

Chronisch zieken (1)

Van Eijk en De Haan gaan in hun artikel over de zorg voor chronisch zieken in op het werkterrein van de diverse disciplines die in dezen een taak hebben.¹ Opvallend is dat hierbij de inbreng van de diëtist geheel buiten beschouwing blijft. Bij de opsomming van de te verwachten hindernissen op het pad van de chronisch zieke worden relatieve voedingsdeficiënties zelfs niet genoemd, hoewel de schrijvers het eindresultaat – ‘toenemende decubitus bij een sterk vermagerde patiënt’ – wel aanstippen. Toch is de zorg voor chronisch zieken doorspekt met vragen op voedingskundig gebied en is de samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige en diëtist onontbeerlijk.^{2,3} Dat geldt niet alleen bij patiënten met kanker;⁴ ook bij bijvoorbeeld de interactie met geneesmiddelen⁵ of bij ouderen⁶ speelt deskundige voedingsvoorlichting een rol van betekenis. Bij de door de auteurs voorgestane ‘transdisciplinaire samenwerking’ ter afstemming van de individuele verantwoordelijkheid verdient de diëtist dan ook een plaats aan tafel.

J.J. van Binsbergen

- 1 Van Eijk JThM, De Haan M. Zorg voor chronisch zieken: de toekomstige rol van hulpverleners en patiënten. *Huisarts Wet* 1996; 39(7): 322-7.
- 2 Skipper A, Young M, Rotman N, Nagl H. Physicians' implementation of dietitians' recommendations: a study of the effectiveness of dietitians. *Am J Diet Ass* 1994; 94: 45-9.
- 3 Hiddink GJ, Hautvast JGAJ, Van Woerkom GMJ, et al. Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49: 842-51.
- 4 Van Binsbergen JJ, Van Eeden GWM, Blom MA. Voeding van de kankerpatiënt thuis: van fruitmand tot logica. In: Stasse-Wolthuis M, Van Binsbergen JJ, red. *Voeding en gezondheid. Voeding in de thuiszorg*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994: 18-29.
- 5 Kirk JK. Significant drug-nutrient interactions. *Am Fam Physician* 1995; 51: 1175-82.
- 6 Van Binsbergen JJ. Voedingsproblemen bij oudere patiënten thuis. In: Stasse-Wolthuis M, Van Binsbergen JJ, red. *Voeding en gezondheid. Voeding van/voor gezonde en zieke ouderen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996: 78-94.

Chronisch zieken (2)

Van Eijk & De Haan gaan uit van de vanzelfsprekend centrale rol van de huisarts. Daarnaast wordt een beperkt aantal andere zorgverleners genoemd die nu of in de toekomst een bijdrage

tot de zorg kunnen leveren. Met name die opsomming – die neerkomt op patiënt, praktijkassistent, specialist en thuiszorg – vind ik te beperkt. Mijns inziens leveren de fysiotherapie en het maatschappelijk werk ook een belangrijke bijdrage aan de zorgverlening aan chronisch zieken. Daarnaast is zeker ook een rol weggelegd voor de apotheker bij het begeleiden van (chronische) farmacotherapie. Nu al worden op veel plaatsen patiënten met specifieke ziektebeelden, zoals astma, suikerziekte en incontinentie, uitgebreid begeleid. In de recente ‘Ouderenweek’ hebben vrijwel alle Nederlandse apothekers veel ouderen van advies voorzien en daarbij een vervolgspraak gemaakt, zoals dat bij goede zorg gebruikelijk is. De uitgebreide kennis van apothekers inzake alle aspecten van farmacotherapie en de laagdrempeligheid van de apotheek zijn daarbij een belangrijk voordeel voor de patiënt. De KNMP heeft dan ook niet voor niets de farmaceutische patiëntenzorg als een van de kernactiviteiten van de Nederlandse apotheker gedefinieerd.

J.W.F. van Mil

- 1 Van Eijk JThM, De Haan M. Zorg voor chronisch zieken: de toekomstige rol van hulpverleners en patiënten. *Huisarts Wet* 1996; 39: 332-7.

Naschrift

In onze bijdrage hebben wij vooral een toekomstvisie willen geven over de rol van hulpverleners met een centrale rol bij een goede afstemming van de zorg, met name als die zorg complexer wordt. Deze beperking tot kerndiscipline laat uiteraard onverlet dat er in bepaalde fasen van de ziekte ook andere hulpverleners een rol zullen spelen.

J.Th.M. van Eijk
M. de Haan

Schouderklachten (2)

In een vorig ingezonden stuk gaf ik kritiek op het door *Sobel et al.* beschreven onderzoek over schouderklachten in de huisartspraktijk. Dit gold vooral de methode: de toegepaste insluitcriteria waren veel ruimer dan de omschrijving die in de NHG-Standaard Schouderklachten wordt gehanteerd; niettemin concludeerden de auteurs dat de standaard ongeschikt is voor de aanpak van schouderklachten.^{1,2}

In zijn naschrift gaat *Sobel* maar gedeeltelijk in op deze fundamentele kritiek.³ Als – zoals

hij stelt – uit vooronderzoek blijkt dat ‘bij strikte toepassing van de standaard-criteria slechts zeer weinig schouderpatiënten konden worden ingesloten’, dan is de conclusie dat de standaard kennelijk van toepassing is op een kleine patiëntengroep. Het gaat niet aan om na deze wellicht onverwachte ontdekking het onderzoek dan toch maar door te zetten en te suggereren dat door het bekijken van een groot aantal patiënten die buiten de inclusiecriteria vallen, toch een uitspraak kan worden gedaan over de validiteit van de standaard. Door water bij de wijn te doen en veel meer patiënten in de onderzoeksgroep toe te laten dan op basis van de standaardcriteria zou mogen, ontstaat een heterogene groep waar van alles mee mag worden gedaan behalve toetsen aan de standaard. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: als de (denkbeeldige) standaard ‘Heupaandoeningen’ betrekking heeft op uitsluitend klachten in liesgebied en bovenbeen, is het onjuist de standaard te toetsen aan een groep patiënten met pijn in de bil: bij voorbaat staat vast dat er dan verschil zal zijn.

Overigens is hiermee niet gezegd dat de standaard Schouderklachten deugt. Ook bij het NHG leeft het besef dat door de afwezigheid van voldoende goed onderzoek een degelijk fundament ontbreekt. Hopelijk komt daar door de andere in Groningen (en elders) ingezette onderzoeken verandering in. Tot de resultaten daarvan bekend zijn, kunnen we ons beter onthouden van verdere uitspraken op het niveau van appels en peren.

Lex Goudswaard

- 1 Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, et al. Schouderklachten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1995; 38: 342-7.
- 2 Goudswaard AN. Schouderklachten [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1996; 39(8): 379-80.
- 3 Sobel JS. Naschrift [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1996; 39(8): 380.

Naschrift

Ons onderzoek had betrekking op patiënten die ons consulteerden wegens schouderklachten. Zij werden ingesloten in het onderzoek als de geuite klacht kon worden gerelateerd aan functiestoornissen in de schouder en/of de schoudergordel.¹ Het blijkt dat een groot deel van deze patiënten naast pijn in C5 en C4 ook pijn ervaren buiten deze dermatomen en dus buiten de definitie van de standaard (pijn in C4 en/of C5) vallen. Om deze patiëntengroep met ons inziens duidelijke schouderproblematiek dan

maar verder links te laten liggen omdat anders appels met peren worden vergeleken, gaat ons te ver. Eerder lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de definitie van schouderklachten zoals gehanteerd in de standaard, te beperkt is. In het voorbeeld van de fictieve standaard 'Heupaan- doeningen' lijkt ons dat, als er *naast* pijn in het bovenbeen en de lies, samengaand met functiestoornissen van het heupgewricht, ook pijn wordt aangegeven in de bil, er sprake blijft van een heupaandoening.

Overigens blijkt uit deze discussie hoe gevaarlijk het is om met louter anamnestic criteria (pijnlokatie) een aandoening van het houdings- en bewegingsapparaat te definiëren. Het is beter ook criteria uit het fysisch-diagnostisch onderzoek van de aangedane structuren bij de definitie te betrekken.

Jan S. Sobel
Jan C. Winters

Influenzavaccinatie

De Commissie Vaccinatie tegen influenza van de Gezondheidsraad heeft besloten de indicatie 65-plus op te nemen in de categorie 'patiënten voor wie vaccinatie wordt aanbevolen'.¹ De standaardenwerkgroep heeft in 1993 geadviseerd om de indicaties voor influenzavaccinatie te laten sporen met de adviezen van de Gezondheidsraad, teneinde verwarring te vermijden. Sinds het verschijnen van de standaard² zijn de resultaten van enkele nieuwe onderzoeken en een meta-analyse gepubliceerd, op grond waarvan de indicaties uitgebreid zijn (zie pag. 53x).

Govaert *et al.* hebben aangetoond dat influenzavaccinatie bij ouderen boven de 60 jaar een reductie van circa 50 procent in de morbiditeit geeft.³ In de onderzoeksgroep bleek 27 procent van de deelnemende personen toch te behoren tot een risicogroep, terwijl dat bij de huisarts niet bekend was. Ook uit eerdere onderzoeken is gebleken dat bij ouderen in circa 20 procent van de gevallen 'latente' indicaties voor vaccinatie kunnen worden gevonden.^{4,5} Het onderzoek van Govaert *et al.* is het enige gerandomiseerde, placebogecontroleerde, dubbelblinde onderzoek met influenzavaccin bij gezonde ouderen. Ook andere, recente onderzoeken bewijzen de effectiviteit van influenzavaccinatie bij ouderen. Dit betreft zowel patiënt-controle-onderzoeken, als retrospectieve en prospectieve cohortonderzoeken.

In een patiënt-controle-onderzoek vonden Ohmit & Monto tijdens de epidemie van 1990-1991 een effectiviteit wat betreft het voorkó-

men van ziekenhuisopnamen van 31 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 4-51 procent) en in 1991-1992 van 32 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 7-50 procent).⁶ Fedson *et al.* onderzochten de epidemieën van 1982-1983 en 1985-1986 in Manitoba.⁷ Influenzavaccinatie bleek voor 15-34 procent effectief bij het voorkómen van ziekenhuisopnamen voor pneumonie, en voor 43-65 procent bij het voorkómen van ziekenhuissterfte wegens respiratoire aandoeningen, zowel boven als onder de 65 jaar. Ahmed *et al.* toonden in Engeland aan dat tijdens de epidemie van 1989-1990 door vaccinatie de sterfte met 41 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 13-60 procent) werd gereduceerd.⁸ Zij vonden geen verschil tussen patiënten uit de risicogroepen en mensen zonder indicatie voor vaccinatie.

In een Engels retrospectief cohortonderzoek in een bestand van 10.000 patiënten in een huisartspraktijk vonden Fleming *et al.* een beschermend effect door vaccinatie wat betreft sterfte van 75 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 21-92 procent), onafhankelijk van de leeftijd of de onderliggende ziekte.⁹ In een Amerikaans prospectief cohortonderzoek onder 25.000 personen van 65 jaar en ouder tijdens de epidemieën van 1990-1993 vonden Nichol *et al.* een reductie van ziekenhuisopname wegens pneumonie van 48-57 procent voor de drie opeenvolgende jaren, en een reductie van opnamen wegens hartfalen van 37 procent tijdens de epidemie van 1991-1992.¹⁰ De influenzavaccinatie hing ook samen met een reductie in mortaliteit door welke oorzaak dan ook van 39-54 procent.

Het vaccineren tegen influenza blijkt een relatief goedkope vorm van gezondheidszorg. In het onderzoek van Nichol *et al.* bleek elke vaccinatie zelfs USD 117 aan directe kosten te besparen.

De genoemde onderzoeken zijn nog niet opgenomen in de recente meta-analyse van cohortstudies van Gross *et al.*¹¹ De gepoolde effectiviteit in deze meta-analyse was 56 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 39-68 procent) bij het voorkómen van respiratoire aandoeningen, 53 procent (35-66 procent) bij het voorkómen van pneumonie, 50 procent (28-65 procent) bij het voorkómen van ziekenhuisopname en 68 procent (56-76 procent) bij het voorkómen van sterfte. Er waren drie patiënt-controle-onderzoeken met vergelijkbare resultaten.

Conclusie

Bij ouderen is de effectiviteit van influenzavaccinatie ten aanzien van het voorkómen van

influenza overtuigend aangetoond in een gerandomiseerd, placebogecontroleerd onderzoek. Vaccinatie van ouderen blijkt ook effectief bij het voorkómen van de complicaties, wat voornamelijk alleen bewezen is in patiënt-controle- en (prospectief) cohortonderzoek. De uitkomsten van de diverse onderzoeken komen echter volledig met elkaar overeen. Het besluit om in de NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie de indicatie 65-plus op te nemen in de categorie 'patiënten voor wie vaccinatie wordt aanbevolen' lijkt daarmee voldoende onderbouwd door recente literatuur.

Dr. G.A. van Essen,
Dr. Th.M.E. Govaert,
J.R. van der Laan
Dr. S. Thomas

- 1 Gezondheidsraad. Commissie Vaccinatie tegen influenza. Vaccinatie tegen influenza seizoen 1996-1997. Den Haag: Gezondheidsraad, 1996.
- 2 Van Essen GA, Sorgedrager YCG, Salemink GW, et al. NHG-Standaard Influenza and Influenzavaccinatie. Huisarts Wet 1993; 36: 342-6.
- 3 Govaert TME, Thijs CTM, Masurel N, et al. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. JAMA 1994; 272: 1661-5.
- 4 Barker WH, Mullooly JP. Influenza vaccination of elderly persons. JAMA 1980; 244: 2547-9.
- 5 Glezen WP. Influenza immunization of the elderly. J Fam Pract 1988; 27: 253-6.
- 6 Ohmit SE, Monto AS. Influenza vaccine effectiveness in preventing hospitalization among the elderly during influenza type A and type C seasons. Int J Epidemiol 1995; 24: 1240-8.
- 7 Fedson DS, Wajda A, Nicol JP, et al. Clinical effectiveness of influenza vaccination in Manitoba. JAMA 1993; 270: 1956-61.
- 8 Ahmed AEH, Nicholson KG, Nguyen-Van-Tam JS. Reduction in mortality associated with influenza vaccine during 1989-90 epidemic. Lancet 1995; 346: 591-5.
- 9 Fleming DM, Watson JM, Nicholas S, Smith GE, Swan AV. Study of the effectiveness of influenza vaccination in the elderly in the epidemic of 1989-90 using a general practice database. Epidemiol Infect 1995; 115: 581-9.
- 10 Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1994; 331: 778-84.
- 11 Gross PA, Hermogenes AW, Sacks AS, et al. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. Ann Intern Med 1995; 123: 518-27.