

## Minder prednison bij exacerbatie COPD?

**Prednison is een krachtig medicijn bij het bestrijden van exacerbaties van COPD, maar het heeft veel bijwerkingen. Kunnen patiënten met een exacerbatie even goed behandeld worden met een kortere prednisonkuur?**

Deze vraag onderzochten Leuppi et al. in de zorgvuldig opgezette dubbelblinde REDUCE-trial. Bij patiënten die zich met een exacerbatie van COPD op de spoedeisende hulp presenteerden werd een vijfdaagse behandeling met 40 mg prednison per dag vergeleken met de in Zwitserland conventionele behandeling van 14 dagen 40 mg prednison per dag. Om de invloed van ander medicatiegebruik op de uitkomsten te beperken, kregen alle patiënten daarnaast een week lang breedpectrumantibiotica, tweemaal daags een combinatie van inhalatiecorticostero-

iden plus luchtwegverwijders en eenmaal daags tiotropium 18 microg.

De onderzochte groepen hadden vergelijkbare kenmerken. Primaire uitkomstmaat was de duur tot de volgende exacerbatie bij een follow-upduur van 180 dagen. Verder werd er onder andere gekeken naar mortaliteit, opnameduur en later prednisongebruik. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de beide groepen. De auteurs concluderen dat patiënten die zich met een exacerbatie op de spoedeisende hulp melden met een 5-daags schema prednison niet slechter af zijn dan met een 14-daagse behandeling. Tevens leidt dit tot een lagere systemische blootstelling aan steroïden.

De NHG-Standaard COPD adviseert een behandelduur van 7 tot 14 dagen, met een dosering van 30 mg prednison per dag. De cumulatieve dosis bij een behandelduur van 7 dagen (210 mg) komt overeen met die van de on-

derzochte 5-daagse behandeling (200 mg). Toch is er mogelijk ruimte voor beperking van de in de standaard geadviseerde behandelduur of -dosis. In het onderzoek had meer dan 70% van de patiënten een Gold-classificatie 3 of 4. Hiermee heeft de onderzochte populatie waarschijnlijk een ernstiger mate van COPD dan de gemiddelde COPD-patiënt die Nederlandse huisartsen behandelen. Het is dus voorstelbaar dat patiënten die met een exacerbatie onder eerstelijns behandeling blijven met een nóg lagere dosis (5 dagen 30 mg?) kunnen uitkomen. Een goed antwoord op die vraag verdient echter een nieuw eerstelijns onderzoek. ■

**Tim Linsen**

*Leuppi JD, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The REDUCE randomized clinical trial. JAMA 2013;309:2223-31.*

## Praktijkmanagement in de huisartsopleiding

**Een van de redenen om huisarts te worden is het ideaalbeeld van de mogelijkheden en vrijheid die een eigen praktijk geeft. Naarmate de huisartsopleiding vordert, dringt zich bij aios echter steeds meer de vraag op: wat komt er allemaal wel niet kijken bij het hebben van een eigen praktijk? Aios weten weinig van dit onderwerp omdat al vanaf de vakkenpakketkeuze op de middelbare school de focus op geheel andere zaken ligt dan administratie, jaaropgaves, onderhandelen over tarieven en personeelsmanagement. De interesse in het overnemen van een praktijk neemt hierdoor af.**

In Australië geeft inmiddels 21% van de aios aan absoluut geen eigen praktijk te willen en 54% wil eerst meer managementspecifieke vaardigheden aanleren voordat zij een overname overwegen. Onderzoekers aldaar hebben daarom middels een kwalitatief

onderzoek onder aios en recent afgestudeerde huisartsen geanalyseerd hoe praktijkmanagementvaardigheden aangeleerd kunnen worden. Belangrijkste leerpunten waren dat die vaardigheden niet te leren zijn uit boeken en er gericht onderwijs in de opleidingspraktijk moet worden gegeven, liefst door praktijkeigenaren. Dit onderwijs moet tijdens het laatste jaar van de opleiding plaatsvinden, omdat aios zich dan in de spreekkamer zeker (genoeg) voelen en meer oog krijgen voor de organisatie eromheen. Een laatste aanbeveling was om de aios en huisartsopleider gedurende een bepaalde periode een dag per week vrij te plannen van consulten, zodat ze zich puur op dit onderwerp kunnen richten.

Natuurlijk is de situatie in Australië anders dan in Nederland en is hier al enige aandacht voor praktijkmanagement in de opleiding. Toch liet ook de recente Nivel-enquête, gehouden onder aios en pas afgestudeerde huisartsen, zien dat een overgrote meerderheid vindt dat organisatie van zorg te weinig

aan bod komt in de opleiding (aios: 73%, pas afgestudeerden: 71%). De behoefte aan meer onderwijs over dit onderwerp is daarmee duidelijk en de bal ligt bij de opleidingen. Tijdelijk een dag in de week uittrekken om dit onderwerp op een gestructureerde manier met de huisartsopleider te bespreken, is wat mij betreft een prima optie. ■

**Persijn Honkoop**

*Sturgiss E, et al. To own or not to own. How can we best educate general practice registrars about practice ownership? Aust Fam Physician 2013;42:503-7.*

### Erratum:

Tot onze spijt is er een fout geslopen in het samenvattingskaartje behorend bij de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 die is gepubliceerd in het oktobernummer 2013 van Huisarts en Wetenschap.

Abusievelijk wordt in de tabel Medicamenteuze therapie vermeld: gliclazide 80 mg 3 dd, max. 240 mg 3 dd.

Dit is onjuist en wij betreuren dit zeer.

De juiste tekst luidt: **gliclazide tablet mga 80 mg 1-3 dd 1 tablet.** ■