

## Zieken denken slechter

Is het zinvol om echt zieke mensen uitgebreide uitleg te geven? Zijn echt zieke mensen in staat om mee te beslissen over een ingewikkelde behandeling? Een verontrustend 'nee' lijkt het antwoord te moeten zijn indien de resultaten van een onderzoek van *Cassell et al.* algemene geldigheid hebben.<sup>1</sup> Zij vergeleken ernstig zieke, in een ziekenhuis opgenomen patiënten met matig zieke opgenomen patiënten en met niet zieke bewoners van een 'senior citizen center'. Alle deelnemers hadden minimaal een middelbare schoolopleiding gehad; dementie was tevoren uitgesloten. Aan alle deelnemers werden zeven vragen gesteld, die vaak gebruikt worden om de cognitieve ontwikkeling van kinderen te schatten zoals: is de inhoud van een glas water hetzelfde als wanneer die inhoud in een smaller en hoger glas gedaan wordt? Ernstig zieken beantwoordden gemiddeld twee van dergelijke vragen goed. Matig zieken en de controle personen gemiddeld zes. Het cognitieve niveau van de ernstig zieken was vergelijkbaar met dat van kinderen van tien jaar oud! Dokters moeten (meer?) rekening houden met een verminderd begripsvermogen bij flink zieke mensen. (PL)

1. *Cassell EJ, Leon AC, Graff-Kaufman S. Preliminary evidence of impaired thinking in sick patients. Ann Intern Med 2001;134:1120-3.*

## Handelen wij evidence-based?

Van rationeel voorschrijven van medicamenten is sprake als, bij een duidelijk pathofysiologisch werkingsmechanisme, randomized controlled trials van goede kwaliteit en voldoende grootte klinisch relevante effectiviteit aantonen. Dit houdt in dat in de periode voordat effectiviteit is aangetoond, de hoeveelheid voorgeschreven medicamenten laag is en dat na publicatie van grote trials het aantal voorschriften stijgt. *Wang et al.* onderzochten of dit klopt voor statines in de VS.<sup>1</sup>

De drie grote trials die de effectiviteit van de statines definitief aantoonde – 4 S, WOSCOPS, CARE B werden tussen 1994 en 1996 gepubliceerd. Toch werd in 1989 al een derde van de patiënten die medicamenten voor hypercholesterolemie gebruikten, behandeld met een statine; in 1991 was dit de helft en in 1993 tweederde deel. De snelheid van toename van het aantal gebruikers was vóór en na publicatie van de 'landmark trials' gelijk. Publicatie leek dus geen invloed te hebben op het voorschrijven. Bij het zoeken naar verklaringen voor dit verschijnsel ligt het voor de hand te wijzen naar de agressieve marketing door de farmaceutische industrie en de gevoeligheid daarvoor van individuele dokters. Inmiddels wordt bijna elke medicamenteus behandelde patiënt een statine voorgeschreven. Dat is ongetwijfeld evidence-based. Het baart echter wel zorgen hoe dit gedrag tot stand komt. (PL)

1. *Wang TJ, Stafford RS, Ausiello JC, Chaisson CE. Randomized clinical trials and recent patterns in the use of statines. Am Heart J 2001;141:957-63.*

## Virtuele nascholing

Het NHG heeft PIN's die je per post moet opsturen. In Nieuw-Zeeland gaat een deel van de nascholing via het net. Er zijn nascholingspunten te verdienen met virtuele cursussen op <http://cmeclub.auckland.ac.nz>. Iedereen kan gratis registreren. Het is uitstekende nascholing onder andere over pijn bij terminale patiënten, sportgeneeskunde en ECG's. Het College aldaar geeft twee nascholingspunten per gevolgde cursus. Onduidelijk is het of die in Nederland ook tellen. Geaccrediteerde nascholing op het Nederlandse net lijkt met slechts twee kennistoetsen, die een tijd geleden op het net te vinden waren, niet echt van de grond te komen. Toch maar eens kijken hoe het dus ook kan. En de punten gewoon opsturen bij de herregistratie.

In deze H&W starten we in ieder geval met een maandelijks kennistoets. (JZ)

## Helpt cannabis bij pijn en misselijkheid?

Veel huisartsen zullen patiënten kennen, die tegen de pijn of misselijkheid af en toe een 'blowtje' gebruiken. Medicinale cannabis kon zelfs tot voor kort worden afgeleverd door Nederlandse apotheken. Twee recente reviews dragen enig feitenmateriaal aan: het pijnstillend effect van cannabis blijkt bij orale of intramusculaire toediening vergelijkbaar met codeïne in een dosering van 50-120 mg.<sup>1,2</sup> Nadeel van de besproken onderzoeken is dat slechts eenmalige toediening werd geëvalueerd. Vergelijking van het effect van cannabis met conventionele anti-emetische behandeling (met name prochlorperazine, metoclopramide) bij chemotherapiepatiënten liet zien dat cannabis redelijk effectief is in het controleren van misselijkheid en braken (NNT=6, respectievelijk 8). Opvallend genoeg trad het effect alleen op bij matige emetogene chemotherapie.

Bijwerkingen beperken het gebruik: duizeligheid, sufheid, euforie en hallucinaties bleek voor een op de elf patiënten reden om te stoppen met het gebruik. Alle studies werden verricht met de actieve bestanddelen van marihuana: dronabinol en nabilon. Kwalitatief goed onderzoek met marihuana werd niet gevonden.

Sinds de ontdekking van een cannabisreceptor in het centrale en perifere zenuwstelsel heeft de (wetenschappelijke) discussie een nieuwe dimensie gekregen. Op dit moment is cannabis geen goede vervanger voor moderne pijnstilling, de plaats bij chemotherapie is onduidelijk. (HvW)

1. *Campbell FA, Tramer MR, Caroll D et al. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. BMJ 2001;323:13-16.*  
 2. *Tramer MR, Caroll D, Campbell FA et al. Cannabinoids for the control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. BMJ 2001;323:16-21.*