

NHG-Wetenschapsdag 2006: Een bezoek aan de voordrachten

Tijdens de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag presenteren huisarts-onderzoekers en aios hun jongste geesteskinders op huisartsgeneeskundig onderzoeksgebied. In hoog tempo passeren de wetenschappelijke vorderingen uit het afgelopen jaar. *In de praktijk* bezocht een aantal presentaties – vooral van aios – en vat deze onderstaand voor u samen (zie ook het NHG-nieuws voor een samenvatting van de dag zelf en de gehouden lezingen).

Voordracht: Herkenning van cognitieve stoornissen

In onze vergrijzende samenleving komen cognitieve beperkingen steeds vaker voor en in richtlijnen wordt gesteld dat deze zo vroeg mogelijk moeten worden gediagnosticeerd. In de 'Leiden-85+-studie' werden bij 75 van de gescreende 564 deelnemers ernstige cognitieve stoornissen (<19 punten op de Mini Mental State Examination, MMSE) gevonden. Daarvan waren er al 54 'herkend' door de huisarts. De betrokkenen waren vaker vrouw, vaker weduwe, hadden vaker een lage opleiding en de huisarts vond hen 'zwaardere' patiënten. Er waren geen verschillen in de medische consumptie.

Aios Maaike Ham, die het onderzoek deed, is een voorstander van screening door de huisarts via de MMSE. In bovengenoemd onderzoek zijn zo immers veel nieuwe patiënten gevonden. Het verzet hiertegen blijkt onder huisartsen echter groot. Gevraagd naar het waarom daarvan, geeft de zaal een aantal antwoorden:

- ▶ 'Herkenning is leuk, maar wat kun je vervolgens doen?'
- ▶ 'De MMSE kost heel veel tijd en de behandelingsmogelijkheden zijn beperkt.'
- ▶ 'Mensen willen helemaal niet dement genoemd worden.'

Ham stelt: 'Maar je kunt überhaupt geen goede zorg leveren als je je niet bewust bent van een cognitieve stoornis bij je patiënt. Deze neemt bijvoorbeeld zijn medicijnen niet in en dat kun je hem ook niet verwijten.' Bovendien heeft onderzoek onder patiënten aangetoond dat die het wel degelijk willen horen als er signalen zijn van dementie, aldus Ham. Een in de zaal aanwezige medeontwikkelaar van de NHG-Standaard Dementie onderschrijft dit laatste: 'Niet alleen wil de patiënt het inderdaad weten, maar ook is informatie in een vroeg stadium belangrijk omdat het beloop thuis dan veel beter kan worden geregeld.'

Uiteindelijk erkent de zaal toch dat het van belang is voor huisarts én patiënt als een cognitieve stoornis bekend is.

Consultatiesessie: Verbetert feedback de consultvaardigheden?

In een consultatiesessie kan iemand de problemen waar hij tegen aanloopt tijdens zijn onderzoek, worden voorgelegd aan deskundigen uit het publiek. In het onderzoek van Marcel Reinders krijgen aios een vragenlijst over communicatieaspecten die zij moeten geven aan dertig door henzelf geselecteerde patiënten. De vragen zijn bijvoorbeeld: is er goed naar de patiënt geluisterd, is het probleem

besproken, is de behandeling uitgelegd, is de uitvoerbaarheid daarvan besproken, voelt de patiënt zich begrepen? De onderzoeksvraag is of de verkregen feedback de communicatievaardigheden van de aios verbetert. De problemen in dit onderzoek zijn tweërlei:

- ▶ de deelnemende aios waren bij aanvang erg enthousiast, maar het uitdelen van de vragenlijsten gebeurt bij velen niet of slechts mondjesmaat;
- ▶ de patiënten geven bijna altijd een positieve beoordeling (bijna 90 procent meldt 'geheel tevreden' te zijn) en dat achten de aios zelf niet reëel.

Gevraagd naar de belemmeringen antwoordden de aios dat ze gingen twifelen aan het nut en de leerzaamheid, of er was geen tijd, of het paste niet in de praktijkorganisatie. Maar ook kwetsbaarheid speelde een rol. ('Ik heb het gevoel dat ik mijn hoofd op een hakblok leg.') De patiënten waren wel goed geïnformeerd (bijvoorbeeld dat de vragen níet waren bestemd voor de beoordeling van de aios maar alleen voor persoonlijk gebruik als leermiddel), maar die informatie bleek slecht te worden gelezen.

Struikelblok lijkt dat er vooraf niet voldoende is nagedacht over de onderzoeksvraag. De in het publiek aanwezige Patrick Bindels weet daar alles van: 'Wat is je eindmaat; wanneer wordt een verschil aangetoond dat relevant is; en hoe meet je de begin- en eindwaarden? Wat is precies de interventie en hoe toon je aan dat eventuele verschillen door die interventie komen en niet door andere factoren?' Als over dergelijke aspecten onvoldoende wordt nagedacht, gaat onderzoek gemakkelijk 'zweven'. Maar ook lijkt het onderwerp zich meer voor een kwalitatief dan een kwantitatief onderzoek te lenen. Als tip geven de deelnemers nog mee om de aios strenger te instrueren: 'Geef ze dertig vragenlijsten en laat hen die, te beginnen op maandagmorgen, aan alle patiënten geven. Dan is deelname door de aios verzekerd en gaan de waarderingsscores van de patiënten vanzelf omlaag. Want wie mag kiezen, geeft zo'n lijst alleen als de uitslag wel goed zit.'

Voordracht: Predictoren voor een recidief basaalcelcarcinoom

Onderzoek uit Leiden naar basaalcelcarcinomen (bcc's) toont een incidentie van circa 20/10.000 mensen per jaar, maar zoals bekend stijgt dit aantal fors. De risico's na behandeling zijn lokale destructie, metastasering en recidieven. Daarom is follow-up nodig. Bart Schipper heeft onderzocht of het wellicht zinvol is om de follow-up toe te spitsen op patiënten met een verhoogd risico. De vraag is dan welke factoren een nieuw bcc of een primair recidief voorspellen. Hiertoe zijn in een retrospectief onderzoek 428 patiënten (214 mannen en 214 vrouwen) gedurende gemiddeld 5,7 jaar gevolgd; er waren 25 primaire recidieven en 98 nieuwe bcc's. De recidieven kwamen het vaakst voor in de eerste jaren na de diagnose, maar treden – opmerkelijk gezien de gangbare vijfjaarsfollow-up – ook na vijf jaar nog gere-

geld op. De risico's nemen toe bij hogere leeftijd (vanaf 58,6 jaar), meerdere bcc's, grote bcc's en agressieve groeitypen, echter juist niet bij lokalisatie in het gezicht zoals veelal wordt aangenomen.

Hiermee weet de huisarts welke patiënten goed in de gaten moeten worden gehouden. Omdat de onderzoeken erg belastend zijn voor de patiënt, is het zaak dat deze vooral zelf goed oplet wat er gebeurt. Bijkomend voordeel is dat laagrisicopatiënten nu niet meer zo zwaar belast hoeven te worden met de follow-up.

Consultatiesessie: Loop voor je leven! De stappenteller als hulpmiddel voor activatie bij depressieve stoornissen

Ook het onderzoek van aios Marcel van Harten verloopt niet zoals hij had gehoopt. Hij koos voor het onderwerp depressie vanwege de hoge lijdensdruk, de minder florissante uitkomsten van medicatie en psychotherapie en de bekende gunstige effecten van (ook lichte vormen van) lichaamsbeweging. De onderzoeksvraag is tweeledig:

- ▶ Kan lichaamsbeweging worden gestimuleerd met een eenvoudig middel als de stappenteller?
- ▶ Leidt toegenomen lichaamsbeweging tot vermindering van de depressieve gevoelens?

De mate van depressiviteit werd aan het begin en eind van het onderzoek gemeten met de Zung-zelfregistratielijst. De interventiegroep kreeg zes weken een stappenteller op het lichaam; de controlegroep *care as usual*. Het idee was dat de patiënten zouden worden gestimuleerd tot meer bewegen door de stappenteller, en dat ze na de genoemde zes weken zouden doorgaan met meer bewegen omdat ze zich beter zijn gaan voelen.

Tien huisartsen deden aan het onderzoek mee, en dat zou theoretisch genoeg moeten zijn om ruim voldoende patiënten te includeren. Helaas ging het hier mis: slechts zeven patiënten zijn tot dusver in het onderzoek betrokken.

Hier veert de zaal overeind: 'De wet van Lasagna!' Reinders blijkt nog niet bekend te zijn met dit gevreesde onderzoeksfenomeen: vooraf lijkt een ruime onderzoekspopulatie voorhanden te zijn, maar tijdens het onderzoek slinkt dit aantal zienderogen...



Gelukkig blijkt Henriëtte van der Horst aanwezig in de zaal. Zij heeft zich verdiept in Lasagna en kan dan ook bruikbare tips geven. De recrutering van de patiënten geschiedt nu tijdens het

sprekkuur. Dit blijkt vragen om moeilijkheden te zijn. Beter is het als de huisarts op een zelfgekozen moment kan recruterende. Maar nóg beter is het als de onderzoeker zelf de selectie maakt, bijvoorbeeld via het HIS. De interventie – nu ook in handen van de huisarts – kan daar ook beter blijven: huisartsen blijken dat trouw te doen en zo wordt een eventueel onderzoekersbias (die resultaat wil kunnen aantonen) voorkomen.

Voordracht: Urine-incontinentie bij oudere vrouwen

Incontinentie bij oudere vrouwen komt veel vaker voor dan werd gedacht, dat blijkt ook weer uit het onderzoek van Nicolaas Alizadeh. Zo oud hoeven ze daar overigens niet voor te zijn: 25 tot 57 procent van de vrouwen boven de 18 zou al voldoen aan de definitie 'onwillekeurig verlies van urine, twee of meer keren per maand, ongeacht de hoeveelheid urine'. Van de vrouwen boven de 60 ondervindt 13 procent hiervan ernstige beperkingen; dit loopt met de leeftijd op tot zo'n 65 procent. Echter, slechts 28 procent van de vrouwen met klachten vraagt hulp.

Alizadeh includeerde 1.040 vrouwen ouder dan 55 jaar; de respons was 839, de gemiddelde leeftijd 70 jaar (55-98). Van hen viel 42 procent onder de definitie van urineverlies. Van de vrouwen met urineverlies ging 70 procent niet naar de huisarts. Op de vraag waarom waren de antwoorden:

- ▶ de klachten zijn niet erg genoeg (53 procent);
- ▶ schaamte (4,5 procent);
- ▶ het hoort bij de leeftijd (53,3 procent);
- ▶ er is toch niets aan te doen (12,7 procent);
- ▶ anders (14,3 procent).

Alizadeh had verwacht dat schaamte een grotere rol zou spelen, maar dit bleek dus niet zo te zijn. Zijn belangrijkste conclusie is dat gezien de hoge prevalentie en de onderrapportage een actievere houding van de huisarts wellicht gewenst is. Dit omdat veel gezondheidswinst is te behalen met bekkenbodemspieroefeningen en blaas training. Vanuit de zaal komt hiertoe een tip: 'Veel vrouwen die niet op het consult komen, vragen wél om incontinentiemateriaal via de assistente. Wij hebben die patiëntes benaderd en die beoordeelden dat heel positief.'

Workshop: RCT: (op) weg ermee?!

Gerben ter Riet, arts-epidemioloog, gaat in op het verschil tussen de eisen van de statistiek en het effect dat we in de praktijk willen weten of meten. Voor je de statistische methode kiest, moet je weten over welke patiënten-subgroepen je meer wilt weten. Vervolgens moeten die patiënten ruim in de studies vertegenwoordigd zijn, opdat subgroep analyses mogelijk worden. Een RCT is dan niet altijd geschikt. Zo passen bijvoorbeeld diagnostische vragen beter in een cohortonderzoek dan in een RCT.

Mede-workshopleider Bart Koes gaat in op de valkuilen van een RCT in een kleine onderzoekspopulatie (zoals de huisartsenpraktijk die vaak oplevert). Het uitgangspunt van de RCT dat patiëntengroepen zoveel mogelijk vergelijkbaar moeten zijn, levert problemen op in de huisartsenpraktijk, met veel ouderen en comorbiditeit.

Ook de zaal ervaart de vertaling van de RCT naar de dagelijkse praktijk en de individuele patiënt als een probleem. Zo houdt een NNT van 20 in dat veel patiënten geen baat zullen hebben bij een behandeling: óf er treedt helemaal geen *event* meer op zonder behandeling, óf er treedt juist wel een *event* op ondanks de behandeling. Het is maar een kleine groep die dan profijt heeft. Deze individualisering is de uitdaging van toekomstige vormen van onderzoek, zoals gebundelde n=1-studies, cohortonderzoeken en ander explorerend onderzoek.

Workshop: Comorbiditeit: correctiefactor of variable of interest?

Workshopleider François Schellevis begint met een casus. Een vrouw uit de VS van 79 jaar heeft osteoporose, artrose, diabetes mellitus, hypertensie en COPD. Deze vrouw heeft 12 verschillende medicamenten, die in 19 doses per dag op 5 tijdstippen moeten worden ingenomen (in de VS krijgen artsen per handeling betaald...). Daarnaast heeft zij dieet- en leefstijladviezen, en natuurlijk vele controles, verwijzingen en voorlichtingssessies. 'Dit kun je een patiënt toch niet aandoen?', is de centrale stelling. Daar is de zaal het hartgrondig mee eens, maar wat dan wel, en wat niet? Hiertoe is extra kennis nodig, per ziektebeeld, maar vooral wat betreft de comorbiditeit.

Er zijn maar weinig RCT's naar ziekten bij ouderen (deze zijn vooral gebaseerd op 50-jarigen). Engels onderzoek heeft aangetoond dat de 'gewone' patiënt in de praktijk geheel andere kenmerken had dan die uit de Progress Trial, waarop bijvoorbeeld ook de NHG-Standaard CVA zich baseert (vooral: ouder, meer vrouwen en een andere bloeddruk). Wat kun je dan nog baseren op dergelijke onderzoeksgegevens?

De zaal discussieert in groepen verdeeld over de aspecten die voor huisartsen en voor onderzoekers van belang zijn. De huisartsen willen meer weten over interacties en bijwerkingen, de prioritering en het nut van preventie bij ouderen en bij mensen met heel veel comorbiditeit. De suggestie om in elke standaard blokjes op te nemen over de interactie met veelvoorkomende ziekten wordt meteen weer verworpen: de standaarden zouden dan onleesbaar lang worden en hun toegankelijkheid verliezen. In elk geval vinden alle huisartsen dat een patiënt moet worden betrokken bij de keuze: 'Wil je langer leven en al deze pillen slikken met de bijbehorende controles, of wil je korter leven maar dan zonder al die ellende?'

Ook voor de onderzoekers is het een lastig onderwerp. Want bij veel comorbiditeit zijn enorme onderzoekspopulaties nodig (elke patiënt wordt uniek; het beruchte $n=1$). Feit is dat de huisarts bij comorbiditeit vooralsnog zijn eigen weg moet zoeken.

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk

De postersessies: een aantal weetjes

Tijdens de 'moderated posterwalks' krijgen onderzoekers de gelegenheid om hun op poster gepresenteerde resultaten toe te lichten. Daarbij komen altijd een aantal voor de huisarts interessante 'weetjes' aan de orde. Onderstaand worden er enkele voor u samengevat.

- ▶ De huisarts schrijft veelvuldig antibiotica voor bij lageluchtweginfecties: bij maar liefst 84 procent van de episodes van acute bronchitis in het betreffende onderzoek! Bij exacerbaties van COPD of astma werden minder antibiotica voorgeschreven, maar dit vaker bij patiënten met diabetes mellitus, neurologische aandoeningen en hartfalen, en bij mannelijke patiënten. De NHG-Standaard wordt dus onvoldoende gevolgd.
- ▶ Huisartsen volgen de NHG-Standaard Urineweginfecties uitstekend bij de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het urineonderzoek. Bij de behandeling van de UWI's wordt wel vaak afgeweken van de standaard, maar dit omdat de patiënt de ernst van de klachten niet vindt opwegen tegen de inspanning van de voorgestelde therapie.
- ▶ De werklust van de huisarts is geen oorzaak van het niet herkennen van psychische problemen. Herkenning wordt positief beïnvloed door een langere consultduur, meer oogcontact met de patiënt en het stellen van vragen naar psychische onderwerpen.
- ▶ Bekend is dat depressie vaker voorkomt in de winter dan in de zomer, maar spelen weersomstandigheden ook een rol? Dit blijkt inderdaad zo te zijn, maar dan juist in de zomer en de herfst. Een lage gemiddelde temperatuur en geringe hoeveelheid licht geven vooral in de zomer klachten van depressie.
- ▶ Hoe zit het met het risicogedrag van vrouwen tussen 18 en 23 jaar? Ruim eenderde rookt, 82 procent gebruikt alcohol en 7 procent drugs, 35 procent beweegt te weinig, 40 procent slaat dagelijks een maaltijd over en een kwart heeft een ongezond gewicht. Toch beoordeelt 87 procent de eigen gezondheid als goed tot uitstekend. Hoe meer gecombineerd risicogedrag, hoe



minder goed de eigen gezondheid wordt ervaren.

- ▶ Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij allochtone kinderen, maar zij hebben daar evenveel last van als autochtone kinderen. Een hoge BMI is bij beide groepen gerelateerd aan significant lagere scores op aspecten van kwaliteit van leven, lichaamsbewustzijn en sociaal en atletisch functioneren.
- ▶ Bij jonge kinderen met een BMI >27,5 ontwikkelt zich al het metabool syndroom: van 50 procent bij overgewicht tot 71 procent bij obesitas en zelfs 100 procent bij ernstige obesitas. Er werden bij deze kinderen een hoge bloeddruk en een gestoord glucosemetabolisme en lipidspectrum aangetroffen. Etniciteit speelde geen rol.
- ▶ Als artrose een gevolg is van slijtage zouden alle oudste ouderen artrose moeten hebben. Bij 11 procent van de deelnemers aan dit onderzoek was echter geen enkele vorm van artrose zichtbaar. Vrijwel allen hadden toch last van pijn en/of stijfheid in een of meerdere gewrichten. Verder onderzoek naar beschermende factoren tegen artrose geeft misschien nieuwe aangrijpingspunten voor preventie of behandeling.