

Academische droom versus de realiteit

Schadé schrijft lovende woorden over het onderwijsarrangement 'Begeleiding van patiënten met kanker',^{1,2} maar hij heeft ook kritiek. Deze kritiek betreft in grote lijnen twee punten. 1 Het onderwijsarrangement besteedt geen aandacht aan somatische aspecten; het is te beperkt.

Tijdens de ontwikkeling van het onderwijsmateriaal waren alle betrokkenen het erover eens dat goede somatische kennis en vaardigheden van de huisarts een essentiële voorwaarde zijn voor een goede begeleiding. Dat komt ook voortdurend in het onderwijsprogramma aan de orde. Om didactische redenen is evenwel besloten deze somatische kennis en vaardigheden *niet* in dit onderwijsarrangement aan te bieden. Dat zou andere onderwijsmethodieken vereisen en zou ten koste gaan van de doelstellingen waarop we het accent wilden leggen: overdracht van de vaardigheid een analyse te maken van een concrete situatie van een patiënt en de vaardigheid om op grond van deze analyse een gefundeerd actieplan op te stellen voor begeleiding (op *somatisch*, psychisch en sociaal gebied), overdracht van kennis over de psychosociale oncologie, van communicatieve vaardigheden en op inzicht in eigen normen en waarden ten aanzien van ziekte en dood. De keuze om het zwaartepunt bij deze psychosociale aspecten te leggen komt dus niet voort uit 'een verouderd beeld van de huisartsgeneeskundige hulpverlening' of uit 'een hulpverlenersperspectief dat domineert'.

Het maken van nascholing is vergelijkbaar met het maken van een goede minestrone: het probleem is niet wat je erin moet stoppen, maar wat je eruit moet laten. Vanuit dat perspectief bekeken zou de constatering dat niet het hele gebied is bestreken als een compliment kunnen worden opgevat.

2 Schadé vindt het jammer dat het onderwijsmateriaal niet is gebaseerd op zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek over de huisartsgeneeskundige aspecten van de begeleiding van patiënten met kanker; het is te pragmatisch.

Inderdaad, wat zou het goed en verantwoord zijn, wanneer op grond van evidence based richtlijnen maatwerk zou kunnen worden geleverd in de begeleiding van al die uiteenlopende patiënten met diverse vormen van kanker. De confrontatie met de realiteit van een nascholingsprogramma als 'Begeleiding van patiënten met kanker' is na deze academische droom een koude douche. Het confronteert de academicus met al het werk dat nog moet worden verzet voordat die droom zal uitkomen.

Het onderwijsarrangement is ontwikkeld,

ondanks het feit dat er geen standaard over begeleiding te maken valt. Het is een instructie in het handelen volgens 'the state of the art'. Het grote aantal experts dat heeft meegedacht staat in voor de kwaliteit van de inhoud. Hier zullen we het voorlopig mee moeten doen. De huisarts heeft te maken met een toenemende vraag om een groter aandeel te leveren in de professionele zorg aan patiënten met kanker. Hij kan niet wachten met het verlenen van die zorg tot de wetenschap verder is. Om dit effectiever te kunnen doen, is het onderwijsproject opgezet. Naar nu blijkt met succes: er is veel belangstelling voor dit onderwijsarrangement en de cursisten zijn zeer tevreden.

Het is jammer als het commentaar van Schadé er toe zou leiden, dat ons praktische kind met het academische badwater zou worden weggegooid. Laat u niet ontmoedigen: volg de cursus en de training.

NHG Afdeling Deskundigheidsbevordering
Hetty Wemekamp, huisarts-stafid
Leo Gualthérie van Weezel, psychiater
Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis
Marianne den Hollander, huisarts
Arno Timmermans, huisarts, hoofd

- 1 Schadé E. De plaats van de huisarts binnen de zorg voor de patiënt met kanker. Huisarts Wet 1997; 40(5): 189-92.
- 2 Wemekamp H, Gualthérie van Weezel LM, Den Hollander MHJ. Begeleiding van patiënten met kanker. Pakket voor Deskundigheidsbevordering nr. 40. Utrecht: NHG, 1996.

Naschrift

De reactie van Wemekamp et al. eindigt met een oproep de cursus en de training gekoppeld aan het NHG-pakket voor deskundigheidsbevordering 'Begeleiding van patiënten met kanker' te volgen. Dit wil ik graag steunen. Ook ik vind het een gedegen opgezet onderwijsarrangement. Mijn bezwaar is dat de deskundigheidsbevordering over de psychosociale zorg voor de patiënt met kanker te sterk is losgekoppeld van de somatische aspecten. Het was me duidelijk dat dit gebeurt om didactische redenen. Ik pleit dan ook voor een uitbreiding van het pakket, zodanig dat aan de vaak meervoudige behoeften van de patiënt wordt tegemoetgekomen. Voor de patiënt zijn behandeling en begeleiding – cure and care – niet van elkaar te scheiden. Er valt weinig te begeleiden als er niet goed wordt behandeld. De huisarts mag

dan wel te maken hebben met een toenemende vraag om een groter aandeel te leveren in de professionele zorg aan patiënten met kanker, maar als deze professionele zorg niet scherp wordt omschreven, kan het wel eens zo zijn dat anderen dan de huisarts professionele zorg invullen als uitsluitend psychosociale zorg. Hier tegen heb ik willen waarschuwen. De toenemende poliklinisering van de zorg, de 'ziekenhuisverplaatste' thuiszorg en het versneld ont-slag vragen om duidelijkheid over taken en mogelijkheden van de huisarts.

Uit het NHG-pakket blijkt te weinig dat psychosociale zorg niet is los te koppelen van de rest van de zorg voor kankerpatiënten. De herkenbaarheid van de huisartsgeneeskundige hulpverlening aan de patiënt met kanker is erbij gebaat als de verschillende aspecten van de zorg, somatisch, psychisch, sociaal en inzake de verpleging en de verzorging in goede harmonie met elkaar worden onderwezen ook als dat didactisch lastig is. Dit onderwijspakket draagt daar maar voor een deel aan bij.

Wellicht dat deze discussie stimuleert om ook de aspecten die nu zijn weggelaten in aanvullende pakketten met meer nadruk op klinische oncologie aan de orde te stellen. Een geïntegreerde benadering van de huisartsgeneeskundige zorg voor de patiënt met kanker uitgaande van de zorgbehoefte van de patiënt kan wel eens een didactische vernieuwing zijn.¹ Nu heeft men om andere didactische redenen in eerste instantie deze kans voorbij laten gaan.

Ik heb een pleidooi gehouden voor huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek naar de zorg rond de patiënt met kanker. Dit wordt door Wemekamp et al. ondersteund. Het probleem is echter te belangrijk om daarom te wachten met een nascholingspakket. Dit wordt door mij ondersteund. Dat hierin moet worden voorzien, is geen academische droom, maar academisch beleid dat door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF is ondersteund met een stimuleringsubsidie. Niemand verwacht dat de huisarts wacht met het verlenen van professionele zorg tot de wetenschap verder is. De titel van de ingezonden brief is wat dit betreft onnodig suggestief. Wetenschappelijke onderbouwing van nascholing is een noodzakelijk doel en geen onbereikbaar ideaal.

Prof.dr. E. Schadé

- 1 Jones RVH, Ingram D, Finlay IG, Lant AF. Cancer patients and their families at Home. Interactive Videodisk Pack, Resource Book. Marie Curie Memorial Foundation, 1993.

Dementie op het platteland

Op 18 december 1996 promoveerden aan de VU in Amsterdam de twee verpleeg-huisartsen Froukje Boersma en Jan Eefsting op het proefschrift 'Dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie. Prevalentie, diagnostiek, zorg en beloop'.¹ Promotores waren prof.dr. W. van Tilburg en prof.dr. W. van den Brink. Het goed leesbare proefschrift is de neerslag van het DOOPLAZ-project (Dementie Onderzoek onder Ouderen op het Platteland rondom Zwolle), uitgevoerd in de jaren 1990-1996; het bestaat uit negen artikelen, die deels in het Nederlands en deels in het Engels zijn gesteld.

Het proefschrift wordt gerecenseerd door dr. A.W. Wind, huisarts te Alkmaar.

Het onderzoek

De vraagstellingen op het gebied van de prevalentie van dementie betreffen onder meer de prevalentie op het platteland en de verblijfsspecifieke prevalentie in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Op het gebied van de diagnostiek hebben de vraagstellingen onder meer betrekking op de diagnose dementie door de huisarts en de waarde en uitvoerbaarheid van screenend en aanvullend onderzoek met betrekking tot comorbiditeit en reversibele oorzaken. Op het gebied van zorg en beloop betreffen de vragen de patiëntkenmerken die het gebruik van zorgvoorzieningen voorspellen en de kenmerken die van invloed zijn op het beloop.

Het onderzoek had een gefaseerde opzet, en werd uitgevoerd in samenwerking met acht huisartsen uit Heerde en Dalfsen. Aan de screeningsfase deden 2191 personen van 65 jaar en ouder mee; hierbij werd de MMSE (Mini-Mental State Examination) afgenomen (deelname 83 procent, gemiddelde leeftijd 74 jaar). Op basis van de score op deze cognitieve screeningstest werden 421 ouderen (deelname 85 procent) nader onderzocht met een diagnostisch instrument, waarmee werd vastgesteld of de patiënt voldeed aan de criteria voor dementie. Indien er sprake was van dementie, vond een verwijzing plaats voor poliklinisch neurologisch en aanvullend onderzoek. Op basis van deze gegevens werd de vorm van dementie vastgesteld (ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, mengvormen). De groep demente ouderen werd na één, anderhalf en twee jaar opnieuw onderzocht.

Er bleek bij 102 ouderen sprake te zijn van dementie. De berekende prevalentie van de-

mentie was 6,5 procent voor de groep van 65 jaar en ouder. Zoals verwacht, was de prevalentie sterk leeftijdsafhankelijk: variërend van 1,5 procent voor ouderen van 65-69 jaar tot 40,6 procent voor 90-plussers. In verzorgingshuizen was de prevalentie van dementie niet hoger dan op grond van de leeftijd verwacht mocht worden (21 procent); de prevalentie op somatische afdelingen van verpleeghuizen was echter opvallend hoog (48 procent).

De deelnemende huisartsen maakten een inschatting van het cognitief functioneren van de hun bekende patiënten. Zij kwamen op een prevalentie van 2,2 procent voor dementie (vergelijkbare eerstelijns prevalentie diagnostisch onderzoek: 5,2 procent). Ruim een derde van de dementen werd dus als zodanig gediagnosticeerd door de huisartsen. Bij nog eens een derde deel van de demente patiënten hanteerden de huisartsen liever de minder beladen term 'cognitieve functiestoornis'. De overige demente patiënten werden niet als zodanig herkend of hadden in langere tijd geen contact met de huisarts. De huisartsen noemden ouderen niet of nauwelijks ten onrechte dement.

Lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek bleken in de thuissituatie goed uitvoerbaar: het werd verricht bij 85-95 procent van de demente ouderen. Het aanvullend klinisch onderzoek kon bij slechts 41-58 procent van de patiënten worden verricht. Het uitgebreide laboratoriumonderzoek bracht bij 43 procent van de patiënten afwijkende waarden aan het licht, met name afwijkende vitaminespiegels. Er werden (vage) aanwijzingen gevonden voor een vertraagde progressie van de dementie, wanneer deze afwijkingen werden behandeld. De onderzoekers adviseren het routine laboratoriumonderzoek zoals aanbevolen in de NHG-Standaard Dementiesyndroom uit te breiden met onder andere vitamine B12 en foliumzuur, en een actief beleid te voeren ten aanzien van afwijkende laboratoriumuitslagen.

Meer dan 80 procent van de dementiepatiënten maakte gebruik van formele zorg en meer dan de helft woonde in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis. Overigens waren de demente ouderen die in een verzorgingshuis woonden, overwegend licht dement en hadden zij een hoge leeftijd. Het gebruik van zorgvoorzieningen bleek samen te hangen met de ernst van dementie, de zelfredzaamheid, de leeftijd, comorbiditeit en de burgerlijke staat (alleenstaanden). De sterfte was onder demente patiënten groter dan onder hun niet-demente leeftijdsgenoten. Belangrijke doodsoorzaken waren cachexie en/of dehydratie, pneumonie/influenza en cardiovasculaire aandoeningen.

Commentaar

De aanleiding tot het onderzoek was de onduidelijkheid die destijds bestond ten aanzien van de prevalentie van dementie en ten aanzien van de waarde van diagnostiek naar reversibele oorzaken. Inmiddels is over beide onderwerpen veel meer bekend.^{2,3} Het onderzoek is degelijk van opzet en uitvoering. De brede opzet vormt tevens een nadeel, omdat sommige onderwerpen wat oppervlakkig belicht worden. Er wordt niet ingegaan op het onderscheid en de samenhang tussen dementie en depressie.

De prevalentiecijfers sluiten goed aan bij wat erover bekend is, zowel het cijfer 6,5 procent uit het bevolkingsonderzoek, als het cijfer 2,2 procent van de huisartsenregistratie. Er worden duidelijke verklaringen gevonden voor deze verschillen in prevalentie: voor een deel wordt de dementie niet als zodanig benoemd, en voor een deel wordt ze niet herkend door huisartsen. Omdat aspecten van zorg en hulpbehoefte belangrijk zijn voor huisartsen om de diagnose te stellen,⁴ is het jammer dat deze aspecten slechts in afgeleiden (contactfrequentie, ernst van dementie, leeftijd en geslacht) met de huisartsendiagnose in verband zijn gebracht, terwijl zorggebruik en zelfredzaamheid wel gemeten zijn.

Aangenomen mag worden dat het informele netwerk op het platteland beter georganiseerd is dan in de stad en dat de beschikbaarheid van professionele opvang minder is op het platteland. Hierdoor zijn, zoals de onderzoekers zelf zeggen, de cijfers over prevalentie van dementie in zorginstellingen en de determinanten van zorggebruik niet direct te extrapoleren naar de algemene Nederlandse situatie.

De routinematige diagnostische procedures bleken in de thuissituatie goed uitvoerbaar, maar de uitvoerbaarheid van het specialistisch deel van het diagnostisch onderzoek was matig. De oorzaken hiervan worden niet beschreven. Het hoge percentage afwijkende vitaminespiegels blijkt voor een groot deel terug te voeren op afwijkende foliumzuurspiegels. Helaas wordt dit niet toegelicht.

De bevindingen bij zorggebruik en beloop zijn in de praktijk te gebruiken om de meest kwetsbare groepen te definiëren, maar leveren geen wezenlijk nieuwe inzichten.

Annet Wind

1 Boersma F, Eefsting JA. Dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie. Prevalentie, diagnostiek, zorg en beloop [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996; 289 pagina's. ISBN 90-9010042-3.

- 2 Hofman A, Rocca WA, Brayne C, et al. The prevalence of dementia in Europe. A collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-48.
- 3 Van Crevel H, Walstra GJM, Teunisse S, et al. Diagnostiek bij dementiesyndroom. Eindverslag ontwikkelingsgeneeskunde project OG 90-027. Amsterdam/Rotterdam: Academisch Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.
- 4 Wind AW. Diagnosing dementia in general practice [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1994.

Reactie

De achtergronden van dit onderzoek verklaren de brede opzet: het Dementie Onderzoek onder Ouderen op het Platteland rond Zwolle komt voort uit medisch-praktische en beleidsmatige vragen die wij in ons dagelijks werk tegenkwamen. Achteraf gezien is het heel bijzonder dat we de gelegenheid kregen de antwoorden te zoeken in een door ons zelf opgezet epidemiologisch onderzoek, dat zijn neerslag heeft gekregen in een proefschrift. Onze praktische vragen zijn deels beantwoord, andere vragen zijn blijven liggen, zoals de vraag wat de precieze rol is van comorbiditeit (inclusief depressie) op het beloop van dementie.

Wat door ons in de bespreking wordt gemist, is het belang van het feit dat de dementiepatiënten afkomstig zijn uit een algemene, ongeselecteerde populatie ouderen. Er is dus geen sprake van een verwijzingsbias, zoals in het onderzoek *Van Crevel et al.* onder 200 naar een geheugenpolikliniek verwezen patiënten.

Aan de constatering dat de prevalentiecijfers uit het bevolkingsonderzoek en de huisartsenregistratie goed aansluiten bij wat erover bekend is en dat er duidelijke verklaringen worden gevonden voor de verschillen, kan een derde constatering worden toegevoegd: de bevindingen markeren het einde van de discussie over de verschillen tussen beide soorten cijfers. Deze constatering doet niets af aan het feit dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in de vroege opsporing van dementie en mogelijk een betere 'screening agent' is dan een formeel screeningsinstrument als de MMSE.

Tenslotte hopen we dat de bevindingen uit ons onderzoek gebruikt kunnen worden bij de revisie van de NHG-standaard; zij kunnen namelijk mede voorziën in een aantal lacunes die bestonden toen deze standaard werd opgesteld, waaronder de validering van de MMSE in de algemene populatie.

Froukje Boersma
Jan A. Eefsting

Behandeling schouderklachten

Op 19 december 1996 promoveerde de Maastrichtse gezondheidswetenschapper, fysiotherapeut en epidemioloog Geert van der Heijden aan de Universiteit van Maastricht op het proefschrift 'Shoulder disorder treatment. Efficacy of ultrasound-therapy and electrotherapy'.¹ Promotores waren de hoogleraren dr. P.G. Knipschild en dr. L.M. Bouter. De recensent is huisarts te Steensel en stafmedewerker van de afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG.

Het artikelenproefschrift van Van der Heijden is zeer relevant en toegankelijk voor huisarts en fysiotherapeut. Op een gedegen en heldere wijze worden diverse gangbare onderdelen van de therapie bij schouderklachten in de eerste lijn getoetst. Schouderklachten veroorzaken vaak langdurig beperkingen in het dagelijkse leven. Hoewel de variëteit in therapieën groot is, bestaat geen duidelijkheid over de effectiviteit ervan. De effectiviteit van fysiotherapie, injecties met corticosteroiden en NSAID's wordt onderzocht door middel van literatuurstudies. Verder wordt een trial over elektro- en ultrageluidtherapie als aanvulling op oefentherapie bij schouderklachten beschreven. Steeds wordt de vraag gesteld: welke van de onderzochte interventies hebben een gunstig effect ten aanzien van ernst of snelheid van herstel bij schouderklachten?

In de inleiding schetst de auteur het belang van schouderklachten in de eerste lijn: 10 procent van de mensen maakt ten minste één episode met schouderklachten door, en hiervan raadpleegt 50 procent de huisarts. In de open populatie verdwijnen de klachten meestal binnen enkele weken. In de huisartsenpopulatie blijven de klachten echter in 40 procent van de gevallen een jaar of langer bestaan, met veel recidieven.

Literatuurstudies

In de hoofdstukken 2 t/m 4 wordt een systematische beoordeling van effectiviteitsstudies over fysiotherapie, NSAID-behandeling en corticosteroidinjecties bij schouderklachten in de eerste lijn beschreven.

Op de methode van literatuuronderzoek van Van der Heijden valt niet veel af te dingen: de wegingen zijn uitvoerig beschreven en doorzocht. Aan vrijwel alle beschikbare studies wordt een geringe bewijskracht toegekend, als gevolg van de kleine studiepopulaties. De

meeste onderzoeken vertonen dermate belangrijke tekortkomingen in opzet en uitvoering, dat de interne validiteit wordt aangetast. De auteur vindt derhalve onvoldoende bewijs om conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit van laser-, thermo-, koude-, elektro-, oefen- en mobilisatietherapie. Ultrageluidtherapie is relatief goed onderzocht: desondanks worden geen effecten gevonden ten aanzien van schouderklachten.

Zes effectstudies van redelijke kwaliteit over fysiotherapie geven geen ondersteuning voor de effectiviteit ervan.

Over corticosteroidinjecties zijn drie studies van acceptabele kwaliteit voorhanden; deze laten een gering positief effect op korte termijn zien. Over de lange termijn zijn geen effecten bekend. Het bewijs van geringe effectiviteit is derhalve beperkt.

Tevens plaatst de onderzoeker enige vraagtekens bij de veiligheid van corticosteroidinjecties. Hij noemt een hele reeks van bijwerkingen (van synovitis tot peesrupturen), die helaas niet systematisch zijn onderzocht. Sommige daarvan zijn geassocieerd met herhaalde corticosteroidinjecties in hetzelfde gewricht. Derhalve stelt hij voor snel herhalen van injecties in hetzelfde gewricht te vermijden: in hetzelfde gewricht ten hoogste één maal per zes weken, maximaal drie per jaar.

In drie klinisch acceptabele studies wordt een positief korte-termijneffect van NSAID's ten opzichte van placebo gezien. Veertien studies waarin twee NSAID's met elkaar worden vergeleken, laten geen conclusie ten voordele van een bepaald NSAID toe. De auteur concludeert dat de (bekende) bijwerkingen afgewogen moeten worden tegen de beperkte korte-termijneffecten, die beperkt onderbouwd zijn.

Interventie-onderzoek

Hoofdstuk 5 geeft een beschrijving van het gerandomiseerde, placebogecontroleerde onderzoek naar de effectiviteit van elektrotherapie (ET) en ultrageluidtherapie (US) bij schouderklachten, indien toegepast naast oefentherapie. In zeventien eerstelijns fysiotherapiepraktijken werden uit 180 (door huisartsen en specialisten verwezen) volwassen patiënten met schouderklachten door randomisatie geselecteerd. De patiënten hadden schouderpijn of een glenohumerale bewegingsbeperking, alsmede entesopathieën van de schouder zonder aanwijsbaar onderliggend lijden. Doel van de correcte in- en exclusiecriteria was de interventiegroepen zo homogeen mogelijk te maken. De patiënten kregen in zes weken tijdens maximaal twaalf zittingen bewegingstherapie; daar-

naast kregen 34 patiënten actieve US en ET, 39 dummy-US en actieve ET, 39 actieve US en dummy-ET, en 33 dummy-US en dummy-ET; 35 patiënten kregen in het geheel geen aanvullende therapie (om het placebo-effect van ET en US te onderzoeken). De therapeut kon niet geblindeerd worden met betrekking tot actieve en dummy ET. Door middel van een communicatieverbod tussen therapeut en patiënt kon echter relevante invloed op het resultaat worden voorkomen. De inter-therapeutbetrouwbaarheid werd geoptimaliseerd en aan de patiënten werd verzocht geen andere therapieën te ondergaan.

In totaal 171 van de 180 patiënten maakten het onderzoek van drie maanden af. De afvallers hadden geen invloed op de conclusies. De patiënten vulden vragenlijsten in bij 6 weken, en bij 3, 6, 9 en 12 maanden. Bij het begin en bij 6 en 12 weken werden de patiënten onderzocht.

Het herstel verliep bij alle groepen gelijkmatig, en het ontbreken van verschil is consistent ten opzichte van alle uitkomstmaten. De auteur concludeert dat ultrageluid noch elektrotherapie effectief zijn als toevoegingen aan oefen-therapie bij schouderklachten. Ook een placebo-effect van US en ET is zeer onwaarschijnlijk.

In hoofdstuk 6 wordt de samenstelling van de Schouder Beperkingen Vragenlijst (SDQ) beschreven, een effectmaat ter bepaling van functionele schouderandoeningen. In de geselecteerde onderzoekspopulatie blijkt de SDQ een klinisch relevante effectmaat. Aanbevolen wordt de SDQ in andere populaties te onderzoeken in vergelijking met de andere effectmaten. De SDQ is met 16 vragen vooralsnog te uitgebreid en ook nog onvoldoende gevalideerd voor de huisartspraktijk.

Commentaar

Voor dit onderzoek is een zeer grote inspanning verricht door de auteur en alle medewerkers, waarvoor lof op zijn plaats is. Consistent en op hoog wetenschappelijk niveau wordt alleen datgene getoetst waar de patiënt iets aan heeft: een snellere genezing van de aandoening of vermindering van de morbiditeit zonder een teveel aan bijwerkingen. Er volgt geen pasklaar antwoord op de schouderproblematiek, maar de kluwen wordt wel voor een deel ontward.

Gezien de doordachte, minutieuze opzet en de power van de studie, is de conclusie over ultrageluidtherapie en elektrotherapie valide te noemen. De conclusies over de effectiviteit van NSAID's en met name corticosteroïdinjecties sporen met die van andere onderzoekers, maar

ook met bijvoorbeeld de therapieën bij epicondylitis.^{2,3} De bijwerkingen van corticosteroïdinjecties zijn helaas niet systematisch onderzocht. De mogelijke bijwerkingen van corticosteroïdinjecties moeten natuurlijk worden afgewogen tegen de effectiviteit ervan, en zijn vooralsnog vatbaar voor uiteenlopende interpretaties: van een reëel risico tot veilig.²

De tijd lijkt aangebroken voor een herschikking van therapieën: van alles aanwenden wat aan te wenden valt naar alleen die interventies waarbij gegrond effect mag worden verwacht ten opzichte van het natuurlijk beloop. Terecht breekt de auteur in zijn aanbevelingen een lans voor vergelijkende kosten-effectiviteitsstudies met oefen-therapie, NSAID's, analgetica, steroïdinjecties en geen behandeling.

Arnold Romeijnders

- 1 Van der Heijden GJMG. Shoulder disorder treatment. Efficacy of ultrasoundtherapy and elektrotherapy [dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997. Te bestellen door overmaking van NLG 30,- op girorekening 5047697 van G.J.M.G. van der Heijden, Maastricht, onder vermelding van 'proefschrift' en naam en adres van de besteller.
- 2 Sobel J, Winters J. Shoulder complaints in general practice. Diagnosis and treatment. Amsterdam: MediTekst, 1996.
- 3 Assendelft WJJ, Hay EM, Adshad R, Bouter LM. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis – a systematic overview. Br J Gen Pract 1996; 46: 209-16.

Aankondigingen

- Berg M. Rationalizing medical work. Decision support techniques and medical practices. London: MIT Press, 1997; 238 pagina's, prijs GBP 22.50 (gebonden). ISBN 0-262-02417-9.
- Haagedoorn EML, Van der Waal J. Oncologie voor de tandheelkundige professie. Assen: Van Gorcum, 1997; x + 370 pagina's, prijs NLG 85,-. ISBN 90-232-3192-9.
- Melanoom van de huid. Landelijke richtlijn opgesteld door de multidisciplinaire Nederlandse Melanoom Werkgroep; 84 bladzijden, prijs NLG 5,- + porto. ISBN 90-72175-15-8. Te bestellen bij de Vereniging van Integrale Kankercentra, Postbus 19001, 3501 DA Utrecht; tel. (030) 2343780, fax (030) 2343632.
- Bosboom P. Een eindeloos bestaan. Ervaren uit een huisartsenpraktijk. Baarn: De Fontein, 1997; prijs NLG 24,90. ISBN 90-261-0986-5.
- Hutchinson A, Bentzen N, König-Zahn C. Cross cultural health outcome assessment: a users guide; 184 bladzijden, prijs NLG 30,- + NLG 7,50 porto. ISBN 90-36707-48-X.

- Te bestellen bij: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon (050) 3632963, fax (050) 3632964;
- Hubben JH, redactie. Arts, patiënt en ziekenhuis. Nieuw civiel-, klacht- en tuchtrecht in de gezondheidszorg. Deventer: Kluwer, 1997; 110 pagina's, prijs NLG 38,50.
- Braams T. Dyslexie. Een complex taalprobleem. Amsterdam: Boom, 1997; 128 bladzijden, prijs NLG 29,50. ISBN 90-5352-276-X.
- Roelofs S. Niet storen. Overveen: Belvédère, 1997; 164 pagina's, prijs NLG 39,75. ISBN 90-7345915-X.
- Burgmeijer RJF, Merckx JAM. Vaccinaties bij kinderen in perspectief. Assen: Van Gorcum, 1997; vi + 80 bladzijden, prijs NLG 29,90. ISBN 90-232-3227-5.
- Alternatieve middelen en Hiv/Aids [literatuuronderzoek]. Amsterdam: Stichting Middelen, 1997; een brochure van 48 bladzijden, prijs NLG 5,-. Te bestellen via Hiv Vereniging Nederland, Postbus 15847, 1001 NH Amsterdam; tel. (020) 6160160.
- Ouderen, welzijn en zorg. Themanummer van het tijdschrift *Medische Antropologie*; 283 bladzijden, prijs NLG 25,-. ISSN 0925-4374. Te bestellen bij de redactie, Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam.
- De Muynck A, Peeters R, redactie. Ali en Fatima bij de dokter. Vraag en aanbod van gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen. Leuven, Apeldoorn: Garant, 1997; 192 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-5350-489-3.
- Hendrickx K, Lodewijckx E. Natuurlijk moet je iets doen om niet zwanger te worden! Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen en Brussel; 56 pagina's, prijs BEF 200. Te bestellen bij: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Sint Hubertusstraat 58, B-2600 Berchem; tel. (0032-3) 2811616; fax (0032-3) 2315184.

NOTA BENE

Ik denk dat de huisarts allergisch is voor specialisten die hem vertellen wat hij moet doen. F.A. Beemer in zijn rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de klinische genetika aan de Universiteit Utrecht.

Moeders die borstvoeding geven aan zuigelingen met een laag geboortegewicht dienen aangemoedigd te worden om gezuiverde visolie in te nemen.

Stelling bij: Woltil HA. Early nutrition of low birthweight infants [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

Afscheid Ruut de Melker

Preluderend op zijn afscheidsrede op 19 september 1997, een bruisend vraaggesprek. Prof. dr. R.A. de Melker wil bij zijn vertrek als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Utrecht nog wel iets kwijt over de relatie tussen wetenschap en praktijk.

Bouwstenen voor zijn visie
Praktiserend huisarts tot 1990 ('de jaren met Frans Huygen in Lent tellen dubbel'), proefschrift 'Ziekenhuispatiënt – huisarts – huisgezin' (1973), 22 jaar lector en hoogleraar en, naast talloze andere publicaties, 52 referenties in het register van H&W – 1,3 procent van alle geïndexeerde bijdragen: bepaald een mooie score voor een hoofdredacteur van een verwant tijdschrift (Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde). De basis voor zijn visie werd gelegd tijdens zijn opleiding ('wat ik wist zag ik niet en wat ik zag wist ik niet') en later aanvullend door de vragen van patiënten over de prognose ('kan het kwaad, dokter?').

Zijn boodschap

Rode draad is steeds: enerzijds, anderzijds. Het belang van een wetenschappelijke onderbouwing van de (huisarts)geneeskunde staat buiten kijf, maar de betrekkelijkheid daarvan is tegelijkertijd onontkoombaar. Nieuwe vragen rijzen, absolute waarheden bestaan niet en toch wil de patiënt zekerheid, maar die biedt de wetenschap niet. De gangbare biomedische wetenschappelijke methoden schieten te kort om praktijkproblemen op te lossen en louter kookboek-geneeskunde is dan ook geen antwoord. Recht doen aan de betekenis van een ziekte voor een patiënt verlangt een evenwicht tussen geneeskunde en geneeskunst. Dat betekent niet de kant opgaan van de mythen, maar juist wel aandacht geven aan belevingsaspecten. Daarbij mogen we placebo-effecten ('the doctor as a drug') best gebruiken, mits ze onschadelijk zijn. De kwestie van de werkzaamheid van therapieën verdient trouwens een genuanceerde benadering. Vergelijken derwijs geen effect aantonen,

betekent nog niet dat er geen effect kan zijn bij subgroepen of individuen.

Zijn verlanglijstje

- Meer onderzoek naar alle-daagse ziekten en naar risicogroepen voor een abnormaal beloop.
- Structurele financiering van huisartsen-netwerken voor de uitvoering van onderzoek ('desnoods van het budget van de academische ziekenhuizen').
- Verlenging van de beroepsopleiding ('het gaat om het moeilijkste vak'), met meer differentiatie en wetenschappelijke inbedding, en tenslotte een geconditioneerde registratie.
- Prognostiek integreren in de (training van) consultvoering.

Zijn speeltje

'Als de tympanometer in 10 à 20 procent van de huisartspraktijken wordt gebruikt, ben ik al blij. Het is typisch een instrument dat zich leent voor differentiatie in de taakuitvoering binnen samenwerkingsverbanden'. Een recente enquête leert overigens dat 20 procent van 250 geënquêteerde huisartsen een tympanometer wenselijk acht en dat 6 procent erover beschikt (nog niet gepubliceerde gegevens, J. de Haan).

Zijn ervaringsdeskundigheid

'Enerzijds weet iedereen dat roken ongezond is, anderzijds laat ik me mijn sigaar of pijp niet afnemen en vind ik dat roken alleen bij patiënten moet worden aangekaart als daar relevante aanknopingspunten voor zijn. Als onderzoek (BMJ 28 juni 1997; 1860-3) inderdaad uitwijst dat sigaar of pijp second best zijn na volledig stoppen met roken, dan is dat een welkom compromisvoorstel aan verstokte sigarettenrokers.'

(FJM)

Waardeoordelen bij diarree

Zelfs als de feiten duidelijk zijn, zit de crux in de interpretatie en de andere overwegingen; dan komen waarden en normen om de hoek kijken en begint het gesteggel. Zo blijkt een recente Britse consensusrichtlijn voor de behandeling van infectieuze diarree nog terughoudender dan de NHG-standaard: ontmoediging van loperamide en bismuth subsalicylaat en geen 'blinde' start met antibiotica wegens resistentiegevaar, bijwerkingen en kosten.¹ Vanuit de USA klinkt echter een geheel ander geluid. *Gorbach* stelt in de BMJ, dat de patiënt directe verlichting van zijn klacht verwacht; hij zoekt immers hulp. Bovendien zijn er effectieve en veilige middelen: bismuth subsalicylaat, loperamide en... ciprofloxacine. 'Whatever the choice of treatment for acute diarrhoea, it should be started at the initial visit to the doctor'.² Zou men zich in Boston drukmaken over hulpvraagverheldering, uitleg en keuzevrijheid voor de patiënt? (FJM)

- 1 Farthing M, et al. The management of infective gastroenteritis in adults. A consensus statement by an expert panel convened by the British Society for the Study of Infection. J Infect 1996; 33: 143-52.
- 2 Gorbach SL. Treating diarrhoea [editorial]. BMJ 1997; 314: 1776-7.

Hoor ik 't goed

Slechthorendheid? Daar vraag je gewoon naar, zou je zeggen, desnoods via een toegespitst vragenlijstje. Maar zo simpel ligt het niet. Gelijktijdig zijn de resultaten gepubliceerd van twee onderzoeken naar de diagnostische waarde van vier vragen naar slechthorendheid vergeleken met audiometrie. Het ene onderzoek (in Haarlem, n=61) leidde tot de conclusie dat twee vragen (kunnen volgen van een tweegesprek en een groepsgeprek) even waardevol zijn als screeningsaudiometrie bij het ontdekken van gehoorsverslechtering.¹ Het andere onderzoek (Tiel, België, n=212) met gedeeltelijk andere vragen leidde tot een negatief oordeel over de gehanteerde vragenlijst.² Het verband tussen audiometrisch vastgesteld gehoorverlies en vragenlijsten blijkt ook in ander onderzoek uiteen te lopen (r=0,39-0,70). Vragenlijsten meten immers beperkingen en geen verlies aan

decibels.² Maar gaat het de patiënt om de decibels of om de beperkingen? (FJM)

- 1 Van Schaik V, et al. Value of a four-item questionnaire in the diagnosis of presbycusis. Eur J Gen Pract 1997 3: 62-4
- 2 Michels J, et al. Diagnose van gehoorverlies; kan een vragenlijst audiometrie vervangen? Huisarts Nu 1997; 26: 148-54.

Inspectie actief

In weerwil van de alom beleden liberalisering is toetsing populair. Zo vermeldt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar jaarrapportage 1996 toetsingsbezoeken aan 26 huisartsen. De selectiecriteria blijven duister, maar gelukkig zijn 'bij vrijwel alle bezochte beroepsbeoefenaren de voorwaarden om tot verantwoorde zorgverlening te komen in voldoende mate gerealiseerd'. Minpunten zijn: taakdelegatie, samenwerking, praktijkhygiëne en evaluatie van de praktijkvoering. Een intrigerende bevinding betreft 'de indruk dat de huisartsen weinig zicht hebben op de populatie 'at risk' in hun praktijk'. Komen dus toch de verkeerde personen bij de dokter? (FJM)

Einde vaktijdschrift?

Dr. J. Hartog in Trouw, 1 juli 1997: 'Wat betekenen Internet en e-mail voor de wetenschappelijke tijdschriften? Gaan die ter ziele, omdat iedereen de nieuwste onderzoeksresultaten gratis op zijn scherm krijgt thuisbezorgd? (...). De belangrijkste functie van een wetenschappelijk tijdschrift is het organiseren van de informatie-stroom. De waarde van een blad zit niet in het afdrucken en versturen

Nieuwe rubriek

In deze aflevering van H&W gaat de rubriek Journaal van start. Sleutelbe-grippen zijn berichtgeving en opinie, en naar goed journalistieke traditie wordt actualiteit nagestreefd, voor zover dit mogelijk is bij een vierwekelijkse verschijning. De korte berichten, commentaren en reacties richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde en haar randgebieden. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijgedragen in deze aflevering zijn van Frans J. Meijman, Frans Meulenberg en Ton Drenthen.

ren, maar in de selectie (...). De beroepsvereniging moet het tijdschrift organiseren. Die kanaliseert de bereidheid van beroepsgenoten om zich in te zetten voor het collectieve belang (...). En de vereniging zet het 'tijdschrift' gratis op het Internet, want die heeft niks te verliezen. Vakgenoten kennen de reputatie en weten waar ze zoeken moeten (...). Een vereniging voor het collectieve belang doet wonderen ook in de wetenschap'. (FJM)

Wat wil de lezer?

Schrijvers van folders, hand- en richtlijnen opgelet. Het advies 'hoe korter hoe beter' voor instructieve teksten lijkt voorbarig. Dit blijkt uit de bespreking van het proefschrift van Nicole Ummelen in het interessante periodiek Tekst[blad].^{1,2} Ummelen ging in computerexperimenten na over welke soort informatie lezers van software-handleidingen willen beschikken bij het oplossen van een probleem. Wordt alleen direct instructieve informatie gelezen, wordt achtergrondinformatie overgeslagen of leidt uitleg louter tot tijdverlies zonder winst? De onderzoekster concludeert dat het zinvol is om in softwarehandleidingen achtergrondinformatie op te nemen; de lezer gaat daar zeker niet zomaar aan voorbij. Teksten waarin instructie en uitleg worden gecombineerd leiden tot betere resultaten bij herhaalde taakuitvoering en ook tot meer kennis en inzicht. Wel wordt geadviseerd instructie en uitleg duidelijk van elkaar te onderscheiden. Toch zo gek nog niet die voetnoten bij de NHG-standaarden. (FJM)

- 1 Jansen C. Wat wil de lezer? Minimalisme in instructies nader onderzocht. Tekst[blad] 1997; 3(2): 60-5.
- 2 Ummelen N. Procedural and declarative information in software manuals. Effects on information use, task performance and knowledge [dissertatie Universiteit Twente]. Amsterdam: Rodopi, 1997.

Prevention: a non-event

Praag, 2 juli 1997 Tijdens het Europese WONCA-congres 'Prevention in primary care' sprak NHG-bestuurder Wil van den Bosch de bemoedigende woorden: 'The outcome of prevention is a non-event'. Hoe dichterbij de preventieve activiteit tegen curatie aanzit, des

te groter zijn de betrokkenheid en motivatie van de huisarts, meende hij. Het congres bevatte presentaties van zeer wisselende kwaliteit, vaak alleen maar 'opzet' en weinig resultaten. De terughoudende Nederlandse aanpak op het gebied van preventie – alleen doen wat 'bewezen zinvol' is, met nadruk op de hoog-risico-benadering – werd ondersteund door preventiedeskundigen uit andere landen, met name Groot-Brittannië en Scandinavië. De Zuid- en Oost-Europeanen bepleitten daarentegen een bredere populatie-aanpak. Praktijkondersteuning met 'facilitators' lijkt goed te werken. Met het 'poldermodel' – stapsgewijze implementatie m.b.v. preventiemedewerkers – loopt Nederland voorop. Overigens werkt in Engeland gemiddeld één facilitator per 40 huisartspraktijken en is die verhouding in Nederland één per 250. (TD/FJM)

Vitamine Informatie Bureau

In 1996 zijn aan het Vitamine Informatie Bureau meer dan 1000 vragen over vitamines gesteld, tweemaal zoveel als in 1995, het jaar waarin het bureau werd ondergebracht bij TNO Voeding. Het Bureau is er voor iedereen: maandag en donderdag tussen 11 en 12 uur telefoonnummer 030-6944777. De informatie is afkomstig uit een eigen documentatiesysteem van wetenschappelijke literatuur. Bovendien wordt het bureau ondersteund door een wetenschappelijke adviesraad. De meest gestelde vragen zijn gebundeld in het boekje '120 vragen en antwoorden over vitamines', dat te koop is bij de boekhandel (ISBN 90-6611-344-8, prijs NLG 9,95). (FJM)

Transmurale sabeldans

'Beleid gericht op Transmurale Afspraken is "in" en heeft dus iets gemakzuchtigs; met wetenschap heeft het vooralsnog weinig van doen', aldus Frans Meulenberg, coördinator standaardenontwikkeling van het NHG. Hiermee zette hij de toehoorders op scherp tijdens de Transmurale Zorgweek, georganiseerd door de Universiteit Utrecht op 1 september j.l. Hij pleitte voor realiteitszin: 'Is het doel een wetenschappelijk dis-

cours, dan hebben we te maken met een nieuwe vorm van richtlijnen – naast de bestaande monodisciplinaire (zoals de NHG-Standaarden) en de multidisciplinaire (zoals de CBO-consensusteksten) richtlijnen. Ik heb daarom wat reserves over het bestaansrecht van transmurale wetenschappelijke richtlijnen. Want wat is het betekenisonderscheidend element?' Regionale wetenschappelijke discussies lijken hem zelfs onmogelijk, omdat in de regio de capaciteit ontbreekt dergelijk zware exercities vorm te geven. Hij vervolgde: 'Streeft men daarentegen gewoon "afspraken" na, dan is het doel louter strategisch en nauwelijks wetenschappelijk.' Het hoogrituele karakter van dergelijke besprekingen typeerde Meulenberg als 'een massale sabeldans met botte sabels'. (FM/FJM)

H&W-register 1992-1996

Voor het zoeken van bibliografische informatie in Huisarts en Wetenschap, zal men over het algemeen de voorkeur geven aan de elektronische versie van het cumulatieve register, dat beschikbaar is voor het gehele bestand (1957-1996). Inmiddels is ook de reeks papieren versies aangevuld, met een register over 1992-1996. Te bestellen bij het bureau van het NHG (zie colofon); kosten NLG 10,-.

Agenda

Mededelingen voor de Agenda in nummer 12 (november) moeten uiterlijk 9 oktober in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Using the evidence

Amsterdam, 8-12 oktober. 5th International Cochrane Colloquium. Inlichtingen: PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

Werken aan transmurale zorg

Ede, 10 oktober. 7e EMD-symposium: Huisarts, specialist en het elektronisch medisch dossier. Inlichtingen: mw. R.J.J.R. Scholte/ mw. D.I.M. de Jong, Vakgroep Medische Informatica, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam; tel. (010) 4088151, fax (010) 4362882; e-mail scholte@mi.fgg.eur.nl.

■ **Chronisch zieken en mondgezondheid. Een interactie tus-**

sen huisarts en tandarts

Zeist, 24 oktober. Najaarsvergadering Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie. Inlichtingen bij de Vereniging, tel. (030) 6921704.

EGPRW-bijeenkomst

Barcelona, 23-26 oktober. Inlichtingen: mw. H. Prick, tel. (043) 3882319, fax (043) 3619344.

Succesvol oud worden

Rotterdam, 31 oktober. Jubileumcongres Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. Inlichtingen: J. Pietersen, tel. (026) 3590570, fax (026) 3590575, e-mail camoes@pi.net.

SGO: stimuleren van patiënt-gebonden onderzoek.

Amsterdam, 13 november. Symposium Adviesgroep voor het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek SGO. Inlichtingen: Boerhaave Commissie, Leiden, tel. (071) 5275294, fax (071) 5275262.

Gezond Onderwijs Congres

Veldhoven, 13-14 november. Congres Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs.

Inlichtingen: Bureau PAOG, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam; tel. (020) 5664801.

Gezond en wel. Huisarts en ouderen

Amsterdam, 28 november. NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. (030) 288.1700.

1998

Communication in health care

10-12 juni 1998. Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. (030) 272.9700, fax (030) 272.9729; e-mail p.verhaak@nivel.nl.

15th Wonca world conference on family medicine

Dublin, 13-18 juni 1998. Inlichtingen: The Irish College of General Practitioners, Corrigan House, Ferrian Street, Dublin 2, Ireland; tel. (00353) 1676.3705; fax (00353) 1676.5850.

Philosophy of and philosophy in healthcare education

Marburg, Duitsland, 20-22 augustus 1998. 12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Abstracts en registratie vóór 1 november 1997. Inlichtingen: prof.dr. H. ten Have, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax (024) 354.0254.

■ betekent: eerste vermelding.