

Schouderklachten

Van der Windt DAWM. Shoulder disorders in primary care [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997. ISBN 90-5669-024-8.

Promotie: 17 oktober 1997.

Promotor: prof.dr. L.M. Bouter;

copromotor: dr. B.W. Koes.

Bespreking: dr. A.C. de Jongh, huisarts te Hellevoetsluis.

De productiemachine van het EMGO-instituut van de Vrije Universiteit heeft wederom een dissertatie opgeleverd volgens de traditionele formule: een gerandomiseerde clinical trial (RCT) betreffende verschillende behandelingsstrategieën, meta-analyse(s) van de relevante literatuur en, en passant, de beoordeling van een in de trial toegepast meetinstrument. Daniëlle van der Windt, bewegingswetenschapper en epidemioloog, heeft in haar onderzoek de kwalen van de schouder uitgebreid onder de loep genomen.

Klachten en aandoeningen van schoudergewricht en schoudergordel blijven een belangrijk huisartsgeneeskundig probleem: de incidentie is relatief hoog, uiteenlopende oorzaken (intrinsiek en extrinsiek) zijn beschreven, klachten persisteren en recidiveren, de diagnostiek is moeilijk en de resultaten van behandeling zijn vaak onduidelijk. Met de beantwoording van drie onderzoeksvragen beoogt van der Windt een beter beeld te geven van incidentie, beloop en behandelingsresultaten. De resultaten van de gerandomiseerde clinical trial bezorgen het betoog een onverwachte ontknoping.

Literatuurstudies

Het doel van de eerste literatuurstudie was een evaluatie van relevante publicaties over de effectiviteit van NSAID's bij schouderklachten. Met behulp van Medline werd een bestand geselecteerd, dat geblyndeerd werd aangeboden aan onafhankelijke beoordelaars. Dezen velden, aan de hand van 17 methodologische criteria, een zoveel mogelijk gestandaardiseerd oordeel over de geselecteerde RCT's. De meeste studies bleken van bedenkelijke kwaliteit of konden door het ontbreken van essentiële gegevens niet beoordeeld worden. NSAID's bleken het beter te doen dan placebo's. Onderzoeken waarin onderlinge vergelijkingen tussen NSAID's, vergelijkingen met paracetamol of met andere behandelingen voorkwamen, bleken niet betrouwbaar.

Op dezelfde wijze werden in twee andere literatuurstudies analoge vragen beantwoord omtrent de effectiviteit van corticosteroïd-

injectionen en fysiotherapie. Via een search in Medline, Embase en Index Medicus en na strenge selectie, resteerde een bestand van 22 publicaties over corticosteroïdinjectionen. De opbrengst van methodologisch verantwoorde publicaties over de effectiviteit van fysiotherapie was zeer gering. Slechts 6 van de 20 gevonden publicaties voldeed aan 5 van de 8 validiteitscriteria. Meestal waren de wijze van blinderen en de patiëntaantallen de beperkende factoren. Zowel over het effect van corticosteroïdinjectionen, fysiotherapeutische applicaties als oefen therapie bleek onvoldoende materiaal beschikbaar voor verantwoorde uitspraken.

Registratie-onderzoek

Het doel van het registratie-onderzoek was het verkrijgen van inzicht in incidentie, patiëntkenmerken en behandeling/beloop van schouder aandoeningen in de huisartspraktijk. Hier toe werden 349 patiënten uit elf praktijken gerecruuteerd. De patiënten vulden zelf een vragenlijst in, de huisartsen noteerden hun diagnose volgens de classificatie van de NHG-standaard. De follow-up duurde een jaar.

De cumulatieve incidentie werd berekend op 11,2 patiënten per praktijk per jaar. De behandeling geschiedde in de meeste gevallen volgens de NHG-richtlijnen. Na een maand was bij 23 procent, na een jaar bij 59 procent van de patiënten een volledig herstel bereikt. Een snel herstel was gerelateerd aan een korte duur van de klachten en aan overbelasting door mild trauma of ongebruikelijke activiteiten. Een langdurig herstel werd gevonden bij ernstige klachten en/of bijkomende pijn in de nek. Met name bij bursitis bleek de diagnose bij het eerste consult gerelateerd aan de kans op herstel na een maand of een jaar.

Vragenlijstonderzoek

De 'schouderbeperkingenvragenlijst' (SDQ), een lijst met 16 items, is bedoeld als meetinstrument om functionele beperkingen vast te stellen. Daartoe is het instrument zowel in de observatie- als in de interventiestudie (RCT) toegepast. De vragen in de lijst hebben betrekking op situaties in het dagelijks leven die schouderklachten kunnen veroorzaken of verergeren. De SDQ werd vergeleken met twee andere meetinstrumenten, een 11-puntsschaal voor het registreren van schouderpijn en een enkele vraag betreffende de functionele toestand. De zogenaamde responsiviteitratio en de ROC-curve werden bepaald. Lichamelijk onderzoek met metingen vond niet plaats. Wel was er een vorm van 'externe controle' door te vergelijken met het herstel op lange termijn,

zoals aangegeven door de patiënt. De SDQ bleek het op responsiviteitratio wat minder te doen dan de 11-puntsschaal en iets beter dan de 'enkele vraag'. De conclusie was dat de SDQ een bruikbaar meetinstrument is voor longitudinale studies.

Gerandomiseerde interventiestudie

Gedurende 20 maanden werden in 40 huisartspraktijken schouderpatiënten geselecteerd op grond van de volgende criteria: pijnlijke beperking van de passieve glenohumerale bewegelijkheid, met name van exorotatie en abductie. Exclusiecriteria: dubbelzijdigheid en voorafgaande therapie (fysiotherapie/injectie). Na randomisatie volgde behandeling gedurende zes weken met fysiotherapie of intra-articulair corticosteroïdinjectionen. Blinde(?) effectmetingen werden verricht door onafhankelijke fysiotherapeuten, 3 en 7 weken na randomisatie.

Resultaten (korte termijn): aantal cases 109, waarvan 53 behandeld met injectietherapie en 56 met fysiotherapie. De groep met injectietherapie deed het in alle opzichten (dus pijn, SDQ en beperkingen) op de korte termijn beter: na 77 weken was 77 procent hersteld, tegen slechts 46 procent in de fysiotherapiegroep. Opvallend hoog waren de percentages bijwerkingen in beide groepen (57 en 54 procent!). In de corticosteroïdgroep kregen 9 patiënten flushes en 6 menstruatiestoornissen.

Commentaar

De literatuursearch leverde weinig relevante gegevens op. Hier en daar zijn kanttekeningen te plaatsen bij de searchstrategie, maar het is onwaarschijnlijk dat waardevolle artikelen gemist zijn. De literatuur verschaft slechts beperkte informatie over de waarde van therapeutische interventies bij schouderklachten, waardoor dit onderdeel van proefschrift als niet meer dan een inleiding kan worden beschouwd.

De observatiestudie toont vooral aan dat de NHG-Standaard Schouderklachten populair is bij huisartsen én fysiotherapeuten, maar dat de toepassing door de werkers in het veld kwalitatief wellicht tekortschiet: getrainde fysiotherapeuten scoren een kappa van 0,88,¹ huisartsen en fysiotherapeuten in de dagelijkse praktijk niet meer dan een kappa van 0,31. Wellicht dat betere scholing en/of duidelijker omschrijving van de indelingscriteria in de standaard geboden is.

De waarde van de SDQ staat na de vergelijking nog allerminst vast en doet afbreuk aan de kwaliteit van de RCT. Het is nu eenmaal wat bizar als een meetinstrument dat gebruikt wordt voor een effectmeting, zelf wordt onderworpen

aan een kwaliteitsbeoordeling. Het kwaliteitsoordeel werd bovendien niet ontleend aan een vergelijking met bevindingen uit lichamelijk onderzoek of een secure beoordeling van het beloop, maar aan een vergelijking met andere subjectief getinte meetinstrumenten.

Volgens de eigen beoordelingscriteria van de literatuurbeoordelaars is de RCT van relatief goede kwaliteit, met aanmerkingen op de volgende punten:

- patiënten zijn niet geblindeerd;
- therapeuten zijn niet geblindeerd;
- effectmetingen zijn (gedeeltelijk) niet geblindeerd;
- te kleine groepen, met name voor subgroepanalyse en drop-outs;
- geen lange-termijn follow-upgegevens beschikbaar.

Van der Windt verdedigt het onderzoek terecht door te wijzen op het pragmatische design (bijvoorbeeld: hoe kun je behandelingen als injecties en fysiotherapie blind uitvoeren?). Het vastgestelde verschil in behandelingseffect was zo evident, dat de conclusies zonder meer gerechtvaardigd zijn.

Het is vooral een uit de epidemiologische hoek, meer dan vanuit de bewegingswetenschap. De focus is gericht op (epidemiologische) cijfers. Het proefschrift mist een duidelijke visie op fundamentele aspecten van schouderklachten. Vragen zoals wat schouderklachten in de huisartsgeneeskunde zijn, waardoor ze ontstaan, welke pathofysiologische verklaringen er zijn, wat de overeenkomsten en de verschillen zijn tussen de diverse gevallen die de huisarts ziet, komen niet aan de orde. Het geheel heeft daardoor een wat abstract karakter. Opvallend zijn bovendien de vele speculaties en aanbevelingen voor verder onderzoek.

Het succes zit hem in de wellicht onverwachte effectverschillen tussen corticosteroïdinjectie en fysiotherapie. Zeer onverwacht, aangezien de literatuursearch geen aanwijzingen voor zo'n duidelijk verschil in effect opleverde, terwijl er bovendien geen controle op de kwaliteit van de injectietherapie van de huisartsen was. Afgezien daarvan is het zelfs bij accuraat injecteren nog maar de vraag of de depots op de juiste plaatsen terecht komen.

Terecht stelt van der Windt dat de classificatie van schouder syndromen in de NHG-standaard en bij Cyriax onvoldoende onderbouwd is en verder onderzoek vereist. Op grond van haar onderzoek zou zij echter een positief oordeel over de 'oude' standaard mogen geven. Waar in het bewegingsapparaat vinden wij een classificatiesysteem dat:

- blijktens de observatiestudie intensief wordt

- gebruikt door fysiotherapeut en huisarts;
- bij geoefende onderzoekers een kappa van 0,88 oplevert;
- syndromen kent die duidelijk herkenbaar blijken te zijn voor de deelnemende huisartsen;
- voor ten minste één diagnostische categorie (capsulitis) duidelijke behandelingsvoorstellen oplevert (injectietherapie versus fysiotherapie)?

Over Van der Windts suggestie voor het toekennen van (meer) prognostische waarde aan de ernst van de klachten en aan de aanwezigheid van begeleidende verschijnselen dan aan de door de huisarts geregistreerde diagnose, het volgende.

- Indelen volgens een classificatiesysteem (= typering, het identificeren van het type syndroom) sluit niet uit dat ook stagering (in welk stadium van een syndroom bevindt het ziektebeeld zich?) en gradering (hoe ernstig is dit type syndroom in dit stadium bij deze patiënt?) plaatsvindt. Hoewel bij schouderpijnsyndromen zeer problematisch vast te stellen, bepalen deze drie dimensies mede de prognose en daarmee de keuze van behandelingsalternatieven.

- Het belang van een goed onderbouwd classificatiesysteem (nosologie) blijft recht overeind. Van der Windt suggereert dat een classificatiesysteem alleen zin heeft als hieruit een verschil in therapeutische strategie voortvloeit. Dit getuigt van een beperkte visie. Bij een natuurlijk classificatiesysteem is het uitgangspunt de interne consistentie, de samenhang van symptomen en verschijnselen. Deze samenhang ontstaat idealiter doordat eenzelfde pathofysiologisch fenomeen aan de ziektegevallen ten grondslag ligt. In tweede instantie kijkt men naar specifieke behandeling. Ook al zou dezelfde behandeling voor verschillende diagnosecategorieën geïndiceerd zijn, dan is dit geen reden om deze categorieën niet te onderscheiden. Wellicht wordt specifieke therapie later ontdekt. Een ander argument is dat van de dokter impliciet ook een verklarende diagnose wordt verwacht, bij voorkeur met uitspraken over de prognose. Voortdurend zal onderzoek en ontwikkeling moeten plaatsvinden naar interne en externe validiteit van classificaties.

De kritiek op de standpunten van Cyriax is maar ten dele terecht. Inderdaad zijn zij onvoldoende met empirisch onderzoek onderbouwd, maar wie een bredere kennis van de historische schouderliteratuur heeft, weet dat het fundament van de Cyriax-classificatie (en daarmee de NHG-classificatie) voor een belangrijk deel rust op de tweedeling 'wel of geen bewegingsbeperking' in het glenohumerale gewricht. Dit

concept is niet strijdig met de historische en algemeen verbreide inzichten van pioniers als Duplay, Codman, Neviaser en Neer en werd recent bevestigd door empirisch onderzoek.²

Wie denkt met een patiënt met capsulitis te maken te hebben en de techniek te beheersen, vindt in dit proefschrift steun voor de keuze 'intra-artculaire injectie met corticosteroïden'.

Lex de Jongh

1 Pellechia GL, Paolino J, Connel J. Inter-tester reliability of the Cyriax evaluation in assessing patients with shoulder pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996;23:34-8.

2 De Jongh AC. Schouder aandoeningen in de huisartspraktijk [Dissertatie] Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

Reactie

De eerste drie hoofdstukken van mijn proefschrift betreffen systematische reviews naar de effectiviteit van NSAID's, corticosteroïdinjecties en fysiotherapie bij de behandeling van schouderpijn. Het feit dat op basis van deze reviews geconcludeerd moet worden dat er nog onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van deze zeer gebruikelijke interventies, is natuurlijk zeer relevante informatie, ook voor de huisarts.

Het belangrijkste commentaar van De Jongh betreft onze twijfels betreffende de bruikbaarheid van de methode-Cyriax om schouderklachten in te delen in aandoeningen of syndromen. Deze pathofysiologische indeling vormde de basis van de NHG-Standaard Schouderklachten, die in 1990 werd uitgegeven. Het classificeren van schouderklachten is zinvol, mits het van invloed is op therapiekeuze én op de kans op herstel (prognose). De interne consistentie en samenhang van symptomen en verschijnselen zijn niet zozeer de *uitgangspunten* van een classificatiesysteem, zoals De Jongh betoogt, maar belangrijke *kenmerken* van een classificatiemethode, die een indicatie geven van de betrouwbaarheid. De methode-Cyriax is inderdaad onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd, en diverse recente studies lijken aan te geven dat de bruikbaarheid van de methode in de huisartspraktijk beperkt is (hoofdstukken 5 en 9).

De Jongh vindt in mijn proefschrift vooral argumenten vóór onderbouwing van de standaard Schouderklachten. Enige verheldering is hier op zijn plaats. In de observationele studie werd inderdaad over het algemeen door de meeste huisartsen volgens de standaard Schouderklachten gewerkt. De standaard was echter uitgangspunt van deze studie en de huisartsen

werd dan ook gevraagd om de diagnostische richtlijnen van de standaard te gebruiken. Desondanks bleek er veel variatie in de werkwijze van de huisartsen te zijn (hoofdstuk 4).

Een tweede argument betreft de hoge interbeoordelaarsovereenstemming ($\kappa = 0,88$) die *Pellecchia et al.* rapporteren bij evaluatie van de diagnostiek volgens Cyriax.¹ Deze studie betreft echter een zeer kleine studiepopulatie ($n=21$), waarbij niet beschreven is of het gaat om opeenvolgende schouderpatiënten, of om een selectie uit een grotere populatie. Andere studies naar de reproduceerbaarheid van de diagnostiek van schouderklachten op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek laten een juist zeer matige interbeoordelaarsovereenstemming zien, zowel tussen huisartsen en fysiotherapeuten, als bij reumatologen.^{2,3}

Tenslotte het feit dat onze gerandomiseerde trial bij patiënten met een specifieke diagnose (capsulair syndroom) positieve korte-termijneffecten van injecties liet zien (hoofdstuk 7). Een dergelijke uitkomst behoeft natuurlijk geen bevestiging te zijn van de waarde van de diagnostische criteria in de standaard. Het is niet ondenkbaar dat vergelijkbare resultaten zouden zijn gevonden voor patiënten met een andere (pathofysiologische) diagnose. De gerandomiseerde studie van *Winters et al.*, die vrijwel dezelfde resultaten opleverde voor injectietherapie, maar minder strikte selectiecriteria op grond van pathofysiologie hanteerde, lijkt deze hypothese te bevestigen.⁴

Ik ben het eens met De Jongh als hij stelt dat onderzoek en ontwikkeling naar de reproduceerbaarheid en validiteit van het classificeren van schouderklachten noodzakelijk blijft. In de huisartspraktijk moeten een korte anamnese en eenvoudig lichamelijk onderzoek echter voldoende zijn voor een inschatting van de prognose en het kiezen van de optimale therapie. Mijn proefschrift geeft aanwijzingen dat eenvoudig vast te stellen patiënt- en ziektekenmerken, zoals de duur, ernst en ontstaanswijze van de klachten, in deze setting minstens zo belangrijk zijn als de mogelijke pathofysiologische achtergrond van de klachten (hoofdstuk 5).

De NHG-Standaard Schouderklachten wordt momenteel herschreven. In de eerste plaats vanwege de gebrekkige wetenschappelijke onderbouwing van de diagnostische criteria, maar tevens vanwege de moeizame implementatie van de standaard in de praktijk. In de herziene versie zal waarschijnlijk worden uitgegaan van een meer eenvoudige classificatie van klachten ten aanzien van pathofysiologie, en meer aandacht worden besteed aan ernst en beloop van klachten als leidraad voor therapie.

Tot slot zou ik kort aandacht willen besteden aan de Schouderbeperkingenvragenlijst (SDQ). De Jongh twijfelt aan de waarde van de vragenlijst en daarmee aan de kwaliteit van de gerandomiseerde trial waarin de SDQ als uitkomstmaat werd gehanteerd. De responsiviteit van de SDQ bleek goed, niet alleen op basis van de observationele studie (hoofdstuk 6), maar ook op basis van de resultaten van een gerandomiseerde studie naar de effecten van elektrotherapie en ultrageluid, uitgevoerd in Maastricht.⁵ De SDQ werd vervolgens naar tevredenheid in onze trial gebruikt, waarbij de responsiviteit van deze vragenlijst werd bevestigd en resultaten van de SDQ consistent bleken met die van de overige effectmaten (hoofdstuk 7).

Daniëlle van der Windt

- 1 Pellecchia GL, Paolino J, Connell J. Inter-tester reliability of the Cyriax evaluation in assessing patients with shoulder pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996;23:34-8.
- 2 Liesdek C, Van der Windt DAWM, Koes BW, Bouter LM. Soft-tissue disorders of the shoulder: a study of inter-observer agreement between general practitioners and physiotherapists and an overview of physiotherapeutic treatment. *Physiotherapy* 1997;83:12-17.
- 3 Bamji AN, Erhardt CC, Price TR, Williams PL. The painful shoulder: can consultants agree? *Br J Rheumatol* 1996; 35:1172-4.
- 4 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, et al. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. *BMJ* 1997;314:1320-5.
- 5 Van der Heijden GJMG. Shoulder disorder treatment: efficacy of ultrasound and electrotherapy [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1996: 79-91.

NOTA BENE

De uitspraak 'eens IBS, altijd IBS' is door het ontbreken van een helder inzicht in de etiologie of de lokalisatie van het irritable bowel syndroom geen uitgangspunt voor de begeleiding van patiënten met buikklachten.

Stelling bij: Meijer JS. Zicht op ziekte. De classificatie van ziekten en gezondheidsproblemen in de huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1998.

Een abces wordt vaak gediagnosticeerd als een infiltraat, omdat de arts opziet tegen de consequentie 'incisie'.

Stelling bij: Van den Hombergh P. Practice visits [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.

Sekseverschillen

Lagro-Janssen T, Noordenbos G, redactie.
Sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Nijmegen: SUN, 1997; 333 bladzijden, prijs NLG 44,50.
ISBN 90-6168-494-3.

De gezondheidszorg is jarenlang gedomineerd door mannen. De dokter was bijna altijd een meneer. De kennis over onze gezondheid is vooral gebaseerd op onderzoek van het jonge, blanke, mannelijke lichaam.

Tijden veranderen. De dokter is steeds vaker een mevrouw. Tegenwoordig weet de huisarts dat de morbiditeit tussen mannen en vrouwen verschilt. Gezondheidsklachten hebben vaak een seksspecifiek karakter. Hierbij kan gedacht worden aan oorzaak, wijze van presenteren, beleving en gevolgen. Het is duidelijk dat kennis over deze sekseverschillen in de gezondheidszorg van wezenlijk belang is.

Vanuit vrouwenstudies geneeskunde en door vrouwen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg, is de laatste tijd veel onderzoek verricht naar sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Ruim twintig vrouwen hebben hun deskundigheid hierover aan het papier toevertrouwd, met als uiteindelijk resultaat: dit boek.

Het boek bestaat uit vier delen. In het eerste deel wordt ingegaan op een aantal algemene aspecten van sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Uit bevolkingsonderzoeken blijkt dat vrouwen dezelfde of een iets minder goede gezondheid ervaren dan mannen. Vrouwen komen vaker bij de huisarts en worden vaker verwezen naar de specialist. Het boek geeft hiervoor enkele verklaringen. Verder wordt de invloed van sekse op de medisch onbegrepen klacht nader geanalyseerd. Tot slot wordt uitvoerig stilgestaan bij de arts-patiëntrelatie en de seksspecifieke factoren die hierin een rol spelen.

Het tweede deel gaat over sekseverschillen in lichamelijke klachten. Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), urine-incontinentie, ischemische hartziekten en gezondheid van ouderen worden beschreven in afzonderlijke hoofdstukken. Wist u bijvoorbeeld dat voor vrouwen de emotionele betekenis van SOA's minstens zo groot is als de lichamelijke? Dit komt mede door de reactie van de omgeving: een vrouw wordt een SOA zwaarder aangerekend dan een man.

De psychische en psychiatrische klachten vormen het derde deel van het boek. De behandelde onderwerpen zijn: seksualiteit en seksuele disfuncties, seksueel en fysiek geweld in de voorgeschiedenis, eetstoornissen, alcoholverslaving, slaap- en kalmerende middelen en depressie. Vrouwen blijken tweemaal zoveel

slaap- en kalmerende middelen voorgeschreven te krijgen als mannen. Niet alleen kenmerken van de vrouw zelf vormen een factor in het langdurig gebruik van deze middelen, maar ook de voorschrijvende arts. Mannen interpreteren vage klachten van vrouwen eerder als psychosomatisch. Uit een gevoel van machteloosheid schrijft een mannelijke arts sneller een recept voor benzodiazepinen uit.

Het laatste deel gaat over seksespecifieke klachten: pijnlijke borsten, premenstruele klachten, verminderde vruchtbaarheid en voortplantingstechnieken, hevige menstruaties en overgangsklachten. Er is tegenwoordig sprake van een sterk toegenomen medische consumptie rond subfertiliteit. Tijdens het fertiliteitsonderzoek en de hieruit voortvloeiende behandeling wordt de vrouw vaak sterker belast dan de man. De huisarts speelt een belangrijke rol in het geven van correcte voorlichting. Naast alle voordelen zullen ook de nadelen niet vergeten moeten worden.

Dit boek heeft ons bewuster gemaakt van de sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Ons is geen ander naslagwerk bekend waarin dit onderwerp zo uitvoerig is beschreven. Groot pluspunt is dat de praktische toepasbaarheid van de gepresenteerde theorie duidelijk wordt aangeven. Huisartsen kunnen daarom veel aan dit boek hebben. Helaas ontbreekt een trefwoordenregister, waardoor iets opzoeken soms lastig is. In de huisartsenopleiding verdient 'Sekseverschillen' zeker een plaats. Een leuke bijkomstigheid is de lage prijs.

Annemieke Bakker
André Verheij

Oude mensen

Bruijns E, Schellekens JWG. De geriatrische patiënt. Maarsen: Elsevier/Bunge, 1998; 59 bladzijden, prijs NLG 29,-/BEF 580. ISBN 90-6348-460-7.

De geriater Bruijns en de huisarts Schellekens hebben een vlot te lezen boekje geschreven, in de stijl die de reeks *Practicum huisartsgeneeskunde* kenmerkt, met zeer relevante onderwerpen betreffende geriatrische patiënten in de huisartspraktijk. Een heel herkenbare stoet van patiënten wordt ten tonele gevoerd rondom de onderwerpen vallen, incontinentie, verwardheid, geneesmiddelengebruik en depressie. Verder worden de anamnese, het onderzoek en het inschatten van de functionele toestand besproken. Daarnaast komen ook de samenwerking met de geriater en het opstellen van een onderzoeks-, behandel- en samenwerkingsplan aan de orde.

Ik ben zeer gelukkig met de nadruk die beide auteurs leggen op het belang van de factor tijd bij het oplossen van problemen bij oude mensen. Wat minder aandacht krijgt de factor verandering, waar de geriatrische patiënt vaak slecht tegen is opgewassen. De opvattingen over depressie en het gebruik van antidepressiva vind ik persoonlijk wel erg simpeltjes. Liever had ik gezien dat de auteurs meer aandacht hadden besteed aan het gesprek met oude mensen, het probleem van de generatiekloof, en het inleven in de belevingswereld van oude mensen. Elders wordt naar mijn smaak de somatiek tekort gedaan; zo wordt bij de bespreking van een 82-jarige man, klagend over een vol gevoel, recent ontstane obstipatie, slechte eetlust en vermagering, de mogelijkheid van een maligniteit in de tractus digestivus niet overwogen. Deze bezwaren wegen echter niet op tegen de positieve praktische bijdragen in dit boekje. Ik wil het zeker ter lezing aanbevelen.

F.K. van Lamoen

Aankondigingen

Vaccinaties bij kinderen

Burgmeijer RJF, Bolscher DJA. Assen: Van Gorcum, 1998. Derde, geheel herziene en geactualiseerde druk; 240 bladzijden, NLG 49,90. ISBN 90-232-3364-6.

Depressie, je kunt er iets aan doen

Linssen C, Kok R. Meppel: Boom, 1998; 152 bladzijden, NLG 32,50. ISBN 90-5352-403-7.

Orgaandonor? Weet wat je kiest!

Lodewick G, Kompanje E, Kerkhoffs J, et al. Deventer: Ankh-Hermes, 1998; 96 bladzijden, NLG 19,50. ISBN 90-202-4334-9.

Wegwijzer psychosociale hulpverlening allochtonen

Woerden: Nationaal Instituut voor gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), 1998; NLG 30,- + verzendkosten.

Te verkrijgen als boek én op diskette. Te bestellen bij het NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden; tel. 0348 437606, fax 0348 437666.

Goodwil in practice

Goodrick I, Nisbett M, White D, editors. London: Royal College of General Practitioners, 1998; GBP 19,80. ISBN 0-85084-235-2. Te bestellen bij: RCGP Sales Office, 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU; tel. 0044 171 8239698.

Opvoeden is een groeiproces

Wegwijzer voor vaders en moeders
Adriaenssens P. Tiel: Lannoo, 1997. Achtste druk; 256 bladzijden, NLG 34,50. ISBN 90-209-2755-8.

Mijn kind is bang (en ik ook)

Opvoeden tot weerbaarheid
Adriaenssens P. Tiel: Lannoo, 1998. Vierde druk; 238 bladzijden, NLG 34,50. ISBN 90-209-3120-2.

In vertrouwen genomen

Voor iedereen die met kinderen omgaat
Adriaenssens P, Smeyers L, Ivens C, Vanbeckevoort B. Tiel: Lannoo, 1998; 368 bladzijden, NLG 45,-. ISBN 90-209-3266-7.

Kundig redeneren en beslissen door patiënten

Coumou H. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1998; 143 bladzijden, NLG 38,-. ISBN 90-265-1527-8.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 13 (december) moeten op uiterlijk 5 november in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Psychosociale factoren en ziekteprogressie bij kanker en aids

Rotterdam, 23 oktober.

Symposium Helen Dowling Instituut voor Biopsychosociale Geneeskunde. Inlichtingen bij het secretariaat; tel. 010 2411010, fax 010 2411000; e-mail hdi@hdi.nl.

Research on infectious diseases and immunization in general practice

Kreta, 23-25 oktober.

Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW). Inlichtingen: Hanny Prick, tel. 043 3882319.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 12 november.

Workshop Dutch Cochrane Centre. Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: Cochrane@AMC.UVA.NL.

Kiezen & delen?! Differentiatie en specialisatie in de huisartspraktijk

Maastricht, MECC, 27 november.

NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. 030-2881700.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 11 maart en 9 juni 1999.

Workshop Dutch Cochrane Centre. Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: Cochrane@AMC.UVA.NL.

WONCA Europe Regional Conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.

Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Älser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax .+43 1 405138323.

NOTA BENE

De veiligheid van een nieuwe behandeling kan eenvoudig worden afgewogen door de arts te vragen of hij/zij dit ook aan zijn/haar ouder of kinderen zou voorschrijven.

Stelling bij: Heesen WF. Isolated systolic hypertension: pathophysiology and effects of treatment [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.