegroep ($c^2 = 9,33$, $p < 0,01$, $df = 1$). Deze verbetering hield ook na drie maanden stand ($c^2 = 7,06$, $p < 0,01$, $df = 1$).

Buikpijn

De interventiegroep verbeterde op de korte termijn significant meer wat betreft pijn dan de controlegroep ($c^2 = 5,44$, $p < 0,05$, $df = 1$). Na drie maanden was dit verschil niet meer meetbaar.

BESCHOUWING

Dit onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met PDS in de interventiegroep op de korte termijn meer verbeterden wat betreft catastroferend denken, kwaliteit van leven en buikpijn, dan de groep die alleen standaard huisartsenzorg kreeg. De verbetering in catastroferend denken hield ook na drie

maanden stand.

Haalbaarheid

Hoewel niet alle interventiegroeppatiënten de follow-up-meting na drie maanden voltooiden, deden alle 37 interventiegroeppatiënten volledig mee aan de interventie, waarbij ze vier weken lang driemaal daags een dagboek invulden, en voltooiden ze allemaal de follow-upmeting na vier weken. De e-health-interventie lijkt dus haalbaar. De hogere uitval in de interventiegroep op de follow-upmeting na drie maanden kan echter ook betekenen dat het invullen van de vragenlijsten en de dagboeken een zware belasting is, waarmee de controlegroep niet te kampen heeft. Uit post-hocvergelijkingen op de baseline en follow-upmetingen tussen uitvallers en voltooiers bleek dat uitvallers over het algemeen een gunstiger kwaliteit van leven hadden, wat resulteerde in meer positieve scores op de subschaal van de kwaliteit van relaties. De uitvallers waren dus in ieder geval niet de zwaardere gevallen.

Sterke punten en beperkingen

Sterk punt in dit onderzoek was dat we patiënten randomiseerden naar controle- of interventiegroep. Daarnaast gebruikten we twee uitkomstmaten die men speciaal voor PDS heeft ontwikkeld: IBS-QoL en CSFBD. Bovendien hebben we de power van deze trial verhoogd door bijna 40 patiënten per groep te includeren. Dit onderzoek had daarnaast een hoog follow-uppercentage: 95% voltooide de tweede meting en 80% voltooide alle metingen.

De patiënten die aan dit onderzoek meededen hadden echter verschillende vormen van PDS: met diarree en/of obstipatie. De uitkomsten voor deze, relatief kleine, subgroepen kunnen uiteenlopen, wat generalisatie van de resultaten in de weg staat. Bovendien hebben we geen procesmeting gedaan om te onderzoeken of de deelnemers hebben geleerd van de ontvangen informatie en of ze de feedback echt hebben begrepen.

Implementatie in de eerste lijn

Onze e-health-interventie vormt een van de vele initiatieven

Tabel 2 Gemiddelde scores op baseline (T0), 4 weken (T1) en 3 maanden follow-up (T2) van primaire en secundaire uitkomstvariabelen voor de interventiegroep (To: n = 37, T1: n = 36, T2: n = 26) en de controlegroep (To: n = 39, T1: n = 36, T3: n = 35)

Uitkomstmaat	Groep	T0	95%-BI	T1	95%-BI	T2	95%-BI	T0-T1	T0-T2
CSFBD-totaalscore	Interventie	79,82	61,39-98,26	70,83*	52,16-89,49	68,74**	49,13-88,34	8,99	11,08
	Controle	77,74	60,57-94,90	75,90	59,21-92,59	72,08	54,39-89,77	1,84	5,66
IBS-QoL-totaalscore	Interventie	74,76	65,56-83,95	78,60*	69,29-87,91	78,46**	69,08-87,85	-3,84#	-3,70
	Controle	80,53	72,31-88,76	79,62	72,02-87,22	80,21	72,01-88,41	0,91	0,32
PCS-totaalscore	Interventie	26,93	21,36-32,50	23,57†	18,44-28,70	22,21††	16,83-27,59	3,36###	4,72###
	Controle	21,99	16,71-27,26	24,13	19,03-29,23	23,10	18,13-28,07	-2,14	-1,11
Buikpijn	Interventie	1,98	1,57-2,38	1,46‡	1,03-1,90	1,75	1,31-2,19	0,52#	0,23
	Controle	1,99	1,51-2,47	1,89	1,44-2,33	2,03	1,55-2,50	0,1	-0,04

Verschillen binnen groepen: T0 versus T1: * $p < 0,05$, chi-kwadraat 3,84, † $p < 0,01$, chi-kwadraat 6,64 †† $p < 0,001$, chi-kwadraat 10,83
 Verschillen tussen groepen T0 versus T2: ** $p < 0,05$, chi-kwadraat 3,84, †† $p < 0,01$, chi-kwadraat 6,64, ††† $p < 0,001$, chi-kwadraat 10,83
 CSFBD = Cognitive Scale Functional Bowel Syndrome, IBS-QoL = Irritable Bowel Syndrome Quality of Life, PCS = Pain Catastrophizing Scale
 T0-T1 geeft het effect op korte termijn weer; T0-T2 geeft het effect op lange termijn weer. # verwijst naar de p-waarden van de tests voor verschillen tussen groepen, # $p < 0,05$, ### $p < 0,01$.

die men de laatste jaren heeft ontwikkeld en getest om patiënten in hun eigen leefomgeving en op een andere manier te begeleiden dan (alleen) tijdens face-to-face-contacten in de spreekkamer. Ze past bovendien in de trend van het verstevigen van zelfmanagementsvaardigheden van patiënten en sluit daarmee naadloos aan op het beleid van de minister om patiënten meer verantwoordelijkheid te geven voor hun gezondheid en ziekte. De vraag die resteert is hoe dergelijke, door technologie ondersteunde begeleiding van patiënten een plek kan krijgen binnen de alledaagse zorg. Met andere woorden, is het intensief op afstand begeleiden van patiënten toe te passen in de dagelijkse praktijk en wie zou die begeleiding dan het beste op zich kunnen nemen – de huisarts, de praktijkondersteuner (POH) of de eerstelijnspsycholoog?

Begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen komt meer en meer in handen van POH'ers te liggen. Begeleiding van patiënten met medisch onverklaarde aandoeningen, zoals PDS, is vooralsnog geen gemeengoed voor de POH-somatiek, noch de POH-ggz. Veel eerstelijnspsychologen richten zich wel specifiek op patiënten met psychosomatische aandoeningen. Binnen hun behandelingsmogelijkheden past een relatief kortdurende interventie, zoals die wij via de pocketcomputer (of smartphone) hebben ontwikkeld en getest voor patiënten met PDS.

Om kwaliteit en een juist gebruik van een dergelijke e-health-interventie te monitoren, is het van belang dat huisartsen patiënten daar naar verwijzen. Dat betekent dat ze de diagnose stellen, bepalen of een patiënt geïndiceerd en gemotiveerd is voor begeleiding op afstand en een patiënt vervolgens doorverwijzen voor een e-health-behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Op die manier blijft de interventie onderdeel van het zorgproces. De eerste bevindingen van vergelijkbare, naar ons voorbeeld ontwikkelde trials, die men momenteel in Noorwegen uitvoert bij patiënten met fibromyalgie³⁰ en type-2-diabetes, laten zien dat het haalbaar is om andere zorgverleners in te zetten, zoals een diabetesverpleegkundige. Het integreren van een e-health-interventie in de dagelijkse praktijk blijkt in de opstartfase weliswaar extra tijd te kosten, vooral doordat men moet leren om korte feedbackberichten op te stellen, maar de interventie kost na verloop van tijd niet meer tijd dan de begeleiding van patiënten binnen traditionele zorgcontacten.

Ten slotte onderkennen zorgverzekeraars ook meer en meer het belang en de kosteneffectiviteit van e-health-interventies. Het is te verwachten dat financiering, zoals die reeds gebeurt met betrekking tot e-mailconsulten en specifieke zelfhulpprogramma's op internet, ook voor andere e-health-interventies niet lang meer op zich laat wachten. De minister juicht e-health-interventies immers van harte toe.

Toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op een langere interventieperiode, waarin men de gegeven feedback herhaalt. Het meenemen van procesmaten kan heel waardevol zijn omdat men daarmee kan bepalen of patiënten daad-

werkelijk iets nieuws leren en in staat zijn om het geleerde toe te passen.

CONCLUSIE

Concluderend blijkt uit onze resultaten dat een cognitief-gedragmatige interventie met behulp van pocketcomputers haalbaar is en, tenminste op de korte termijn, effectief is wat betreft verbetering van buikpijn, kwaliteit van leven en catastroferend denken bij PDS-patiënten. Dat de enige langetermijnverbetering (die bij catastroferend denken) niet bij andere symptomen was terug te zien, kan betekenen dat de verbetering in gedachten niet meteen relevant is voor een vermindering van klachten. Toekomstig onderzoek moet de mechanismen die hieraan ten grondslag liggen blootleggen en uitzoeken welke (combinatie van) elementen van de interventie (het monitoren van symptomen, de CGT, het elektronische dagboek en/of de minimale contacttherapie) tot positieve resultaten leidt. ■

LITERATUUR

- 1 Bijkerk CJ, De Wit NJ, Stalman WA, Knottnerus JA, Hoes AW, Muris JW. Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' views on symptoms, etiology and management. *Can J Gastroenterol* 2003;17:363-8; quiz 405-6.
- 2 Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Cut* 1999;45 Suppl 2:1143-7.
- 3 Muller-Lissner SA, Bollani S, Brummer RJ, Coremans G, Dapoigny M, Marshall JK, et al. Epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Europe and North America. *Digestion* 2001;64:200-4.
- 4 Muris JW, Starmans R, Fijten GH, Crebolder HF, Krebber TF, Knottnerus JA. Abdominal pain in general practice. *Fam Pract* 1993;10:387-90.
- 5 Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Cut* 2000;46:78-82.
- 6 Foxx-Orenstein A. IBS – review and what's new. *MedGenMed* 2006;8:20.
- 7 Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- 8 Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136-47.
- 9 Longstreth GF, Drossman DA. New developments in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Curr Gastroenterol Rep* 2002;4:427-34.
- 10 Cash BD, Chey WD. Advances in the management of irritable bowel syndrome. *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5:468-75.
- 11 Gould R, Clum G. A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clin Psychol Rev* 1993;13:169-86.
- 12 Heitkemper MM, Jarrett ME, Levy RL, Cain KC, Burr RL, Feld A, et al. Self-management for women with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:585-96.
- 13 Mains JA, Scogin FR. The effectiveness of self-administered treatments: a practice-friendly review of the research. *J Clin Psychol* 2003;59:237-46.
- 14 Marrs RW. A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Community Psychol* 1995;23:843-70.
- 15 Van Dulmen AM, Fennis JF, Mokkink HG, Bleijenberg G. The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1996;13:12-7.
- 16 American College of Gastroenterology Task Force on IBS. An evidence-based systematic review in the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009;104 (suppl 1).
- 17 Jarrett M, Heitkemper M, Cain KC, Tuftin M, Walker EA, Bond EF, et al. The relationship between psychological distress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 1998;47:154-61.
- 18 Payne A, Blanchard EB. A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:779-86.
- 19 Van Dulmen AM, Fennis JF, Bleijenberg G. Cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up. *Psychosom Med* 1996;58:508-14.
- 20 Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the Experience-Sampling Method. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:526-36.

- 21 Morren M, Van Dulmen S, Ouwerkerk J, Bensing J. Compliance with momentary pain measurement using electronic diaries: a systematic review. *Eur J Pain* 2009;13:354-65.
- 22 Stone A, Shiffmann S. Ecological Momentary Assessment (EMA) in behavioral medicine. *Ann Behav Med* 1994;16:199-202.
- 23 Toner BB, Stuckless N, Ali A, Downie F, Emmott S, Akman D. The development of a cognitive scale for functional bowel disorders. *Psychosom Med* 1998;60:492-7.
- 24 Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998;43:400-11.
- 25 Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524-32.
- 26 Van Dulmen AM, Fennis JF, Mookink HG, Van der Velden HC, Bleijenberg G. Doctors' perception of patients' cognitions and complaints in irritable bowel syndrome at an out-patient clinic. *J Psychosom Res* 1994;38:581-90.
- 27 Van der Horst HE, Schellevis FG, Van Eijk JT, Bleijenberg G. Managing patients with irritable bowel syndrome in general practice. How to promote and reinforce self-care activities. *Patient Educ Couns* 1998;35:149-56.
- 28 Whitehead WE, Corazziari E, Prizont R, Senior JR, Thompson WG, Veldhuyzen Van Zanten SJ. Definition of a responder in clinical trials for functional gastrointestinal disorders: report on a symposium. *Gut* 1999;45 Suppl 2:1178-9.
- 29 Leyland AH, Groenewegen PP. Multilevel modelling and public health policy. *Scand J Public Health* 2003;31:267-74.
- 30 Kristjansdottir OB, Fors E, Erlend E, Finset A, Van Dulmen S, Wigers SH, Eide H. Written situational feedback via mobile phone to support self-management of chronic widespread pain: a usability study of a web based intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011;12:5.



- zeer matig ●●
- matig ●●●
- redelijk ●●●●
- goed ●●●●●
- niet te missen ●●●●●●

Praktijkvoering breed belicht

Dijkers F, Nijland A, In 't Veld K, redactie. *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde*. Amsterdam: Reed Business, 2011. 374 pagina's, € 39,95. ISBN 978 90 352 3357 7.

Doelgroep Zowel aios als praktijkhoudende huisartsen.

Inhoud Het NHG rekent het al jaren tot haar taak om aandacht te besteden aan de praktijkvoering van de Nederlandse huisarts. Ook bij deze nieuwste editie is het NHG nauw betrokken. Het is de redactie gelukt een prettig leesbaar boek te maken dat vele gezichtspunten belicht rondom praktijkvoering. Veertig auteurs zijn daarvoor aangezocht. De meeste zijn huisarts, maar ook docenten, juristen en economen schreven mee. Zij nemen in 33 hoofdstukken de praktijkvoering van huisartsen anno 2011 onder de loep.



Het is geen studieboek, maar meer een praktisch leesboek dat zich leent om ideeën op te doen over personeelsbeleid, bouw en inrichting van de praktijk, wetten en regelgeving, automatisering, et cetera. Elk hoofdstuk geeft genoeg inspira-

tie om kritisch naar de eigen praktijkvoering te kijken, maar ook ideeën op te doen voor praktijkvoering in een toekomstige eigen praktijk. Leuk zijn de blauwe bladzijden met eigen ervaringen van een aantal auteurs. Daarmee wordt duidelijk dat praktijkvoering ook compromissen sluiten betekent. In de tekst wordt regelmatig verwezen naar websites voor detailinformatie. De redactie belooft een poging te doen het boek in de toekomst te blijven actualiseren via de website van Reed Business. Wie echter specifiek iets zoekt, zoals een uitgewerkt idee voor een nieuw project voor de praktijkondersteuner somatiek, wordt teleurgesteld. Het gaat in dit boek meer om de grote lijnen.

Praktijkvoering vraagt van de praktijkhouder voortdurend aandacht en onderhoud. Dit kan hij niet alleen. Het gaat om samenwerken, onderhandelen, talenten tot ontplooiing brengen, mogelijkheden afwegen, souplesse tonen. In deze tijd van snelle veranderingen is een boek waarin de basale aspecten van praktijkvoering aan bod komen een welkom hulpmiddel. De lezer kan aan de hand van dit boek een onderwerp bij de kop nemen. Niet alles tegelijk. Ik vind dit een leuk en inspirerend boek om in te lezen, even weg te leggen en weer op te pakken.

Oordeel Een zeer brede aanpak van de praktijkvoering. Geslaagd voor wat betreft algemene uitgangspunten. Detailinformatie is te vinden via de websites waarnaar in de tekst wordt verwezen. ■

Jeroen van der Lugt

Waardering: ●●●●