

van het schouder-nek-syndroom geanalyseerd. In het onderzoek werden patiënten opgenomen, die voldeden aan de volgende criteria: 1 Pijn in de nek en arm, met of zonder paresthesiën, waarbij de symptomen een radicaire uitbreiding hebben en gepaard gaan met een beperking van de bewegingen van de nek en pijnlijkheid daarvan; 2 pijn in de nek en arm, met volledige radicaire uitbreiding, met paresthesiën, doch zonder klinische tekenen van de een of andere afwijking in de nek; 3 pijn of paresthesiën in nek en arm, welke pijn slechts gedeeltelijk een radicaire uitbreiding had, doch waarbij duidelijke afwijkingen aan de nek-wervelkolom aantoonbaar waren. Patiënten met andere vormen van het schouder-nek-syndroom werden van het onderzoek uitgesloten.

In totaal werden 493 patiënten (203 mannen en 290 vrouwen) onderzocht. De leeftijden varieerden van 20 tot 85 jaar, gemiddeld 40 tot 70 jaar; 280 patiënten maakten hun eerste aanval door, 92 patiënten hadden al vijf voorafgaande aanvallen.

Niet alle soorten fysische therapie werden bij onderzoek beschouwd; men beperkte zich tot de volgende vormen van therapie: 1 Tractie. De fysiotherapeut mocht daarbij alle voorbereidende maatregelen treffen, zoals warmte-applicatie en voorzichtige bewegingsoefeningen. Passieve bewegingen of manipulaties waren niet toegestaan. De tractie werd ononderbroken gedurende 20 minuten uitgeoefend op de halswervelkolom, terwijl de patiënt achterover lag met de nek op een elektrisch verwarmde onderlaag. De tractie-hoek werd zodanig gekozen dat de patiënt een maximale verlichting van pijn ervoer. 2 Het alleen maar laten liggen van de patiënt in dezelfde houding als onder 1, doch zonder dat tractie werd uitgeoefend. 3 Houdingsoefeningen. De patiënten werd onderwezen hoe zij op de beste wijze hun hoofd en nek konden houden tijdens hun werk, spel en slaap. 4 Een halskraag. Eenvoudige kragen, gemaakt van vilt of schuim-plastic en van zodanige vorm en afmeting dat het hoofd in die stand werd gefixeerd, welke als het gemakkelijkst werd aangegeven. Aan de patiënten was opgedragen de kraag te dragen gedurende de nacht, 's avonds thuis en voor zover mogelijk was gedurende de dag. 5 Placebo-tabletten, die er als fenylbutazon uitzagen, moesten driemaal daags worden ingenomen. 6 Niet speciaal afgestemde korte golf diathermie. De toepassing van korte golf diathermie, die niet speciaal is afgestemd is een nutteloze manoeuvre, maar het brengt een zekere hoeveelheid belangstelling voor de patiënt en voorbereidend werk mee en het dwingt de patiënt even vaak op de fysiotherapie-polikliniek terug te komen, als de andere patiënten. Deze behandeling dient men als een placebo-therapie te beschouwen. 7 Analgetica. Aangezien aangenomen kan worden dat vele patiënten analgetica gebruiken, of ze voorgeschreven zijn of niet, werd als pijnstillend middel uitsluitend oplosbare acetosal gegeven, tenzij de patiënt overgevoelig was voor dit middel, in welk geval een overeenkomstig analgeticum werd voorgeschreven.

Deze zeven vormen van therapie, werden gecombineerd gegeven. De 466 patiënten werden willekeurig verdeeld in vijf ongeveer gelijke groepen; 29 patiënten waren uitgevallen. Groep 1 kreeg als therapie: acetosal, houdingsoefeningen, een kraag en tractie. Groep 2: Precies dezelfde behandeling, met uitzondering van de tractie, welke werd vervangen door de behandeling genoemd onder 2. Groep 3: acetosal, houdings-oefeningen en een kraag. Groep 4: acetosal en onafgestemde korte golf diathermie. Groep 5: acetosal en indifferente tabletten.

Alle patiënten werden driemaal in de week gedurende vier weken behandeld. Daarna werd rapport opgemaakt over de objectieve en subjectieve bevindingen, waarna iedere fysiotherapeut verder vrij was zijn patiënten verder te behandelen. De beoordeling van de resultaten geschiedde na twee en vier weken, en na zes maanden.

Resultaten: Groep 1: 99 procent verlichting van de pijn. Groep 2: 86 procent verlichting van de pijn (verschil niet statistisch significant). De patiënten die geen verbetering bespeurden werden aan een extra onderzoek onderworpen. Zij vormden geen groep van bijzonder ernstige gevallen. Er waren ernstig lijkende gevallen, die snel en goed verbeterden en er waren lichte gevallen die geen verbetering ervoeren. Bij

het controle-onderzoek na twee en vier weken, was het percentage verbeteringen in alle vijf groepen ongeveer gelijk.

Na zes maanden volgde een herhaling van de controle. Van de 466 meldden 320 patiënten zich voor onderzoek: 100 waren zonder pijn, 128 hadden wel wat pijn, maar geen verdere medische hulp gevraagd en 92 hadden wel verdere hulp gezocht. Er was geen significant verschil te zien, wanneer men het resultaat beziet bij de vijf groepen patiënten die op de boven beschreven, verschillende wijzen waren behandeld.

Wanneer men uit het totale aantal patiënten, die gevallen (66) lichtte, die het schouder-nek-syndroom het meest uitgesproken hadden, dan bleken deze gevallen gelijkelijk verdeeld over de vijf verschillende therapiegroepen. Over het algemeen duurde het langer voordat bij deze patiënten verbetering werd bereikt, maar het percentage verbeteringen was in alle groepen ongeveer gelijk. Ook wanneer men de patiënten met abnormale neurologische verschijnselen vergeleek met diegenen die deze verschijnselen niet hadden, was geen verschil te zien in snelheid en mate van verbetering en ook hierbij waren de resultaten in de vijf groepen gelijk. Ten slotte kon men constateren dat de resultaten bij patiënten met beperking in de bewegingsmogelijkheid van de nek gelijk waren aan die bij patiënten die die beperkte bewegingsmogelijkheid niet hadden.

De conclusie is dat er geen verschil is in resultaat bij de vijf verschillende therapie-groepen. Ook het percentage verbeteringen in de twee placebo-groepen was gelijk aan dat bij de drie andere groepen en ook tussen de twee placebo-groepen was geen verschil.

De volgende factoren hadden invloed op de prognose: leeftijd, ernst van de aanval, aantal voorafgegangene aanvallen, gemiddelde duur van de verschijnselen bij vroegere aanvallen en het feit dat de symptomen bij het eerste onderzoek juist aan het toe- of afnemen waren. L. J. Bastiaans

## Boekbesprekingen

*P. Chauchard. De Vermoeidheid, fysieke en psychische aspecten. Deel 67 van Mens en Medemens. Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1966; 130 bladzijden, prijs bij intekening op de serie f 4,40, los f 4,90.*

In zijn inleiding zegt de schrijver, dat „de vermoeidheid een fundamenteel menselijk probleem is, dat gebonden is aan alle harmonieën en disharmonieën van de individuele psychosomatische integratie”. Het eerste deel omvat een beschrijving van de fysiologische vermoeidheid van protoplasma, van organen, van het individu als geheel. De vermoeidheid ontstaat door een tekort in aanvoer van de voor de activiteit benodigde stoffen en een tekort in de eliminatie van de bij de activiteit geproduceerde toxische stoffen. Automatisch treedt dan een reguleringsmechanisme in werking, dat de activiteit afremt. Daardoor wordt celbeschadiging voorkomen. Wordt de activiteit om welke reden dan ook niet of niet voldoende afgeremd, dan treedt een uitputtings-toestand op met celbeschadiging. Een beschrijving hiervan is te vinden in deel twee onder de titel: Pathologie van de vermoeidheid. Hierin behandelt de schrijver ook de ziekelijke vermoeidbaarheid, de zenuwuitputting en de vermoeidheidsneurosen. In het derde deel gaat de schrijver in op de preventie en de therapie van de vermoeidheid. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de organisatie van de arbeid en het leven, waarbij het voorkómen van vermoeidheid centraal wordt gesteld.

Het boek is niet speciaal voor medici geschreven en gaat, althans voor hen, niet voldoende op de problematiek van de vermoeidheid in al zijn aspecten in. P. Blankevoort

*P. Neumann-Mangoldt. Der Arztbrief. Eine Fibel zum praktischem Gebrauch. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin, 1964; 171 bladzijden, prijs f 25,75.*

In het voorwoord van dit boek wijst Th. von Uexküll er op dat de communicatie tussen de artsen door de vèrgeaande specialisering in de geneeskunde dermate moeilijk is gewor-

den, dat het belangrijk is dat er een boek is verschenen, waarin een van de communicatie-middelen uitvoerig ter sprake komt. Voor iedere medicus zowel huisarts, specialist als assistentarts, bevat dit geschrift veel leerzame zaken. Zonder schoolmeesterachtig te zijn wijst de auteur op de problematiek, welke zich voordoet bij schriftelijk contact tussen de verschillende artsen.

In aparte hoofdstukken worden de moeilijkheden besproken waarmee de huisarts en de specialist op dit punt te kampen hebben en komt de inhoud en de structuur van een goede brief ter sprake. Enkele voorbeelden van onvolledige of onjuiste brieven worden kritisch besproken. Interessant is het korte hoofdstuk waarin brieven van bekende artsen uit de geschiedenis der geneeskunde staan afgedrukt. Meer dan 120 pagina's van het boek worden in beslag genomen door de tekst van ruim tweehonderd brieven van zowel huisartsen als specialisten. Deze tekst wordt zonder commentaar gegeven. Na een dertigtal verwijsbrieven van huisartsen volgen ontslagbrieven, of brieven geschreven nadat de patiënt poliklinisch is onderzocht. Het boek eindigt met het geven van een aantal spelregels voor een vlotte correspondentie tussen artsen onderling.

Het lijkt mij dat het de patiënten ten goede komt als veel collegae van de inhoud van dit boek kennis nemen.

G. J. Bremer

*J. F. Rang. Sociale verpleegkunde en maatschappelijke gezondheidszorg. Stafleu en Zoon, Leiden, 1966; 192 pagina's, prijs f 16,90.*

Dr. Rang, jurist, verbonden aan het Instituut voor sociale geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, verket in dit boek zowel een gebied dat behoort tot de medische als een gebied behorende tot de juridische discipline. Als jurist zoekt hij naar termen met vaste inhouden en naar duidelijke definities. Dit leidt ertoe dat de inhoud welke aan bepaalde termen wordt gegeven vaak het karakter van gedachtenconstructies hebben, en dat hij bij zijn definities weinig rekening houdt met de successieve begripsvorming welke in de geneeskunde zulk een grote rol speelt. Dit komt vooral tot uiting in de eerste twee hoofdstukken, handelende over de begrippen sociale verpleegkunde, gezondheid en ziekte. Hij geeft daarin bijvoorbeeld de volgende bouwsels:

Wetenschappelijke benadering en theoretische kennis: geneeskunde - verpleegkunde; sociale geneeskunde - sociale verpleegkunde; pastorale geneeskunde - pastorale verpleegkunde.

De toepassing ervan, aanpak, takt: geneeskunst - verpleegkunst.

De mens als pneumo-psycho-somatisch wezen; de mens als sociopsycho-somatisch wezen.

Deze constructies leiden wel tot een formele definitie van sociale verpleegkunde, maar het zinvolle ervan ontgaat de lezer.

In de hoofdstukken III tot en met VII behandelt auteur de inrichting van de organisatie van de gezondheidszorg. Deze hoofdstukken beschrijven de georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg zoals Dr. S. Santema dat deed in zijn boek, doch vergeleken daarmee is Rang beknopter en overzichtelijker.

De hoofdstukken VIII tot en met XII, handelende over de wetgeving van de organisatie van de gezondheidszorg, zijn mijns inziens het beste gedeelte van dit werk. Hier komt schrijver als jurist ook volledig aan zijn trekken: medische etiquette, medische ethiek, medisch beroepsgeheim, individuele en sociale grondrechten en de daaruit voortgekomen wetten, wet en geweten.

Dit boek verscheen in de genees- en verpleegkundige reeks onder redactie van Dr. M. Plooy en Ans Waalewijn. Het is schools geschreven. De linnen uitvoering en de duidelijke druk maken het goed hanteerbaar en leesbaar. Aan het eind van elk hoofdstuk wordt de literatuur opgegeven.

In de inleiding wordt niet vermeld voor wie het boek is geschreven: voor verpleegsters in opleiding, voor wijkverpleegsters, voor hoofdverpleegsters, voor organisatorisch werkzame medische functionarissen, of voor studenten in de geneeskunde? Voor huisartsen brengt het niets nieuws.

A. E. N. de Vries

## Het lezen waard

In 1958 werd door de minister van Maatschappelijk Werk een commissie „Onderzoek Maatschappelijk Werk” geïnstalleerd, welke tot taak heeft het sociaal-wetenschappelijk onderzoek en het maatschappelijk werk dichter bij elkaar te brengen. Deze commissie heeft enkele boekjes gepubliceerd welke ook voor de huisarts het lezen waard zijn. Onder andere is dit het geval met Bulletin 11: Kennis en theorie omtrent het gezin ten behoeve van het maatschappelijk werk, 1966, 93 bladzijden, prijs f 3,60. Dit boekje is verkrijgbaar bij het Staatsdrukkerij- en Uitgeverijbedrijf, Fluwelenburgwal 18, te 's-Gravenhage, alsmede in de boekhandel.

## Nota bene

Het zonder meer voorschrijven van een oraal contraceptivum moet als een kunstfout worden beschouwd.

Een rectaal toucher aan het einde van de graviditeit geeft een goede informatie omtrent de ligging van het kind.

Vermageren op advies van de arts kan bij sommige patiënten leiden tot depressie.

Men moet een patiënt in de huisartspraktijk — indien enigszins mogelijk — niet meer dan drie verschillende per os in te nemen medicamenten voorschrijven.

## Literatuurinformatie \*

*Hattersley, F. G. Some aspects of the organization of a group practice. (1967) Practitioner 198, 427-432.*

A policy of centralization, with the staged closing of two surgeries and development of a group practice in a central position, was pursued. An appointment system was introduced. A description of the steps taken. Staff, pattern of surgeries and the office layout are discussed. Some details about the amenities by the Nuffield Diagnostic Centre, and the Corky Maternity Unit Cooperation with health visitors and district nurses.

*Viersma, W. L. Het weten waard omtrent het medisch kleuterdagverblijf. (1967) T. Maatsch. Werk 21, 64-66.*

Aantal en plaats medische kleuterdagverblijven in Nederland. Definitie van een medisch kleuterdagverblijf. Indicaties tot opname. Financiering voor wat betreft de huisvesting, verzorgingskosten, vervoer van de kinderen en algemene kosten. Totale kostprijs.

*Patient demand. (1967) Lancet I, 483-484.*

Most people think that the relation between doctor and patient is changing, but we have no neat documented then-and - now evidence.

Understanding of what helps and what hinders the process of patient demand could come from a number of sources: health education, the social sciences, consumer research and the mass media. Care of the doctor-patient relation has for too long been left to chance; because of its importance to general practice it must now be examined defined, and taught, for only then can it be practised efficiently.

*McEwan, E. D. The case for a new maternity-bed ratio (1967) Lancet I, 489-490.*

The criteria on which the present maternity planning „norm” of 0.58 beds per 1000 population is based need to be redefined. Taking into account the rising demand for hospital confinement, the increase in the number of births in hospital, and the increased turnover through systematic annual reductions in average length of stay in both consultant units and general practitioner units, the suggested

\* Zie (1966) huisarts en wetenschap 9, 259.