Decubitus

In noot 19 bij de NHG-Standaard Decubitus wordt bij twee beweringen mijn proefschrift aangehaald.[1,2] De bewering dat mijn onderzoek geen pasklare aanbevelingen doet, is juist. Vervolgens komt de werkgroep zelf op basis van consensus tot een aantal aanbevelingen voor gebruik van specifieke oplossingen in specifieke situaties, gevolgd door de bewering dat 'een anti-decubitus kussen vlak moet liggen, dus niet op een slappe zitting.'

Als mijn proefschrift één ding duidelijk heeft gemaakt, dan is het wel dat juist een slappe zitting of hangmat de drukverdelende werking van vrijwel alle typen kussens positief beïnvloedt. Een tweede resultaat van mijn onderzoek is dat fabrikanten kussens weliswaar als anti-decubituskussen presenteren, maar dat dit vaak (meestal) niet blijkt uit het gemeten drukverdelingsresuitaat. Met andere woorden: het gebruik van een als zodanig gepresenteerd anti-decubituskussen is geen garantie dat het ook die werking heeft. In mijn proefschrift is verder aangetoond dat met conventionele materialen en constructies goede tot zeer goede drukverdelingsresuitaten zijn te bereiken, mits men de werking van kussens begrijpt.

Ik vind het jammer dat ten aanzien van de preventie van decubitus de invloed van de houding als 'leverancier' van uitwendige belasting nauwelijks is behandeld. De houding is immers verantwoordelijk voor grootte en richting van de uitwendige belasting; een kussen of matras zorgt voor de verdeling ervan over het lichaam. In 'De kunst van het zitten' wordt op toegankelijke wijze uitgelegd waarom de ene zithouding comfortabeler blijkt te zijn dan de andere.[3] In de wetenschap dat het ervaren van discomfort kan worden gezien als een waarschuwingsmechanisme tegen het ontstaan van decubitus is het begrijpen van de kunst van het zitten voor iedere professional die met deze problematiek te maken krijgt, een noodzaak.

dr.ir. H.A.M. Staarink,
industrieel ontwerper

1 Chel VGM, Germs PH, Van der Wal J, et al. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts Wet 1999;42(4):165-72.
2 Staarink HAM. Sitting posture, comfort and pressure. Assessing the quality of wheelchair cushions [Dissertatie]. Delft: Technische Universiteit Delft, 1995.
3 Staarink HAM. De kunst van het zitten. Bloemendaal: Gottmer, Becht en Aramith, 1999.

Naschrift

Staarink merkt terecht op dat er in noot 19 van de NHG-Standaard Decubitus een onjuiste literatuurverwijzing staat. Alleen de opmerking die betrekking heeft op de keuze van anti-decubituskussens is gebaseerd op zijn proefschrift.

In veel verpleeghuizen is het gebruikelijk anti-decubituskussens alleen te gebruiken op een vlakke ondergrond, dus niet op slappe zittingen; op basis van consensus is dit advies opgenomen in de standaard. Uit onderzoek van Staarink blijkt echter dat de meeste, door hem onderzochte, anti-decubituskussens een betere drukverdeling laten zien, mits gebruikt op een aan vier zijden gefixeerde, vervormbare draagconstructie, waarvan de 'trampolinezitting' een voorbeeld is. Het advies anti-decubituskussens alleen te gebruiken op een vlakke ondergrond is dan ook inderdaad ten onrechte opgenomen in de standaard.

Wij zijn het met Staarink eens dat in het kader van decubituspreventie er niet genoeg gewezen kan worden op het belang van een goede houding: met de in de standaard genoemde aandachtspunten kan de huisarts een globale indruk krijgen van de houding als mogelijke oorzaak van decubitus.

Victor Chel,
Ben Kolnaar

NHG-Standaard Osteoporose

De NHG-Standaard Osteoporose[1] is onlangs besproken binnen de Werkgroep Osteoporose van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. De Werkgroep realiseert zich dat de auteurs een aantal keuzen hebben moeten maken om duidelijk richting te kunnen geven aan het beleid van de huisarts. De Werkgroep kan niet al deze keuzen onderschrijven; dat geldt bijvoorbeeld voor de keuze om af te zien van *case-finding*; *case-finding* wordt aanbevolen in de internationale literatuur én door de Gezondheidsraad.[2,3] Wij willen ons op deze plaats echter beperken tot een discussie over de preventie en therapie van botverlies tijdens het gebruik van glucocorticosteroïden.

Preventie

Het doel van preventie van botverlies tijdens gebruik van glucocorticosteroïden is het voorkómen van osteoporotische fracturen. Geschat wordt dat 30 tot 40 procent van de patiënten die langdurig glucocorticosteroïden gebruiken, één of meer osteoporotische fracturen oploopt, die zijn toe te schrijven aan behandeling met glucocorticosteroïden (en vaak ook aan de inflammatoire aandoening waarvoor deze middelen worden voorgeschreven). Er bestaan geen absoluut veilige grenswaarden voor de hoogte van de dosering, noch voor de duur van het gebruik. Mede doordat sterkte van bot van meer factoren afhankelijk is dan van mineralisatiegraad alleen, is er ook geen absolute grenswaarde voor de botmineraaldichtheid, waarboven fracturen niet optreden.

Postmenopauzale osteoporose heeft een ander pathofysiologisch substraat en een ander beloop dan door glucocorticosteroïden geïnduceerde osteoporose. Bij gelijke botmineraaldichtheid is de kans op osteoporotische fracturen in het tweede geval groter.[4,5] Het aanhouden van dezelfde grenswaarden voor beide vormen van osteoporose is ons inziens dan ook aanvechtbaar, te meer daar botverlies door het gebruik van glucocorticosteroïden vaak meer progressief is – vooral in het eerste jaar na het begin van de therapie – dan postmenopauzaal botverlies.

Voor de duidelijkheid geven wij hier de richtlijn van de Werkgroep weer:

- Iedere patiënt die wordt behandeld met glucocorticosteroïden krijgt calcium- en eventueel vitamine D-suppletie voorgeschreven.
- Bij het begin van een behandeling met glucocorticosteroïden voor minimaal 6 maanden en met een dosering van minimaal 7,5 mg prednison per dag is meting van de botmineraaldichtheid met 'dual energy' botabsorptiometrie (DEXA) geïndiceerd.
- Bij een T-score <–1 wordt tevens medicatie voor osteoporose gegeven, bijvoorbeeld 'hormonal replacement therapy' (oestrogenen) of een bisfosfonaat. Ter vergelijking: in het Verenigd Koninkrijk wordt een T-score van –1,5 aangehouden,[6] in de NHG-Standaard Osteoporose een T-score van –2,5.
- Bij een gunstiger T-score wordt de meting herhaald na 6 maanden glucocorticosteroïdengebruik om aldus patiënten met snel botverlies op te sporen.

Therapie

Alleen van de bisfosfonaten is aangetoond dat ze botverlies, veroorzaakt door glucocorticosteroïden, kunnen voorkomen. In de Standaard wordt alleen het bisfosfonaat alendronaat als medicament geadviseerd, waarmee de indruk wordt gewekt dat etidronaat hier geen plaats heeft. Dit is onjuist.

Er zijn twee prospectieve, gerandomiseerde onderzoeken met etidronaat bij patiënten die begonnen met langdurige prednisontherapie.[7,8] In één onderzoek deden zich bij 7 van de 32 met placebo behandelde patiënten (postmenopauzale vrouwen) wervelinzakkingen voor, tegen 1 van de 31, die met etidronaat werden behandeld.[7] Daarnaast zijn er twee prospectieve, gerandomiseerde onderzoeken naar het effect van

etidronaat bij patiënten die reeds langer glucocorticosteroïden gebruikten.[9,10]

Over het effect van alendronaat bij patiënten die glucocorticosteroïden gebruiken, is een publicatie verschenen, waarin twee onderzoeken worden beschreven met een positief effect op de botmineraaldichtheid en met een vergelijkbaar effect op de fractuurincidentie als van etidronaat.[11] Vergelijkend onderzoek naar het effect van etidronaat en alendronaat op door glucocorticosteroïden geïnduceerde osteoporose is ons niet bekend.

Het lijkt ons onjuist gegevens over het effect van etidronaat en alendronaat, die afkomstig zijn uit verschillende onderzoekingen bij patiënten met postmenopauzale osteoporose, te extrapoleren naar door glucocorticosteroïden geïnduceerde osteoporose, en op basis daarvan een voorkeur uit te spreken voor een van beide middelen. Van beide bisfosfonaten is de effectiviteit bij botverlies door glucocorticosteroïden aangetoond, en op basis van de bestaande literatuur kan geen voorkeur worden uitgesproken voor een van beide middelen. In geval van intolerantie voor alendronaat is er een goed alternatief in de vorm van etidronaat, en omgekeerd. Op dit moment is etidronaat wel, maar alendronaat niet geregistreerd voor de preventie van door glucocorticosteroïden-geïnduceerde osteoporose.

Namens de Werkgroep Osteoporose van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
H.C. van Paassen
W.F. Lems
R.F.J.M. Laan
J.W.G. Jacobs

1 Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, et al. NHG-Standaard Osteoporose. Huisarts Wet 1999;42(3):115-28.
2 Kanis JA, Delmas P, Burckhardt P, et al. Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. Osteoporos Int 1997;7:390-406.
3 Gezondheidsraad. Commissie Osteoporose. Preventie van aan osteoporose gerelateerde fracturen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1998.
4 Luengo M, Picado C, Del Rio L, et al. Vertebral fractures in steroid dependent asthma and involutional osteoporosis: a comparative study. Thorax 1991;46:803-6.
5 Peel NFA, Moore DJ, Barrington NA, et al. Risk of vertebral fracture and relationship to bone mineral density in steroid treated rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1995; 54:801-6.
6 Eastell R, Reid DM, Compston J, et al. A UK Consensus Group on management of glucocorticoid-induced osteoporosis: an update. J Intern Med 1998;244:271-92.
7 Adachi JD, Bensen WG, Brown J, et al. Intermittent etidronate therapy to prevent corticosteroid-induced osteoporosis. New Engl J Med 1997;337:382-7.
8 Roux C, Oriente P, Laan R, et al. Randomized trial of effect of cyclical etidronate in the prevention of corticosteroid-induced bone loss. J Clin Endocrinol Metab 1998; 83:1128-33.
9 Geusens P, Dequeker J, Vanhoof J, et al. Cyclical etidronate increases bone density in the spine and hip of postmenopausal women receiving long term corticosteroid treatment. Ann Rheum Dis 1998;57:724-7.
10 Pitt P, Todd P, Webber D, et al. A double blind placebo controlled study to determine the effects of intermittent cyclical etidronate on bone mineral density in patients on long term oral corticosteroid treatment. Thorax 1998;53: 351-6.
11 Saag KG, Emkey R, Schnitzer TJ, et al. Alendronate for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. N Engl J Med 1998;339:292-9.

Naschrift

De Werkgroep Osteoporose van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie heeft op twee belangrijke punten kritiek op de NHG-Standaard Osteoporose.

Het eerste betreft het afzien van *case-finding*, waar dit in het recente rapport van de Gezondheidsraad wel wordt geadviseerd. De keuze in de standaard is weloverwogen gemaakt. De voorspellende waarde van een aantal in het Gezondheidsraadrapport genoemde risicofactoren kan worden betwijfeld. In de standaard is beschreven dat het effect van de gynaecologische risicofactoren zelfs geheel verdwijnt bij het ouder worden. Bovendien is de standaard minder optimistisch over de effecten van de diverse medicamenten als het gaat om daadwerkelijk voorkomen van fracturen. In het onlangs gepubliceerde artikel van *Wiersma* kregen de verschillen tussen het rapport van de Gezondheidsraad en de NHG-Standaard nogmaals extra aandacht.[1]

Ten tweede heeft de Werkgroep kritiek op de gemaakte keuzen bij corticosteroïdgebruikers. In de standaard wordt de aparte plaats die deze groep patiënten inneemt erkend. *Case-finding* van diegenen die langer dan 6 maanden minstens 7,5 mg prednison per dag gebruiken, is aangewezen. Men moet echter wel bedenken dat patiënten die hoge doses prednison gebruiken en bij wie sprake is van ernstige pathologie, vrijwel allen in de tweede lijn onder behandeling zijn (in verband met transplantatie, M. Crohn, reumatoïde artritis). Preventie van osteoporose bij deze groep patiënten is niet primair de taak van de huisarts.

Bij de beoordeling van de effectiviteit van de diverse medicamenten voor osteoporose moet worden gekeken of er werkelijk sprake is van preventie van fracturen. Winst op het gebied van botdichtheid is een surrogaateindpunt. Alleen als deze winst weerspiegeld wordt in een significante afname van de kans op een fractuur, is deze relevant. Dat is de reden om etidronaat niet aan te bevelen. In noot 32 van de standaard worden de trials naar het effect van etidronaat kritisch onder de loep genomen. Conclusie is dat fractuurpreventie beslist niet overtuigend is aangetoond. Alleen door in de trials groepen samen te voegen of subgroepen te construeren, wordt significantie bereikt.

Recent zijn nieuwe trials gepubliceerd, waarbij etidronaat specifiek bij corticosteroïdgebruikers werd onderzocht. Alleen in de ook in de brief van de Werkgroep genoemde trial van *Adachi et al.* werd een significant effect op de preventie van (wervel)fracturen gevonden, echter uitsluitend in de subgroep postmenopauzale vrouwen. Bovendien is het gevonden effect niet meer significant als men de uitvallers meerekent (*intention to treat*-analyse). Ook deze trial is dus niet overtuigend en gaf geen aanleiding om het advies in de standaard anders te formuleren.

Samenvattend: de NHG-Standaard erkent de aparte plaats van de corticosteroïdgebruikers, maar het medicamenteuze advies is niet anders dan voor patiënten die bekend zijn met een osteoporotische fractuur. De wenselijkheid van behandeling met alendronaat wordt afgewogen samen met de patiënt. Kiest men voor behandeling, dan bepaalt de gemeten botdichtheid of men ook werkelijk tot behandeling overgaat.

Froukje Boukes, huisarts
staflid afdeling Standaardenontwikkeling

1 Wiersma Tj. De standaard 'Osteoporose' van het Nederlands Huisartsen Genootschap vergeleken met het rapport van de Gezondheidsraad. Ned Tijdschr Geneeskd 1999; 31:1602-6.

NOTA BENE

De bewijslast van vragenlijsten in biomedisch onderzoek wordt onderschat.
Stelling bij: Vogelzang PFJ. Airway disease and risk factors in pig farmers [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.

Het gebruik van het symptoom 'dagelijkse stemmingschommelingen' in de klinische praktijk als diagnostisch criterium voor depressies heeft geen wetenschappelijke basis. Het vóórkomen van dagelijkse stemmingschommelingen is een dimensioneel fenomeen. Bovendien is het fenomeen niet specifiek voor bepaalde subgroepen van depressie.
Stelling bij: Gordijn M. Chronobiology and depression, relationships between sleep, mood and the circadian pacemaker [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Erfelijke antibioticaresistentie bij H. pylori

Van Zwet AA, Vandenbroucke-Grauls CMJE, Thijs JC, et al. Stable amoxicillin resistance in Helicobacter pylori. Lancet 1998;352:1595.

Als eersten slaagden deze Nederlandse auteurs erin een amoxicilline-resistente H. pylori te isoleren, die blijvend resistent en gemakkelijk overdraagbaar is. Omdat H. pylori DNA kan uitwisselen door natuurlijke transformatie en ook door conjugatie, is verspreiding van amoxicilline-resistentie bij H. pylori een potentiële bedreiging.

In een commentaar in de rubriek 'Talking Points' wordt de conclusie getrokken dat een afdoende behandeling van een infectie met H. pylori voortaan eigenlijk voorafgegaan dient te worden door een onderzoek naar de gevoeligheid voor amoxicilline.

M. Sanders

Niet minder infarcten door hormoonsubstitutie?

Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized controlled trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopauzal women. JAMA 1998;280:605-13.
Langer RD. Commentary. Evidence-Based Med 1999;4:6.

Kan behandeling met oestrogeen en progestageen een recidief myocardinfarct en sterfte aan coronaire hartziekte voorkomen bij postmenopauzale vrouwen die al een coronaire hartziekte hebben?

In de Heart and Estrogen/progestin Replacement Study, een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde trial met een gemiddelde follow-up van 4,1 jaar, werden 2763 postmenopauzale vrouwen met coronaire hartziekte ingesloten. De helft kreeg hormoonsubstitutietherapie, 0,625 mg geconjugeerd natuurlijk oestrogeen en 2,5 mg medroxyprogesteronacetaat 1 dd. Alle vrouwen voltooiden het onderzoek. Het primaire eindpunt was niet-fataal myocardinfarct en sterfte aan coronaire hartziekte samen. Secundair eindpunten waren andere manifestaties van hart-vaatziekten of operaties daarvoor.

Bij analyse bleek er geen verschil tussen de behandelde en placebogroep wat betreft primair eindpunt. Ook wat betreft secundaire eindpunten was er geen verschil. Na een jaar bleek er in de behandelde groep een grotere afname in LDL-cholesterol en toename van HDL-cholesterol en triglyceriden dan in de placebogroep. Deze theoretisch gunstige verschillen vertaalden zich echter niet in minder myocardinfarct en sterfte aan coronaire hartziekte. In de behandelde groep was een toename te zien van veneuze trombo-embolieën en een geringe toename van galblaasaandoeningen.

De conclusie is dat hormoonsubstitutietherapie geen afname van morbiditeit en mortaliteit aan coronaire hartziekte oplevert bij postmenopauzale vrouwen die al een coronaire hartziekte hebben doorgemaakt.

Langer stelt dat bij secundaire preventie vertrouwd moet worden op bewezen effectieve therapieën als bètablokkers, salicylaten, stoppen met roken, en cholesterolverlagende medicatie. Voor gebruik als primaire preventie – dus bij vrouwen zonder coronaire hartziekte – is meer bewijs nodig voordat hormoonsubstitutietherapie met het oog op het voorkómen van coronaire hartziekte gegeven kan worden. Oudere studies suggereerden dat hormoonsubstitutietherapie meer dan 50 procent reductie aan coronaire hartziekten zou opleveren. Dit zijn echter observationele studies, waarin het effect van hormoonsubstitutietherapie overschat kan zijn, doordat vrouwen die deze medicatie willen innemen, al een gezondere leefstijl hadden.

Jaap van der Laan

Benzo op? Laat je rijden!

Barbone F, Mc Mahon AD, Davey PG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepines use. Lancet 1998;352:1331-6.
O'Neill D. Benzodiazepines and driver safety [Commentary]. Lancet 1998;352:1324-5.

In deze studie onder ruim 400.000 inwoners wordt het verband tussen het betrokken zijn bij een verkeersongeluk en het slikken van antidepressiva, benzodiazepinen en andere psychoactieve farmaca onderzocht.

Gedurende de onderzoeksperiode waren ruim 19.000 mensen betrokken bij een verkeersongeluk. Onder hen waren ruim 1700 'gebruikers' geïdentificeerd. De odds ratio voor tricyclische antidepressiva-slikkers was 0,93 (95%-BI 0,72-1,21), voor SSRI-gebruikers 0,85 (95%-BI 0,55-1,33) en voor benzodiazepinegebruikers 1,62 (95%-BI 1,24-2,12). Een verdere onderverdeling van de benzodiazepinen liet voor anxiolytica een odds ratio van 2,18 (95%-BI 1,52-3,13) en voor hypnotica een odds ratio van 1,19 (95%-BI 0,83-1,70) zien. Het risico betrokken te raken bij een verkeersongeluk onder benzodiazepinegebruikers nam af met het toenemen van de leeftijd van de bestuurder. Als tegelijkertijd ook alcohol genuttigd was, werd een toename gevonden. Voorts werd bij de benzodiazepinegebruikers een duidelijke dosis-effectrelatie gevonden.

De auteurs adviseren gebruikers van zoplicon (Imovane) en benzodiazepinen niet aan het verkeer te laten deelnemen.

In het commentaar wordt het belang van deze studie onderschreven en worden kanttekeningen geplaatst bij de rol van genuttigde alcohol en de niet gevonden relatie tussen TCA-gebruikers en verkeersongelukken. Last but not least worden de voorschrijvers gemaand tot terughoudendheid.

Joost J. den Otter

Opereren bij septumdeviatie?

Van de Lisdonk EH, Van de Laar F. Nasal septum deviation: is surgery to be advised? Eur J Gen Pract 1998;4:74-8.

Huisartsen verwijzen sommige patiënten met een septumdeviatie naar de KNO-arts, die de scheefstand chirurgisch kan corrigeren. Hiervoor bestaan twee technieken: de submucosale resectie en de septumplastiek. Hoe succesvol zijn deze ingrepen?

De onderzoekers analyseerden zeventien artikelen, geselecteerd uit de periode 1966-1995. Veel artikelen vertoonden zwakheden in de methodologie, waarbij de onderzoekspopulatie en de te meten eindpunten soms onduidelijk gedefinieerd waren. De conclusies zijn daarom slechts vingerwijzingen.

Veel is nog onduidelijk over de relatie tussen het optreden van klachten en het hebben van een scheef neustussenschot. Een duidelijke indicatielijst over welke klachten en welk type operatie ontbreekt. Daarom bepaalt de persoonlijke voorkeur en vaardigheid van de operateur het type operatie. De tevredenheid van patiënten over de operatie verschilt in de diverse onderzoeken. Ongeveer tweederde zegt dat de operatie de klachten heeft verminderd.

De klinische relevantie van de chirurgische correctie van een septumdeviatie blijft vaak twijfelachtig. Bespreek met de patiënt wat er van de operatie verwacht wordt. Bekijk uw verwijsbeleid bij septumdeviatie kritisch.

André Verheij

RECTIFICATIE

Goudswaard AN, Van Dijk CN. De verzwikte enkel: diagnostiek en behandeling. Huisarts Wet 1999; 42(9):391-4.

Door een fout bij de productie is de titel bij dit artikel weggevallen. Onze verontschuldigingen aan auteurs en lezers.

Leven na een beroerte

Loor HI. Leven na een beroerte. Een drie jaar durend observatie-onderzoek vanuit de huisartspraktijk naar de gevolgen van een cerebrovasculair accident [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998; 126 bladzijden. ISBN 90-367-0977-6.

Promotie: 14 oktober 1998.
Promotor: prof.dr. B. Meyboom-de Jong; copromotor: dr. J. Schuling.
Bespreking: dr. J.W.P.M. Konings, verpleeghuisarts te Utrecht.

In ons land krijgen elk jaar meer dan 30.000 mensen een cerebrovasculair accident (CVA). CVA is de derde doodsoorzaak en de meest frequente oorzaak van invaliditeit. Over de gevolgen is nog maar weinig bekend; alleen al daarom is dit een belangrijk proefschrift.

Huisartsen in de drie noordelijke provincies rapporteerden in 1990 alle patiënten die werden getroffen door een CVA. Dit cohort werd drie jaar lang vervolgd, aan de hand van gegevens die om de vier maanden werden verstrekt door de huisartsen of door verpleeghuisartsen. Beschreven worden de sterfte, doodsoorzaken en overlijdensrisico, het aandeel van de zorg in het verpleeghuis, de kwaliteit van leven, de betekenis van comorbiditeit en het vóórkomen van depressies. Een afzonderlijk hoofdstuk gaat over de mogelijkheden en valkuilen voor de huisarts met betrekking tot de zorg in de chronische fase.

Resultaten

Van de 234 aangemelde patiënten konden er 221 worden ingesloten: 131 vrouwen en 90 mannen met een gemiddelde leeftijd van 77 jaar (spreiding: 40-94 jaar, twee derde ouder dan 70 jaar), van wie 80 procent zelfstandig woonde.

Direct na het CVA werd 57 procent van de patiënten in het ziekenhuis opgenomen en 3 procent in een verpleeghuis of op de ziekenboeg van een verzorgingshuis. De resterende 40 procent bleef thuis.

In de eerste week overleden 17 procent en in de eerste maand 26 procent van de patiënten. Na een jaar bedroeg de cumulatieve mortaliteit 37 procent, na twee jaar 46 procent en na drie jaar 54 procent. De sterftekans van de CVA-patiënten was ongeveer twee keer zo groot als die in de algemene bevolking. In de eerste maand na het CVA was het CVA zelf verreweg de belangrijkste doodsoorzaak. De sterfte na de eerste maand werd voor 68 procent veroorzaakt door cardiovasculaire en cerebrovasculaire oorzaken.

Het verpleeghuis bleek een groot aandeel in de zorg voor de onderzochte CVA-patiënten te hebben. Van de 163 patiënten die na een maand nog in leven waren, kreeg 34 procent met het verpleeghuis te maken. In totaal werden 37 patiënten blijvend (tot hun overlijden of tot het einde van de follow-up) opgenomen; 20 van hen kwamen in het verpleeghuis ter verzorging in de acute fase. Er waren 19 tijdelijke opnamen: 10 voor revalidatie en 9 om andere redenen, zoals ziekte of vakantie van de verzorger.

De actuele comorbiditeit werd in kaart gebracht bij de 112 patiënten die na twee jaar nog in leven waren. Met het CVA samenhangende aandoeningen als hypertensie, hartaandoeningen en diabetes mellitus kwamen bij de patiënten ongeveer tweemaal zo vaak voor als bij vergelijkbare ouderen zonder CVA (bij respectievelijk 56, 49 en 19 procent van de patiënten). Bijna de helft van de patiënten (45%) had volgens de artsen last van psychosociale problemen, zoals het niet kunnen accepteren van de afhankelijkheid en aanpassingsproblemen in verzorgings- of verpleeghuis.

De door de patiënten ervaren kwaliteit van leven werd twee jaar na het CVA gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van 6,6 (SD 1,6); 63 procent gaf zichzelf een voldoende (6,5 of hoger). De prevelantie van depressie werd nagegaan bij een aselecte steekproef van 89 van de 135 patiënten die na één jaar nog in leven waren. Aan de hand van de Zung-12-zelfbeoordelingsschaal beoordeelde 12 procent van de patiënten zichzelf als depressief; beoordeeld door de artsen was dat 24 procent. De overeenstemming tussen beide methoden was betrekkelijk hoog: Cohen's Kappa 0,61.

Voor de beoordeling van de kwaliteit van leven werden één en twee jaar na het CVA respectievelijk 75 en 83 patiënten geïnterviewd. Na één jaar werd at random tweederde van de patiënten bezocht, na twee jaar de gehele groep (n=112). De uitval ontstond door cognitieve stoornissen, afasie of een slechte lichamelijke conditie. Zowel na één jaar als na twee jaar ondervond driekwart van de patiënten een achteruitgang in kwaliteit van leven door het CVA. Autonomie werd als verreweg de belangrijkste dimensie van de kwaliteit van leven beschouwd. De 75 CVA-patiënten beoordeelden na een jaar de kwaliteit van hun leven met een gemiddeld rapportcijfer 6,5 – aanzienlijk lager dan de 8,4 van de controlegroep. Een negatief oordeel hing sterk samen met de depressieve stemming (Zung-depressieschaal) en wat minder sterk met verminderd lichamelijk functioneren (Barthel Index) en verminderd sociaal functioneren (Frenchay Activities Index). De auteur concludeert dat een rapportcijfer een goed hulpmiddel is om na te gaan hoe een patiënt de kwaliteit van zijn leven ervaart en een goede kapstok voor een uitvoeriger gesprek.

In vier gepresenteerde casus bleken huisartsen naar het oordeel van de auteur nogal eens tekort te schieten, zowel in geïnvesteerde tijd als in kennis over de gevolgen van het CVA. Zij stelt dat de huisarts een actieve coördinerende rol dient te vervullen, waarbij de aandacht vooral gericht moet zijn op verbetering van de kwaliteit van leven en niet op het toevoegen van jaren. Kennis van en alertheid op neuropsychologische functiestoornisen is daarbij onontbeerlijk en er zou gewerkt moeten worden met zorgprotocollen.

Ten slotte doet de auteur aanbevelingen voor de zorg met betrekking tot preventie, het handelen in de acute fase – waarbij de voorkeur uitgaat naar multidisciplinaire behandeling in een 'stroke unit' of verpleeghuis boven een 'reguliere' ziekenhuisopname – en de revalidatie. Voor wat betreft de revalidatie zal de rol van stroke-units en verpleeghuizen in de nabije toekomst verder toenemen. Uitvoeriger onderzoek zou moeten plaatsvinden naar de gevolgen voor de kwaliteit van leven – volgens de auteur beter aangeduid met het welbevinden – van patiënten, de effecten van comorbiditeit en behandelstrategieën in de verpleeghuiszorg.

Commentaar

Dit is een waardevol proefschrift, met een schat aan gegevens, die kunnen leiden tot nieuwe onderzoeken. Er zijn ook enkele kanttekeningen te plaatsen.

- Over de samenhang van een CVA en een depressieve stoornis is het laatste woord nog niet gezegd, zo blijkt ook uit dit onderzoek. Allereerst is het wat te kort door de bocht om op basis van de uitslag van een screening en een indruk van de huisarts patiënten als depressief te diagnosticeren. Het gaat dan nog steeds om een aanwijzing die nader onderzoek behoeft. Het lage percentage van 12 procent, gevonden met de Zung-12, kan een gevolg zijn van een te hoog afkappunt. Voor de vergelijkbaarheid met andere onderzoeksgegevens is het jammer dat niet gebruik gemaakt is van de Geriatric Depression Scale (GDS).
- Het is jammer dat de rol van verzorgende partners in het 'leven na de beroerte' niet in het onderzoek is betrokken. De (on)mogelijkhe-

In de rubriek *Forum* worden vooral proefschriften besproken. De auteurs van deze werken worden uitgenodigd een korte reactie te geven, maar zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

den en de ervaren belasting van partners thuis lijken immers van zeer groot belang voor de geboden zorg en het moment waarop bijvoorbeeld verpleeghuisopname noodzakelijk is, met wellicht grote implicaties voor het welbevinden van patiënten. Ook met betrekking tot kwaliteit van leven kan met dit onderzoek uitsluitend iets gezegd worden over de patiënten die in betere conditie verkeren. Over patiënten met fatische en cognitieve stoornissen en hun (on)welbevinden kunnen juist partners waardevolle gegevens aandragen die consequenties kunnen hebben voor de professionele zorg.

• In de aanbevelingen wordt gepleit voor systematische aandacht van de huisarts voor neuropsychologische functiestoornissen en de betekenis van de beperkingen voor de patiënt. Dit lijkt mij voor de huisarts, zelfs als hij is voorzien van een standaard of zorgprotocol, een onhaalbaar streven. Het zal de kwaliteit van zorg voor CVA-patiënten en hun welbevinden en dat van hun partners ten goede komen wanneer huisartsen ook voor de nog thuiswonende CVA-patiënten vaker de weg naar het verpleeghuis weten te vinden en gebruik maken van de daar aanwezige multidisciplinaire expertise.

Jos Konings

Naschrift

• De talrijke interpretaties, classificaties en publicaties over depressie hebben 'depressie' er niet duidelijker op gemaakt. Dit verklaart mede waarom prevalenties van depressie – ook na een CVA – zo sterk uiteenlopen. In mijn proefschrift gaat het niet over de psychiatrische diagnose depressie, maar over depressieve beelden, zoals die naar voren komen na screening met behulp van een zelfbeoordelingsschaal en na beoordeling door de huisarts. Beide opsporingsmethoden blijken redelijk goed overeen te komen.

• Wat een CVA betekent voor de verzorgende partner, is beschreven door *Schure*, op basis van hetzelfde patiëntencohort.[1] In mijn onderzoek koos ik voor een benadering vanuit de patiënt: hoe ervaart de patiënt het leven na een CVA? Informatie die de partner hierover verstrekt, is – juist door diens nauwe betrokkenheid – waarschijnlijk gekleurd door de eigen wensen en verwachtingen. De betrouwbaarheid van die informatie zou apart moeten worden onderzocht.

• De huisarts heeft mijns inziens een belangrijke signaalfunctie in de chronische fase na een CVA, omdat hij meestal de enige arts is die met eigen ogen ziet hoe het de patiënt thuis vergaat. Bij die signaalfunctie past ook aandacht voor de meer verborgen symptomen op neuropsychologisch terrein. De nadere diagnostiek daarvan en – zo mogelijk – de behandeling horen thuis bij andere disciplines. Maar aan verwijzing gaat nu eenmaal signalering vooraf. Voor een goede zorg voor CVA-patiënten is samenwerking tussen hulpverleners uiteraard onontbeerlijk; dat geldt zeker ook voor de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuis.

Hannie Loor

1 Schure LM. Partners van CVA-patiënten. Een onderzoek naar de gevolgen van een cerebrovasculair accident voor de partner van de patiënt [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.

Koortsconvulsie

Van Stuijvenberg M. Febrile seizures, clinical and genetic studies [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998; 181 bladzijden. ISBN 90-9012070-X.

Promotie: 11 november 1998.
Promovendus: Margriet van Stuijvenberg.
Promotores: prof.dr. H.A. Büller, prof.dr. J.D.F. Habbema.
Bespreking: dr. W.A. Meyboom, huisarts te Dedemsvaart.

Koortsconvulsies komen frequent voor in de huisartspraktijk en zorgen soms voor enorme commotie. De laatste jaren worden mythen op dit gebied in hoog tempo neergesabeld. De conclusie dat koortsstuipen ongevaarlijk zijn, leidt tot het verlaten van de onzalige pogingen om recidieven te voorkomen.

Koortsconvulsies komen frequent voor in de huisartspraktijk en zorgen soms voor enorme commotie. Ze komen gewoonlijk voor in de leeftijd van 3 maanden tot 5 jaar en duren in de helft van de gevallen niet meer dan 2 minuten. Complexe koortsconvulsies worden gekenmerkt door een langere duur dan 15 minuten, herhaling binnen 24 uur en/of partiële in plaats van gegeneraliseerde convulsies. De belangrijkste differentiële diagnose is bacteriële meningitis. Het onderscheid kan meestal worden gemaakt op basis van nekstijfheid, petechiën, en/of complexe convulsies. Lumbaalpunctie is vaker nodig bij kinderen beneden het jaar, omdat de symptomen bij hen vaak minder uitgesproken zijn.

De laatste jaren worden mythen op dit gebied in hoog tempo neergesabeld. Het begon met de vaststelling, dat koortsconvulsies geen hersenbeschadiging veroorzaken, ook een aantal recidieven niet. Prospectief bevolkingsonderzoek bleek de op ziekenhuispopulaties gebaseerde retrospectief vastgestelde relatie met hersenbeschadiging te ontkrachten. De conclusie dat koortsstuipen ongevaarlijk zijn, leidt tot het verlaten van de onzalige pogingen om recidieven te voorkomen. Ouders van kinderen met koortsstuipen zijn vaak panisch, doordat ze er even van overtuigd waren dat hun kind dood ging. Ze zijn niet gebaat met een koelkast vol zetpillen of tabletten die onmiddellijk gegeven moeten worden bij het optreden van koorts. Laat maar komen dat recidief. De kans daarop is overigens het grootst gedurende zes maanden na de vorige. Risicofactoren zijn: het doormaken van de eerste koortsconvulsie op jonge leeftijd of bij een relatief lage temperatuur, een positieve familie-anamnese en een multiple initiële koortsconvulsie.

De kans op onderliggende epilepsie blijkt bij ongecompliceerde koortsstuipen veel lager dan tevoren werd aangenomen. Over het algemeen kan men de kans op epilepsie zo goed schatten op basis van de familie-anamnese en de vorm en lokalisatie van de convulsie, dat het EEG niet meer nodig is. Ook de kans op elektrolytstoornissen is klinisch zo goed te schatten, dat bepaling ervan bij ongecompliceerde koortsstuipen geen meerwaarde heeft.

Al deze feiten maken dat de ongecompliceerde koortsstuip weer een huisartsgeneeskundige aandoening is geworden.

De auteur geeft in het eerste hoofdstuk een overzicht van de literatuur met betrekking tot klinische en genetische aspecten van koortsconvulsies; veel van het bovenstaande is daaraan ontleend. In hoofdstuk 2 wordt een model beschreven, dat kan worden gebruikt om te schatten hoe groot de kans is op een normale biochemie-testuitslag bij kinderen met een convulsie bij koorts. Bevestigd werd dat routinematige bepaling van natrium, calcium en glucose niet nodig is.

Hoofdstuk 3 richt zich op de vraag hoe ouders koorts en koortsconvulsies beleven en hoe groot hun kennis hierover is. Bij een enquête-onderzoek bij de ouders was 45 procent (erg) bang geworden voor koorts, vooral ouders van kinderen met een niet-Westeuropese afkomst. Een kwart van de ouders meet de temperatuur vijf keer of vaker per dag, bijna een kwart slaapt sinds de stuip in dezelfde kamer als het kind en meer dan één op de tien blijft 's nachts wakker als het kind koorts heeft uit angst voor mogelijke gevolgen van een nieuwe stuip. Geruststellende informatie over koorts en koortsconvulsies helpt: bijna een kwart van de ouders gaf aan als gevolg van de informatie die zij hadden gekregen, koortsconvulsies niet meer als schadelijk te beschouwen.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd van de gerandomiseerde, placebogecontroleerde studie naar de effectiviteit van ibuprofen om recidief koortsconvulsies te voorkomen. Het effect is niet groot. In hoofdstuk 5 blijkt dat de helft van de recidieven optreedt in de eerste twee uur na het begin van de koorts. Deze recidieven gingen gepaard met een lagere mediane temperatuur vergeleken met die welke optraden na twee uur koorts. Met behulp van het gepresenteerde diagram kan, als de leeftijd van het kind en de temperatuur aan het begin van de koortsperiode bekend zijn, gemakkelijk het recidief-risico worden bepaald.

In hoofdstuk 6 wordt geprobeerd de genen aan te wijzen die verantwoordelijk zijn voor de invloed van de erfelijkheid bij koortsconvulsies. De hypothese over de chromosoomlokalisatie werd niet bevestigd. In hoofdstuk 7 wordt de enquête over de beleving door de ouders van de toestemmingsprocedure beschreven. Negen van de tien hebben dit als positief ervaren, maar een kwart van de ouders had zich ook verplicht gevoeld om mee te doen.

In hoofdstuk 8 worden de resultaten besproken in het licht van de literatuur. Ethische dilemma's die zich kunnen voordoen wanneer een behandelend arts tegelijkertijd de functie van onderzoeker heeft, worden besproken. De promovenda vindt dat scheiding van deze twee rollen meestal niet noodzakelijk is.

Commentaar

Dit is een nuttig proefschrift, dat het verschijnsel koortsconvulsies van diverse zijden belicht. Methodologisch valt er op deze dissertatie niet veel aan te merken, maar dat was te verwachten van een promovenda die een graad in epidemiologie heeft behaald. Het is verheugend dat allerlei medicaliserende acties rond de koortsstuip tot het verleden behoren. Daarom verbaasde het mij in dit proefschrift toch nog een studie aan te treffen naar de werkzaamheid van ibuprofen voor het voorkómen van recidieven. Gelukkig werkt het niet.

De conclusie dat scheiding van de functie van behandelend arts en van onderzoeker meestal niet noodzakelijk is, lijkt wat te kort door de bocht. Dat bijvoorbeeld nogal een hoog percentage ouders zich verplicht voelde tot deelname aan het onderzoek, pleit juist tegen het verstrengelen van beide functies. Dat het soms praktisch lijkt om beide rollen in één persoon samen te brengen, doet daar niets aan af.

De gemiddelde huisarts heeft genoeg aan het hier gegeven overzicht. Wie meer wil weten over koortsconvulsies, kan aan dit proefschrift zijn hart ophalen.

Wout Meyboom

Goede nascholing is kinderspel

Köhler W. De medicijnman. Illustraties: Bert Cornelius. Amsterdam: Leopold, 1999; 172 pagina's. ISBN 90-258-3796-4.

De Kinderpagina van NRC Handelsblad is een eregalerij voor schrijvers: fabels van Toon Tellegen, verhalen van Martin Bril en gedichten van Rudy Kousbroek. Wetenschapsjournalist Wim Köhler publiceerde op deze benijdenswaardige plek tweeëneenhalf jaar lang de rubriek 'De medicijnman'. Voor mij ligt nu de bundeling.

Er zijn verschillen tussen dagbladstukjes en een boek. In de krant hebben de stukjes vaak actualiteitswaarde; in een boek verdwijnt die. Terugzoeken in de krant is lastig, in een boek eenvoudiger. Maar wat bundeling uiteindelijk rechtvaardigt, is de thematisch eenheid. Zo kregen de ultrakorte stukjes van Koos van Zomeren op de voorpagina van – opnieuw – NRC Handelsblad (gebundeld in onder andere 'Zomer' en 'Winter') een meerwaarde doordat ze nu achter elkaar konden worden gelezen. Is dat hier ook het geval?

Ten dele. Köhler is zich bewust van het probleem van thematische ordening. Hij koos voor rubricering in hoofdstukken, voorafgegaan door een korte inleiding: groeien en eten, virussen, ziekten door dieren (teken, muggen, wespen), genetische aandoeningen, huidkwalen, sporten en gezondheid, neurologie en tandheelkunde. Deze ordening geeft het boek net voldoende samenhang. De onderwerpskeuze spreekt bovendien kinderen aan, in elk geval mijn leespanel, bestaande uit Malu, Iris en Joeri, respectievelijk negen, elf en dertien jaar oud. Moderne onderwerpen als paddo's, piercings en skaten zijn hier debet aan.

'De medicijnman' verscheen in een periode dat er twee prachtige kinderboeken beschikbaar kwamen over moeilijke onderwerpen als geschiedenis ('Waar was je, Robert?') en wiskunde ('De telduivel'), beide geschreven door Hans Magnus Enzensberger. Wellicht is het niet fair Köhler naast deze meetlat te leggen – Enzensberger beoogde immers een spannende roman te schrijven – maar ik doe het toch. In 'De medicijnman' staan namelijk stukken die het niveau van Enzensberger halen. Dat zijn spannende verhalen, zoals dat over de zoektocht van een oorwurm door het labyrint van oor en voorhoofdsholten, en het stuk *Griep door varkens*, dat als volgt begint: 'Er was eens een boer in China die met zijn vrouw, zijn zoontje, een paar varkens en wat eenden in een klein boerderijtje woonde. Hun huisje had maar één kamer en in de winter, als de dieren binnen bleven, leefden ze met de dieren, bij elkaar, in de kamerstal, of stalkamer.' Volgt een verhaal over (mutaties van) het griepvirus. Briljant, spannend en goed geschreven.

Andere stukken zijn in de bijna onpersoonlijke 'je'-vorm geschreven, waardoor de vaart eruit gaat en de boodschap enkel als voorlichting leest. Voorlichters zijn in de regel brave borsten, met een saaie pen, angstig een foutje te maken en genadeloos onsensationeel. Köhler ontsnapt hier niet altijd aan, ook al schrijft hij op elke pagina prachtzinnen als: 'Je huid zorgt ervoor dat je niet lekt.' Elders lees ik: 'Of een koe ook dement wordt, en zich zoals mensen dus allerlei dingen niet meer kan herinneren, weten we niet. Want we weten niet wat een gezonde koe zich herinnert.' De allermooiste vind ik: 'Het belangrijkste wat je moet doen om echt oud te worden is: niet doodgaan. En daar kun je niet jong genoeg mee beginnen.' Klasse. Köhler kan schrijven, maar ergens in zijn hoofd moet hij het voorlichtingsduiveltje het zwijgen opleggen.

Er is een onverwachte toepassingsmogelijkheid voor dit boek. Voorlichters en nascholers vinden op legio plekken een staalkaart van vertelkunst, waarbij stilistische kracht samengaat met inhoudelijke expertise. Dames en heren, zo kan het ook! Daarenboven biedt dit boek ook de huisarts practicus informatie en voorbeelden om de eigen voorlichting op wat creatievere manier gestalte te geven en, wie weet, de kennis op jeugdjournaalniveau bij te spijkeren. Mijn voorstel zou zijn lezing van dit boek te honoreren met, pakweg, vijf nascholingspunten. Op zijn minst. Leukere nascholing is op dit moment niet beschikbaar.

Frans Meulenberg

Elektronisch zorgdossier

Berg M, Goorman E, Harterink P, Plass S. De nacht schreef rood, informatisering van zorgpraktijken. Den Haag: Rathenau-instituut, 1998; studie 37.

Dit boek doet verslag van een onderzoek naar de betekenis van de invoering van het Elektronisch zorgdossier (EZD) voor het handelen van zorgprofessionals op de werkvloer, voor de regulering en vormgeving van de zorgpraktijk en voor de positie van de patiënt.

Het begon met een literatuuronderzoek. Er bleken twee soorten literatuur over automatisering te zijn: de juich-literatuur, waarin het EZD als de langverwachte sleutel tot zo ongeveer alle problemen in de gezondheidszorg wordt voorgesteld, en de literatuur waarin specifiek juridische en ethische randvoorwaarden voor het EZD worden uiteengezet. In het onderzoek

werden daarom een aantal mensen geïnterviewd en enkele zorgpraktijken werden blootgesteld aan participerende observatie. Ik vat enkele conclusies samen om de lezer op het spoor te zetten van de meest evenwichtige publicatie die ik in tijden gelezen heb over dit onderwerp.

Zorginformatie is niet bedoeld om een definitief beeld te geven van een situatie, maar om bouwstenen aan te reiken voor wat er moet gebeuren; de informatie is alleen te begrijpen voor wie weet waarom er staat wat er staat. De informatie van de nachtzuster die met een rode pen schrijft, is ook in overdrachtelijke zin anders gekleurd dan de zuster van de dagdienst. Volledigheid en duidelijkheid van het dossier kunnen alleen al om die reden geen directe maat zijn voor de kwaliteit van het werk. Informatietechnologieën en zorgpraktijk blijken elkaar over en weer te vormen en te herordenen. De reeksen cijfers uit laboratoriacomputers en de neiging tot gecodeerde gegevensopslag spelen in op een cultuur waarin kwantificeerbare informatie hoger wordt aangeslagen dan niet-kwantificeerbare. De rol van de patiënt in deze ontwikkeling verschilt weinig van die van de koe Klara, die met behulp van computers het voor haar bestemde dieet ontvangt en binnen de perken gehouden wordt. Niet de informatie zelf verschaft macht, maar de zeggenschap over de vormgeving van de informatie. Het betekent invloed op de vormgeving van het werk in de zorgsector. Als politiek verstaan wordt als 'vraagstukken omtrent de vormgeving van de samenleving', dan zijn de ontwikkelingen rond het EZD als politieke ontwikkelingen te beschouwen, en verdienen ze een bredere discussie op maatschappelijk niveau. Wie zich daar niet mee bemoeit, trekt zich terug uit een van de arena's waarin het aanzien van de toekomstige gezondheidszorg wordt bepaald.

Deze en andere conclusies worden in dit boek met verve, met citaten en met observaties uit de praktijk gestaafd.

Ger van der Werf

Klinisch bewijs

Godlee F, editor. Clinical evidence. A compendium of the best available evidence for effective healthcare. London: BMJ Publishing Group, 1999; 592 bladzijden. ISBN 0-7279-1364-6.

'Clincal evidence' is een gezamenlijke uitgave van de BMJ Publishing Group, het American College of Physicians en de American Society of Internal Medicine. Een dikke pocket, die halfjaarlijks verschijnt in een bijgewerkte en uitgebreide versie. Het boek is bedoeld voor iedereen die beslissingen neemt over medische zorg voor patiënten. De makers verstrekken informatie met hoge klinische relevantie en validiteit, terwijl het lezen ervan weinig tijd en energie vraagt van de lezer.

'Clinical evidence' is geen tekstboek of richtlijnenboek, maar bevat de beste beschikbare onderbouwingen van preventieve en therapeutische interventies en signaleert hiaten in deze onderbouwing. De makers zien 'Clinical evidence' als complementaire informatie naast bijvoorbeeld de Cochrane database en bladen als Evidence Based Medicine.

Deze eerste uitgave bespreekt 65 onderwerpen. Van elk onderwerp wordt een korte samenvatting gegeven aan de hand van de volgende paragrafen: definitie, incidentie/prevalentie, etiology, prognose, doel van behandeling, uitkomstmaat, en zoekstrategie. Dan worden vragen gesteld, 'key messages' gegeven, interventies gecategoriseerd en beoordeeld (van 'beneficial' tot 'likely to be ineffective or harmful'). Per interventie wordt een overzicht gegeven van de onderbouwing met de referentielijst. Het onderwerp 'Hoofdluis' bijvoorbeeld eslaat bijna vier pagina's. De vraag die gesteld wordt, luidt: wat zijn de effecten van behandeling. Onder het kopje 'interventions' vinden we als 'beneficial' insecticiden en als 'unknown effectiveness' mechanische verwijdering van de luizen door kammen, verwijdering van neten door kammen met een netenkam, en herbale- en aromatherapieën. Van deze vier opties wordt de onderbouwing weergegeven. Key messages zijn:

- er is beperkt bewijs dat behandeling met chemische insecticiden effectief is;
- er worden geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd;
- wij vonden geen bewijs voor effecten van kammen of alternatieve therapieën.

Dit voorbeeld maakt duidelijk dat 'alledaagse kwalen' niet, zoals zo vaak, worden veronachtzaamd. Een verademing!

'Clinical evidence' is een boek dat op een heldere en zakelijke manier de *state of the art* van interventies geeft. De makers wilden klinisch relevante onderwerpen bespreken, ook voor de eerstelijnspatiëntenzorg. Ik vind dat dat gelukt is.

Lezers worden trouwens van harte uitgenodigd nieuwe vragen te suggereren via antwoordkaartjes in de achterflap of via internet (www.evidence.com).

Marjolein Tasche

Mededelingen voor de Agenda in nummer 12 (november) moeten op uiterlijk 14 oktober in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

■ **Ontwikkelen van een systematic review**
Amsterdam, 25 november.
Workshop Dutch Cochrane Centre,
tel. 020 5665602, fax 020 6912683;
e-mail cochrane@amc.uva.nl.

EMD en kwaliteit
Ede, 8 oktober.
EMD '99 Symposium. Inlichtingen: Symposium-secretariaat, tel. 010 4087050; fax 010 4089447;
e-mail buytink@mi.fgg.eur.nl.

Milleniopathieën
Groningen, 13 oktober.
25-jarig jubileum van de huisartsenopleiding in Groningen. Inlichtingen: tel. 050 3632974.

10 jaar Hoorn-studie
Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen, 14 oktober, 12.30-21.15 uur.
Symposium Vrije Universiteit. Inlichtingen: mw. L.J. van't Hull, tel. 020 4440533, fax 020 4440502;
e-mail endocr@avu.nl.

Research on general practice care of the elderly
Hannover, 14-17 oktober.
Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

30 jaar anti-rhesus (D) profylaxe in Nederland
Utrecht, 19 oktober, 16.00 uur.
Symposium. Inlichtingen: Congress Care,
tel. 073 6831238, fax 073 6901417;
e-mail congress.care@wxs.nl.

Therapeutische en toxische aspecten van empathie
Ede, 19 november.
Symposium. Inlichtingen: SCEM Conference Services, tel. 0345 576642; e-mail scem@scem.nl.

9de Gezond Onderwijs Congres
Veldhoven, 2-3 december
Inlichtingen: mw. José Coolen, Kongresservice Brabant, tel. 040 2545215; fax 040 2546566;
e-mail GOC@koningshof.nl.

■ **Evidence-based medicine in de klinische praktijk**
Amsterdam, 17-19 januari 2000.
Workshop Dutch Cochrane Centre,
tel. 020 5665602, fax 020 6912683;
e-mail cochrane@amc.uva.nl.

■ **Ontwikkelen van een systematic review**
Amsterdam, 24 februari 2000.
Workshop Dutch Cochrane Centre,
tel. 020 5665602, fax 020 6912683;
e-mail cochrane@amc.uva.nl.

■ **Ontwikkelen van een systematic review**
Amsterdam, 25 mei 2000.
Workshop Dutch Cochrane Centre,
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, Alser Strasse 4, A-1090 Wien;
tel. +43 1 405138310; fax . +43 1 405138323.

■ betekent: eerste vermelding.