

kinderen zonder gedragsproblemen. Toch zullen de meeste van die kinderen als jongvolwassene geen psychische problemen hebben. Omgekeerd ontstaan veel psychische problemen bij volwassenen die als kind geen gedragsproblemen hebben vertoond. Vanuit een oogpunt van preventie zullen huisartsen hier niet zo veel mee kunnen. Kinderen die mogelijk wel aandacht van de huisarts behoeven, zijn die kinderen die bij *herhaling* gedragsproblemen vertonen. Niet minder dan 70 procent van deze gestoorde kinderen vertoont op jongvolwassen leeftijd een DSM-IV-stoornis; deze kleine groep krijgt bijna de helft van alle DSM-IV-stoornissen op de jongvolwassen leeftijd toebedeeld. Het onderzoek geeft door zijn observationele karakter uiteraard geen uitsluitsel over de mogelijkheid om door middel van gerichte interventies dit noodlot te keren.

Berend Terluin

Stemmingsstoornissen

De Kemp E.C.M.: Mood and anxiety disorders, comorbidity and implications for treatment with antidepressants [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 2001; 123 pagina's. ISBN 90-76754-11-x.

Uit de literatuur blijkt dat patiënten met een ernstige depressie beter reageren op behandeling met een tricyclisch antidepressivum (TCA) dan met een selectieve serotonine heropname remmer (SSRI). Voor patiënten met een lichte vorm van depressie of met een angst- of paniekstoornis zijn geen verschillen in behandelrespons gevonden. Een van de mogelijke verklaringen daarvoor is het bestaan van co-morbiditeit; stemmings- en angststoornissen komen vaak gelijktijdig voor en in klinische onderzoeken worden in het algemeen patiënten met beide aandoeningen geïncordeerd. In dit proefschrift wordt onder andere de rol van de (chronologisch) primaire diagnose onderzocht wat betreft de respons op farmacologische behandeling.

Bij 92 nieuwe patiënten van een RIAGG met een stemmings- of angststoornis werd de start-diagnose bepaald en vervolgens werden de patiënten enkelblind gerandomiseerd voor behandeling met imipramine (TCA) of fluvoxamine (SSRI). Na zes weken kon geen responsverschil worden gevonden in de groep als geheel. Patiënten met 'depressie' als start-diagnose reageerden na twee weken beter op imipramine; na zes weken was dit verschil echter niet meer aantoonbaar. Voor angst- en paniekstoornissen bestonden aanwijzingen

voor een betere respons op fluvoxamine; dat was echter alleen het geval bij één van de twee gebruikte meetschalen.

Dit proefschrift roept vele vragen op. In de eerste plaats bleek een geringe overeenstemming te bestaan tussen de twee gebruikte diagnostische instrumenten; de Munich diagnostic checklists en de Composite International Diagnostic Interview. In veel onderzoek wordt zodoende mogelijk een weinig precieze diagnose gesteld. Verwaarlozing van co-morbiditeit lijkt beoordeling van gegevens van effectiviteitsonderzoek te bemoeilijken.

Helaas waren de patiëntengroepen te klein om definitieve uitspraken te kunnen doen op basis van dit proefschrift alleen. Dit onderzoek levert echter veel materiaal, waarmee klinisch onderzoekers verder kunnen en verdient herhaling bij een grotere groep patiënten.

Henk van Weert

Bestaat de ziekte van Alzheimer?

Alois Alzheimer et al. De ziekte van Alzheimer in zeven documenten; een celpathologisch en klinisch onderzoek (vertaling uit het Duits, Frans en Engels door J. Hollander). Met een inleiding van Frans Gilson en met een visie op de toekomst van Piet Eikelenboom en Philip Scheltens. Amsterdam: Candide/Wrede Veldt, 2000; 251 pagina's, NLG 55,-. ISBN 90-75483-21-x.

Hoofdmoot van dit boek wordt gevormd door zeven in het Nederlands vertaalde publicaties over de ziekte van Alzheimer uit het begin van de twintigste eeuw.

'De ziekte van Alzheimer had eigenlijk nooit hebben mogen bestaan', zo luidt de eerste zin van het boek. Alzheimer beschrijft in 1907 slechts één dementerende 51-jarige patiënte die hij nauwelijks kende, in een artikel van amper drie pagina's in een tijdschrift dat zijn beste jaren had gehad. De befaamde Kraepelin introduceert deze 'nieuwe' vorm van preseniele demantie onder de naam 'ziekte van Alzheimer'; Alzheimer zelf noemt het een vroege variant van de bekende ouderdomsdementie en beschouwt het niet als een aparte aandoening. Die discussie is van belang, want als Kraepelin gelijk heeft en de preseniele demantie niet hetzelfde is als ouderdomsdementie, dan zijn inzichten over een mogelijk succesvolle therapie bij het ene type demantie niet zonder meer van toepassing op het andere type.

Er is overigens nog een andere fundamentele discussie, zo schrijft Eikelenboom in een van de begeleidende hoofdstukken: wordt het leven begrensd door een onafwendbaar verouderingsproces of wordt het afgebroken door ziekten die te behandelen en te voorkomen zijn? Als deze fundamentele vragen net als in het eerste decennium van de vorige eeuw nog steeds niet beantwoord zijn, wanneer is 'fundamenteel onderzoek' dan als succesvol te beschouwen?

We gooien bijna alle demantie op één hoop en spreken over 'de ziekte van Alzheimer'; de leidende figuren binnen de Amerikaanse National Institute on Aging kozen namelijk voor één ziekteconcept omdat het met een enkel begrip makkelijker fondsen werven is. En dat lijkt inderdaad aardig gelukt. De ziekte van Alzheimer is geen 'ziekte' in de klassieke zin: de symptomatologie is slecht omschreven, het beloop is onzeker en de pathologisch-anatomische etiologie staat veel minder vast dan de medische wetenschap voor andere ziekten eist. Maar er is een krachtenspel dat de fictie van de 'ziekte' van Alzheimer overeind houdt. De vraag is of de krachten die het concept van de ziekte van Alzheimer steunen, in

NOTA BENE

Om de integriteit van het peer-review systeem te waarborgen kan de anonimiteit van alle betrokkenen beter worden opgeheven.

Stelling bij: Doze P. Beta-adrenergic receptor imaging with positron emission tomography [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.

Het geaccepteerd worden van een manuscript voor publikatie is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van het manuscript, maar ook van die van de reviewers.

Stelling bij: Poelarends GJ. Genetic adaptation of bacteria to halogenated aliphatic compounds: the recruitment and distribution of dehalogenase genes [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.

Om de integriteit van het peer-review systeem te waarborgen kan de anonimiteit van alle betrokkenen beter worden opgeheven.

Stelling bij: Doze P. Beta-adrenergic receptor imaging with positron emission tomography [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.

staat zijn de desillusie over de resultaten van, en een scherpere theorie over de medische wetenschap, alsmede de toenemende ergernis over ontoereikende voorzieningen te weerstaan.¹

Voor de zorg heeft het fundamentele onderzoek niets te betekenen. 'Muizen kunnen met een vaccin tegen de ziekte van Alzheimer worden beschermd, maar mensen met Alzheimer hebben het meest aan getrainde verzorgers', schreef Wim Köhler in het NRC van 30 december 2000.

Natuurlijk is het leuk dat oude teksten over demantie in het Nederlands beschikbaar komen. Daarmee had een bijdrage kunnen worden geleverd aan de verheldering van de relatie tussen fundamenteel onderzoek, fondsenwerving en de zorg voor demente mensen, want daarover staat tussen de regels van het boek door, en met name in de inleiding van Gilson het nodige te lezen. Klaarblijkelijk zijn scherpzinnige mensen, door prestige en financiering verblind, niet in staat daarover anders dan in verhullende termen te spreken.

Ger van der Werf

1 Berrios GE, Porter R, Kitwood T. Dementia. In: Berrios GE, Porter R, editors. A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders. London: Athlone, 1995.

Management voor medici

De Bruijn JHB, Van Beek CC, Weggeman MCDP. Basics management voor medici. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000; 193 pagina's, NLG 56,65. ISBN 90-313-2779-4.

De Vries PG, Beijers RJW. Management van het patiëntenproces. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999; 164 pagina's, NLG 56,65. ISBN 90-313-2780-8.

Deze boeken zijn de eerste delen uit een nieuwe serie over management voor artsen. Zeker nu het gezondheidsbedrijf steeds ingewikkelder wordt, lijkt het de auteurs een goede zaak om artsen handreikingen te bieden hoe ze moeten omgaan met organisatorische problemen die 'te ingewikkeld zijn om in de wandelgang op te lossen'. De boekjes zijn bedoeld als naslagwerken. Volgens planning beslaat de gehele serie zestien delen.

In het eerste deel – Basics management – wordt ingegaan op de ontwikkelingen die zich nu in de gezondheidszorg voltrekken. Mondiaal is de kennis over gezondheidsproblemen sterk toegenomen. Dit leidde tot steeds verdergaande subspecialisatie; het totale veld is niet voor één persoon meer te over-

zien. Coördinatie en samenwerking zijn de sleutelwoorden om dit op te lossen. Daarnaast is de medische kennis veel beter toegankelijk geworden, niet alleen voor artsen, maar ook voor patiënten. Dit brengt mee dat patiënten meer en meer gericht om maatwerk vragen. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot 'kanteling' van de organisaties op het terrein van de gezondheidszorg die tot een aantal jaren geleden nog hiërarchisch waren opgebouwd. Ze worden geleidelijk aan patiëntgericht. Dat stelt nogal wat eisen, want structuren moeten veranderen terwijl het werk gewoon door moet gaan.

De geschiste veranderingen beperken zich niet tot ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Ook de structuur van de huisartsenzorg is veranderd. Huisartsen werken voor de reguliere zorg steeds meer samen in hagro's en in HOED-constructies; voor de diensten worden nog grotere structuren opgezet. De inhoud van het huisartsenvak is veranderd en verandert steeds verder door de grotere rol van richtlijnen vanuit de beroepsgroep en door de toegenomen betekenis van de informatie- en communicatietechnologie (ICT).

De auteurs schetsen uitgebreid enkele basisbegrippen uit het management: omschrijf de missie, de visie, het doel en de strategie van uw 'bedrijf'. Verder worden de volgende delen van deze serie boeken ingeleid. Dat zijn onder meer kennismanagement, organisatiekunde, verandarkunde, communicatie, kwaliteitszorg en financieel management.

Hoewel de beschreven ontwikkelingen ook vertaald (kunnen) worden naar de huisartsgeneeskunde, lezen we vooral over situaties die zich in meer complexe structuren zoals ziekenhuizen voordoen. Op termijn zullen echter ook de managers in de huisartsgeneeskunde met dit soort problemen worden geconfronteerd.

Voor geïnteresseerde huisartsen is het goed om kennis te nemen van de veranderende ontwikkelingen in de gezondheidszorg, ook al kan (nog) niet alle kennis uit dit boek direct naar de praktijk worden vertaald.

Het tweede boekje – Management van het patiëntenproces – is minder algemeen dan het eerste deel; het gaat nu vooral om organisatiestructuren in het ziekenhuis. Daar moeten niet langer de functiegerichte structuren maar de zorgprocessen centraal gesteld worden, omdat dat tot kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg zou leiden. Doelen zijn de klantgerichtheid en de doeltreffendheid te verbeteren en de doelmatigheid te vergroten.

De 'zorgketen', een intensieve transmurale samenwerking voor specifieke patiëntencategorieën, blijkt vooral een regionaal proces. De huisarts maakt als generalist vaak deel uit van zo'n zorgketen. Per regio worden de taken van de verschillende zorgaanbieders afgesproken. Voor de medische specialisten wordt besproken welke gevolgen dit heeft voor hun organisatie, hun manier van beroepsuitoefening en hun scholing. Voor huisartsen heeft dit uiteraard de nodige gevolgen, al wordt daar in het boek niet op ingegaan.

Veel aandacht krijgt het Business Proces Redesign. Dit is het herontwerpen van werk- en zorgprocessen, gericht op drastische prestatieverbetering. Hoe dit in zijn werk gaat, wordt in het laatste deel van het boek uitgelegd aan de hand van enkele van de volgende zorgprocessen: knieklachten, rug/nek, hartrevalidatie, diabetische voet, moeheid, mammacarcinoom, posttraumatische reflexdystrofie en obstructief perifeer vaatlijden. Deze zorgprocessen zijn uitgewerkt in de kliniek; de huisartsen waren hier niet in betrokken.

Zoals hierboven al gezegd, is het boek vooral gericht op degenen die in het ziekenhuis werken. Het laat goed zien welke veranderingen er plaatsvinden en wat de achtergronden daarvan zijn. Het opzetten van zorgketens raakt ook de huisartsgeneeskunde. Voor de huisartsen die participeren in overlegstructuren met ziekenhuizen kan het boek helpen om mogelijke misverstanden te voorkomen. Voor het merendeel van de praktiserende huisartsen heeft dit boek echter weinig toegevoegde waarde.

Fred Dijkers

Palliatieve zorg vandaag en morgen

Francke AL, Willems DL. Feiten, opvattingen en scenario's. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000; 169 pagina's, NLG 25,-. ISBN 90-352-234-70.

Als gevolg van de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in de maatschappij, zoals de behoefte aan kwaliteitsverbetering en gevolgen van de vergrijzing, is de aandacht voor palliatieve zorg in Nederland sterk toegenomen. In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland onderzochten de auteurs verschillende scenario's voor palliatieve zorg voor terminale patiënten en hun familie tot aan het jaar 2015. In dit goed leesbare rapport zetten zij daarbij de demografische tendensen en wensen van gebruikers af tegen het nu bestaande aanbod aan palliatieve zorg en de te