

Huisarts en Wetenschap**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
M.Y. Berger, arts
Dr. N.P. van Duijn
M. Hugenholtz, arts
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
P.L.B.J. Lucassen, arts
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Nieuwe Prinsengracht 39
1018 EG Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6395763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6385700
Fax (030) 6385839
E-mail: klantenservice@bsl.nl
Nederland, Ned. Antillen, België en Suriname NLG 179,50 p/j.
Overig buitenland NLG 284,08 p/j.
Studenten NLG 99,50 p/j.
Losse nummers NLG 20,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13x per jaar. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
Overige abonnees aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht

Nederlands
uitgeversverbond

Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

Het werkt, maar helpt het ook?

Huisartsen die de wetenschap én de patiëntenzorg serieus nemen, stuiten op een dubbele paradox, waarmee de evidence based medicine en de protocollaire benadering hen opzadelen. Enerzijds: het werkt, maar het helpt niet. Anderzijds: het werkt niet, maar het helpt wel.

Idealiter streven we bij diagnostische, therapeutische en op preventie gerichte interventies naar een 'en-en-situatie': de werkzaamheid van de interventie is in experimentele situaties aangetoond én de interventie blijkt in de praktijk effectief. Het werkt en het helpt...; patiënt, dokter, kwaliteitsbevorderaar, onderzoeker, iedereen tevreden. Maar helaas, de medische werkelijkheid toont zich ook hier weerbarstig. Vaak genoeg worden praktici door enthousiaste deskundigen of farmaceutische producenten blij gemaakt met 'innovaties', waarvan de werkzaamheid keurig is aangetoond, maar die in de praktijk teleurstellen. Zo zou een cholesterolverlagend dieet niet zinvol zijn; het werkt, maar het helpt niet.¹ 'Stop', zullen de 'evidence based medicine'-gardisten roepen, 'de experimentele situaties zijn kennelijk niet representatief geweest voor de huisartspraktijk'. Inderdaad mag een dergelijke ontmaskering in de praktijk de 'evidence based'-benadering niet worden aangewreven, maar het wordt practici soms wel moeilijk gemaakt. Op een volgende 'het werkt, maar het helpt niet' - teleurstellingen (cara, hypertensie) stellen hun vertrouwen in de wetenschappe-

Het prikje doet geen pijn

Bloedprikken en waterwratjes lepen doet geen pijn als een uur tevoren de lokaal-anesthetische Emlacrème wordt toegepast. Dit is chique, duur en indrukwekkend effectief. Chloorethylspray kan ook, maar dat is meer iets voor stoïcijnse patiënten met overrijpe abscessen. Een curieuze toepassing van deze middeleeuwse vorm van anesthesie is beschreven in een drie-armige trial bij 90 kinderen van 4-6 jaar die voor hun DTP-injectie kwamen.¹ De chloorethyl werd op een wattenstokje gesprayed en daarna werd dit 10 seconden op de injectieplaats gedrukt. Bij de tweede groep werd een placebospray gebruikt. De derde groep kreeg de injectie zonder verdere omhaal. Beide wattenstokjesgroepen vertoonden evenveel pijnreductie ten opzichte van de echte controlegroep. De auteurs snappen

lije benadering op de proef, te meer daar ze ook nog overhoop liggen met de tweede paradox. Legio zijn de voorbeelden van situaties als 'het werkt niet, maar het helpt wel' of 'het werkt niet beter, maar het helpt superieur'. Hoe moeten we anders aankijken tegen de reeks verloskundige echo's, het langdurig gebruik van maagzuurremmers bij louter functionele dyspepsie, de populariteit van serotonineheropnameremmers in weerwil van de NHG-Standaard Depressie en de gretigheid waarmee huisartsen zich tot halve waarheden bekennen?² Zijn hier alleen irrationaliteit, placebo-effect of doodgewone gemakzucht in het geding? Of zijn er twee medische werelden? Eén waar iets werkt, en één waar iets helpt. En wie heeft dan het primaat in de echte wereld? Onderzoekers, protocollers én huisdokter hebben elkaar nog veel uit te leggen. (FJM)

- 1 Boot CPM. Een cholesterolverlagend dieet is niet zinvol [Commentaar]. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2539-42.
- 2 Meijman FJ. Halve waarheden; semi- en pseudowetenschappelijke therapeutische wijsheden van huisartsen. Huisarts Wet 1996;39:61-8.

hier niets van en schrijven twee kantjes vol over cognitieve pijnstrategieën en positieve suggestie. Een jaar later werd een clinical trial (n=93) gepubliceerd over iets simpels: met de duim drukken op de injectieplek tot de weerstand van de spieren gevoeld wordt en dat 10 seconden volhouden. Pal daarna kan de intramusculaire injectie worden gegeven. Dit helpt significant en relevant, tenminste bij volwassenen.² Het ziet er dus naar uit dat het drukken analgetisch werkt, kou of niet. Ouders die op het consultatiebureau druk doende zijn met ijsblokjes en koude natte lapjes, kunnen dit dus beter doen vóór de prik wordt gegeven, en daarbij ook een beetje duwen. Gebaseerd op dezelfde 'gate-control'-theorie over pijn (Melzack & Wall, 1965) zijn er meer trucjes beschreven. Een lokaal anestheticum infiltreren kan minder pijn doen als

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgezondheidskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Nico van Duijn, Frans Meulenberg, Ton Drenthen en Frans J. Meijman (red.).

men met twee vingers naast de injectieplek duwt en tussen die twee vingers infiltreert. Ook krabben op of naast een injectieplek schijnt te helpen. Nieuw is dit allemaal niet; in 1955 stond het al in JAMA.

(NvD)

- 1 Abbott K, Fowler-Kerry S. The use of a topical refrigerant anesthetic to reduce injection pain in children. J Pain Symptom Managem 1995;10:584-90.
- 2 Barnhill BJ, Holbert MD, Jackson NM, Erickson RS. Using pressure to decrease the pain of intramuscular injections. J Pain Symptom Management 1996;12:52-8.

Effecten van preventie en zorg

Bilthoven, 8 december 1997. Ter gelegenheid van het verschijnen van de complete uitgave van de 'VolksgezondheidsToekomstVerkenningen 1997' organiseerde het RIVM het symposium 'VTV-1997: het beleid aan zet'. Minister Borst herhaalde in haar openingstoespraak enkele kernboodschappen:

- Er is een afnemend verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen (van 6,7 jaar in 1980 naar 4,2 jaar in 2015).
 - Er is de laatste decennia veel gezondheidswinst bereikt en de levensverwachting is toegenomen.
 - Tegelijkertijd is de nog te behalen gezondheidswinst door preventie aanzienlijk, bijvoorbeeld op het gebied van chronische aandoeningen en psychische stoornissen. Of de theoretisch mogelijke winst ook werkelijk wordt bereikt, is echter de vraag. Het spanningsveld tussen theorie en praktijk kan volgens de minister worden verkleind door een betere wetenschappelijke onderbouwing (evidence based medicine) van interventies, verdergaande richtlijnontwikkeling en programmatische preventie. Tenslotte zag de minister wel iets in een paradigma-wisseling: 'In plaats van een gelijke gezondheidszorg voor iedereen, zou wel eens een gelijke gezondheid voor iedereen het streven moeten zijn.'
- De sessie 'Effecten van preventie' illustreerde de discrepantie tussen de potentieel te behalen gezondheidswinst (werkzaamheid) en de in

de praktijk gerealiseerde gezondheidswinst (doeltreffendheid) van preventieprogramma's. In theorie is bijvoorbeeld de meeste gezondheidswinst te behalen met gedragsverandering op het gebied van leefstijl (roken, voeding), terwijl GVO-programma's tot nu toe weinig resultaat opleveren. De doeltreffendheid van enkele preventieprogramma's in de huisartspraktijk wordt negatief beïnvloed door factoren als bereik van de doelgroep, therapietrouw en de terughoudendheid van huisartsen in verband met mogelijke medicaliserende effecten van preventie. Voorbeelden hiervan zijn de foliumzuursuppletie en de cholesterol- en hypertensiescreening. In sommige gevallen – baarmoederhalskankerscreening, influenzavaccinatie en preventie van hart-vaatziekten bij groepen met een hoog risico – kan een grotere rol van de huisarts bijdragen tot een hogere doelmatigheid. In andere gevallen moet, volgens sessievoorzitter Gunning-Schepers, serieus stopzetting van bestaande ondoelmatige preventieprogramma's worden overwogen. Tenslotte een belangrijke bevinding: de 'duurste' preventieprogramma's (bijvoorbeeld cholesterol screening) zijn – uitgedrukt in kosten per gewonnen levensjaar – goedkoper dan geaccepteerde zorginterventies als harttransplantatie. De toon in de deelsessie 'Effecten van zorg' (bij tien ziekten) was terughoudend. Geconstateerd werd dat het aantal trials toeneemt, de kwaliteit ervan ook en dat zelfs de relevantie hoog scoort. De toepasbaarheid van klinisch onderzoek via richtlijnen werd toegejuicht. Toch waren de panelleden niet *himmelhoch jauchzend*. Panellid Herre Kingma, voormalig LSV-voorzitter, wenste de positieve verwachtingen te temperen: 'Er is nog zo weinig onderzocht, waarbij bovendien de nadruk, vaak ten onrechte, ligt bij farmacotherapeutische studies. Er blijft veel terrein braak liggen'.

Van NHG-zijde werd gewaarschuwd tegen het automatisme van volumegroei: 'De groei van zorgbehoefte mag niet automatisch een groei van interventies inhouden. Geneeskundig onderzoek is veel meer dan het nagaan van de effectiviteit van een therapie. Meer aandacht en onderzoek dienen zich te richten op het natuurlijk beloop.' Frans Meulenbergh wees de zaal – waarin welgeteld één huisarts aanwezig was – in dit verband op het feit dat circa 60% van het aanbod bestaat uit 'lichte ongezondheid'. 'Ik zie hierin een versterking en een verzwaring

van de taak van de huisarts. Versterking omdat dit aantal de functie van het fenomeen huisarts onderstreept en verzwaring omdat comorbiditeit de werkdruk zal verhogen.' Als voorman van de afdeling Standaardontwikkeling bleef hij ook stilstaan bij het groeiend beslag dat psychiatrische aandoeningen legt op de gezondheidszorg: 'Wellicht moeten wij ons meer richten op de geestelijke aspecten van de gezondheidszorg. Richtlijnen op dat terrein – hoe moeilijk soms te ontwikkelen – zijn namelijk haalbaar.' Hij onderzocht hierbij steun van J. Verhoeff, hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid. Vooral de comorbiditeit baarde Meulenbergh zorg: 'Het is voor mij nog maar de vraag of medisch-inhoudelijke richtlijnen mogelijk zijn op het terrein van de comorbiditeit. Wellicht moet over een andere formule worden gedacht. Het NHG zal hier met een gepast antwoord moeten komen.' (TD/FM)

Huisarts en orgaandonatie

Bij 12 miljoen ingezetenen in Nederland van achttien jaar en ouder valt rond deze tijd een donorverklaring in de bus. Daarop kunnen zij aangeven wat er na hun overlijden moet gebeuren met hun organen en weefsels. Ze hebben drie keuzen: doneren, niet doneren of de beslissing overlaten aan nabestaanden of een derde. Deze gegevens worden verzameld in het nieuwe Donorregister. Ook huisartsen krijgen vanaf 1 september a.s. te maken met dit Donorregister. Voor orgaandonatie geldt dat er sprake moet zijn van hersendood volgens een wettelijk vastgesteld Hersendoodprotocol. Orgaandonatie zal daarom uitsluitend kunnen plaatsvinden in ziekenhuizen. Huisartsen krijgen normaal gesproken alleen te maken met weefseldonoren. Overlijdt een patiënt thuis of in een verzorgingshuis, dan dient de huisarts eerst na te gaan of de overledene voldoet aan de criteria voor weefseldonatie en of er eventueel contra-indicaties zijn. Als er sprake blijkt te zijn van een potentiële donor, heeft de huisarts vervolgens de plicht in het Donorregister na te gaan of de overledene toestemming heeft gegeven voor donatie (telefonisch via Eurotransplant). Voordeel van een dergelijk register is dat het niet langer nodig is de moeilijke donatievraag te stellen, tenzij de overledene geen donorverklaring heeft ingevuld of wanneer hij de beslissing bij de nabestaanden heeft neer-

gelegd. In die beide gevallen is voor transplantatie toestemming van de nabestaanden nodig. Is uitname toegestaan, dan belt de arts Bio Implant Services. Deze instantie coördineert de uitname van het weefsel. Afhankelijk van het weefseltype gebeurt dat ter plaatse of in het ziekenhuis. Het ministerie van VWS biedt op Internet aanvullende informatie over de Wet op de orgaandonatie. Het internetadres is: www.minvws.nl.

Poortwachter voor het Riagg?

De betrokkenheid van de huisarts bij de geestelijke gezondheidszorg blijft een controversieel thema. Zo achten *Peeters et al.* een door de overheid overwogen maatregel om de huisarts poortwachter voor het Riagg te maken, niet 'rationeel onderbouwd'.¹ Zij baseren hun standpunt op een analyse van de herkomst van de aanmeldingen bij het Riagg-Maastricht. In de helft van de gevallen vindt de aanmelding plaats via de huisarts; andere hulpverleners en eigen initiatief staan elk voor een kwart van de aanmeldingen. De patiënten die zich op eigen initiatief aanmelden, blijken dit volgens de onderzoekers nagenoeg even terecht te doen als de door huisartsen of professionele derden verwezen patiënten. Zij zijn kennelijk al zo geprototprofessionaliseerd dat zij bijvoorbeeld vaker geïndiceerd worden voor een langerdurende psychotherapie. De onderzoekers achten de omweg via de huisarts voor deze categorie dan ook overbodig en vrezen schadelijke uitstel of zelfs uitblijven van behandeling bij gedwongen betrokkenheid van de huisarts. Uitspraken over de poortwachtersfunctie van de huisarts hebben natuurlijk een wankel basis, als alleen de tweedelijns populatie wordt geanalyseerd. Het gegeven dat de meerderheid van de door de huisarts geregistreerde psychische problemen van patiënten door de huisarts zelf wordt behandeld, zou aan de discussie toch meer reliëf moeten bieden. (FJM)

1 Peeters FPML, Bayer H, Milius HC, et al. De huisarts als poortwachter voor de Riagg? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1997;52:1219-30.

Palliatieve zorg in Nederland

In Nederland is er een breed aanbod aan palliatieve zorg voor terminale patiënten. Dit is één van de conclusies van een inventarisatie door het

Nivel.¹ Voor dit onderzoek zijn gegevens uit databanken, publicaties en rapporten bestudeerd en is een consultatieronde onder deskundigen gehouden. Het aanbod aan palliatieve zorg is breed en gevarieerd. Zo zijn er in ons land circa 35 gespecialiseerde intramurale voorzieningen waar integrale palliatieve zorg wordt verleend. Daarnaast komen er steeds meer mogelijkheden voor intensieve zorg voor thuisverblijvende terminale patiënten. Palliatieve zorg is veelal ingebed in het reguliere zorgsysteem. Dat maakt de zorg in principe goed toegankelijk voor patiënten. Wel doet zich het probleem voor dat in de uitvoering soms langs elkaar heen wordt gewerkt. Het aanbod aan deskundigheidsbevordering lijkt eveneens gevarieerd te zijn. Ook is er inmiddels een groot aantal protocollen, richtlijnen en boeken op dit terrein ontwikkeld. Daarnaast zijn diverse vormen van consultatieverlening getraceerd, zoals de consultaties vanuit de Integrale Kankercentra, hospices en palliatieve zorgafdelingen. Ook blijken er op verschillende plaatsen consulent-huisartsen en consultteams van ziekenhuizen adviezen te verlenen aan zorgverleners van terminale patiënten. Uit gesprekken met deskundigen kwam naar voren dat de behoefte aan consultatieve ondersteuning niet alleen bestaat bij pijnbestrijding, maar bijvoorbeeld ook bij weinig voorkomende handelingen, zoals bij ascitespuncties in de huisartspraktijk. Het tot nu toe verrichte onderzoek naar palliatieve zorg heeft veelal een procesgericht of inventariserend karakter. Er zal meer effectgericht evaluatie-onderzoek moeten plaatsvinden, wil men duidelijke uitspraken kunnen doen over de effecten van palliatieve zorg op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van patiënten en naasten. (FJM)

1 Francke A, et al. Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden. Utrecht: Nivel, 1997. Telefoon Nivel 030-2729700.

En verder in dit nummer...

Euract-nieuws	147
Ingezonden	148
Forum	148
Boeken	151
Fonds Alledaagse ziekten	152
Agenda	152
NHG-katern	153