

Helpt bijscholing?

Smelt en collegae bestuderen in dit nummer van H&W of een gerichte training van huisartsen in migrainebehandeling effectief is.¹ Dit is een belangrijke onderzoeksvraag, want maar al te vaak heeft de stortvloed aan medische literatuur bar weinig effect op het praktisch handelen. Feiten spreken blijkbaar de verkeerde taal. Dokters verhogen dan slechts hun eigen dosering door nog meer bijscholing te gaan volgen. Het is maar de vraag of dit helpt.

Dit onderzoek gaat over beïnvloeding van dokters, om meer profylactica voor te schrijven bij frequente migraine en grootgebruik van triptanen te beperken. De dokters in de interventiegroep kregen een training van twee keer drie uur bijscholing, aan de hand van de NHG-Standaard Hoofdpijn, terwijl de controlegroep geen training kreeg.

METHODOLOGIE EN UITKOMSTEN

De auteurs kozen een slimme methode om de randomisatie van praktijken te stratificeren, namelijk door te selecteren op het percentage regelmatige gebruikers van triptanen. Het aantal triptaangebruikers in een praktijk zegt namelijk iets over de gewoontes van dokters. Of dat nu juist goede gewoontes zijn – meer patiënten met effectieve aanvalsbehandeling – of minder goede gewoontes – meer overgebruikers en minder voorschriften van profylactica – is niet te zeggen. Maar bij de randomisatie van praktijken is dat precies waar de vertekening kan zitten. Bovendien is de vraagstelling van het onderzoek of gerichte gedragsverandering van huisartsen effect heeft op de kwaliteit van de migrainebehandeling. De onderzoekers stratificeerden dus dicht bij de uitkomstmaat.

Het gebruik van profylactica bij de start was met 30% van de patiënten hoog te noemen, en veel hoger dan verwacht. Dit beperkt het mogelijk te bereiken effect. De patiënten waren geselecteerd op eerder triptaangebruik van twee of meer triptanen per maand. Het gemiddelde triptaangebruik was 5 per maand, maar volgens de prospectieve dagboekregistratie had eenderde minder dan twee aanvallen per maand, het afkappunt voor zinvol profylacticumgebruik. Ook dit verdunt indirect het verwachte effect.

In de interventiegroep startte 28% van de patiënten met profylaxe tegenover 14% in de controlegroep. Er was geen verschil in het triptaangebruik. Enige verschillen in de ernst, de duur en de frequentie van de migraineaanvallen vertoonden zich pas na een jaar. Wel was er een verschil tussen de interventie- en de controlegroep in de zogenaamde Headache Impact Test, vooral bij mensen die nog geen profylactica gebruikten, twee of meer aanvallen per maand hadden en niet gebukt gingen onder ongezonde stress. De zeven patiënten met ongepast triptaangebruik (meer dan helft van de dagen triptaangebruik) werden geadviseerd om hiermee geheel te stoppen. Echter, geen van hen deed dat.

Bijscholing van huisartsen om overgebruik van tripta-

nen terug te dringen en profylacticagebruik te bevorderen bij een hoge frequentie van migraineaanvallen blijkt in dit onderzoek kleine en soms niet-relevante effecten te hebben. Misschien is het werkelijke effect groter door de genoemde methodologische redenen, zoals het plafondeffect: een aantal patiënten gebruikte al profylactica. Ook lijken er achteraf te veel patiënten ingesloten zonder indicatie voor profylactica. Maar dan nog kan het effect niet erg groot zijn.

IN DE ROOS GOOIEN

De auteurs bespreken tevens de literatuur over de werkzaamheid van profylactica bij migraine. Volgens twee Cochrane-reviews valt de werkzaamheid daarvan tegen. Daarom vinden de auteurs het logisch dat hun bijscholingsinterventie niet effectief is. Echter, ik denk dat dit een drogbeeld is. Ik lees die reviews als steun voor het effect van propranolol en valproaat. Andere bètablokkers, ACE-remmers en amitriptyline werken ook, maar daar is minder steun voor te vinden in de literatuur. Logisch, ze zijn uit patent. Trials gaan over de werkzaamheid per medicijn, vaak in een gestandaardiseerde dosering. Ze meten niet de doeltreffendheid in de dagelijkse praktijk. Daar probeer je meerdere medicijnen uit in verschillende doseringen. Met één dartpijlje gooit de kampioen zelden in bulls eye. Met een handvol pijltjes, één voor één natuurlijk, lukt hem dat vaak genoeg. Dit is het verschil tussen werkzaamheid van een medicijn en de doeltreffendheid van medisch handelen, met een arsenaal aan medicijnen en doktersvaardigheden.

Ik denk dat profylactische behandeling van migraine voldoende effectief is. Daarentegen lijkt traditionele bijscholing me zelden effectief. Kale informatie vormt het denken, maar verandert niet het gedrag. Eigenlijk zouden dokters dat moeten weten. Folders en voorlichting maken patiënten niet gezonder. Gedragsverandering doe je mijns inziens met betekenisgeving en normering, met beloning en afkeuring, met terugkoppeling van resultaten, met herhaling, individuele motivatie en groepsbeïnvloeding. Dit geldt voor patiënten, dit geldt voor dokters. Zo'n soort training in goed dokteren zou wel eens beter kunnen werken dan bijscholingsinformatie over ziekte en medicijnen. Dat weet de dartzkampioen ook. Die volgt geen bijscholing in powerpoint. Die traint en wint en is trots op zijn beloning. Misschien kunnen onze onderwijsmensen wat van sportcoaches leren. ■

LITERATUUR

- 1 Smelt AFH, Blom JW, Dekker F, Van den Akker ME, Knuistingh Neven A, Zitman FG, et al. Proactieve benadering van migraine. *Huisarts Wet* 2012;55(8):336-40.

Zorggroep Almere Gezondheidscentrum De Haak, Schoolstraat 32, 1354 HP Almere: dr. N.P. van Duijn, huisarts en hoofdpijndokter • Correspondentie: nvanduijn@zorggroep-almere.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de ateur ontvangt onkostenvergoeding voor deelname aan congressen over hoofdpijn.