

Huisarts en Wetenschap

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 maal per jaar.

Redactiecommissie

Dr. J.O.M. Zaat, voorzitter
Dr. M.Y. Berger
Dr. H.E. van der Horst
Dr. P.L.B.J. Lucassen
Dr. B. Terluin
Dr. H.C.P.M. van Weert
Dr. G.Th. van der Werf

Redactiesecretariaat

Drs. F. Gerritsma
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668
E-mail redactie@nhg-nl.org
Eindredactie: drs. C.H.M. Kramer
E-mail: c.kramer@nhg-nl.org

Basisvormgeving

Helfrich & Slotemaker, ontwerpers BNO, Deventer

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) 6383763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij,
www.bsl.nl

Abonnementenadministratie Klantenservice

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
Voor informatie en bestellingen raadpleeg www.bsl.nl

Belgische abonnees: Kluwer Editorial
Santvoortbeeklaan 21-25, 2100 Deurne
T 0800/30.143, F 0800/17.529
E-mail: customer@kluwer.be

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt één maal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Een studentenabonnement loopt gelijk met het studiejaar, van 1 september t/m 31 augustus, en wordt stilzwijgend met telkens 1 jaar verlengd tot wederopzegging. Een studie abonnement heeft een maximale looptijd van 2 jaar en wordt dan automatisch omgezet in een regulier abonnement.

Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswijziging met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum.

Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
particulieren: € 97,60; geldt ook voor Ned. Antillen en Suriname
overig buitenland: € 145,20
studenten: € 54,45
België: € 97,60
losse nummers: € 12,50
Prijswijzigingen voorbehouden.

Van toepassing zijn de Algemene Voorwaarden van Wolters Kluwer Nederland BV en Groepsmaatschappijen, gedeponeerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Amsterdam op 4 januari 2000 onder depotnummer 5/2000.

**Nederlands
uitgeversverbond**
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

ISSN 0018-7070

Artsen en patiënten eens over chronische vermoeidheid

Volgens veel artsen zit chronische vermoeidheid 'tussen de oren'. CVS-patiënten daarentegen, zijn ervan overtuigd dat hun chronische en invaliderende aandoening een lichamelijke oorzaak heeft. Vandaar dat zij liever over 'myalgische encefalomyelitis' (ME) praten. ME-patiënten hebben een grote behoefte aan begrip en erkenning. Zo bezien lijkt het een onmogelijke zaak om patiënten en artsen op één lijn te krijgen. Een werkgroep van artsen, patiënten en wetenschappers heeft zich op verzoek van de Britse regering gebogen over chronische vermoeidheid. Het rapport is een mooi voorbeeld van hoe artsen en patiënten over onbegrepen lichamelijke klachten toch met elkaar in gesprek kunnen komen: door te geven en te nemen. (www.doh.gov.uk/cmopublications.htm) Het begint al met de naamgeving; in het rapport wordt consequent van 'CVS/ME' gesproken. Erkenning voor CVS/ME als een *genuine illness* komt ruimschoots aan bod. Het is niet dat de artsen nu ineens accepteren dat CVS/ME een ziekte met een lichamelijke oorzaak is, maar men is het erover eens dat de klachten, het lijden en de belemmering van het functio-

neren *real* zijn. Aan de *Evidence from Patients* wordt een apart hoofdstuk besteed. De verschillende opvattingen en theorieën worden netjes naast elkaar gezet zonder de tegenstellingen op de spits te drijven. Veel artsen zien bepaalde *illness beliefs* – met name de overtuiging dat inspanning schadelijk kan zijn – als een cruciaal element van het CVS. In het rapport wordt gesteld dat zulke *illness beliefs* in sommige gevallen een rol zouden kunnen spelen bij het chronisch worden of verergeren van de aandoening. Ook wat betreft de behandeladviezen ontmoet men elkaar in het midden. Behalve de twee bewezen effectieve behandelingen, cognitieve gedragstherapie en *graded exercise*, wordt de bij patiënten populaire – maar niet evidence-based – *pacing* als optie geboden. Hierbij leert de patiënt zijn activiteiten af te stemmen op zijn wisselende energieniveau. Een arts kan iemand met chronische moeheid alleen maar helpen als ze het er samen over eens zijn wat het probleem is. Evidence-based medicine moet dan een stapje terug doen ten gunste van de inbreng van de patiënt. (BT)

RCT's en sponsoring

Sponsoring door industrie levert vaker een positieve onderzoeksuitkomst op. Yaphe et al. onderzochten of er een verband is tussen de uitkomsten van een RCT en sponsoring door de industrie. Ze zochten naar alle RCT's over medicijnen of voeding in twee jaargangen van de *Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *JAMA*, *Lancet* en *New England Journal of Medicine*. Men vond 314 publicaties. Elke publicatie werd door twee reviewers beoordeeld op resultaat (positief, negatief of onzeker) en bron van ondersteuning (wel/niet industrie). De farmaceutische industrie sponsorde 68%

van de RCT's. Negatieve uitkomsten – dus geen verschil in effectiviteit – werd gevonden bij 13% van de door de industrie gesponsorde trials en bij 34% van de niet door de industrie gesponsorde trials. Dit verband was statistisch significant. Ook in

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Marco Blanker, Henriëtte van der Horst, Peter Lucassen, Frans Meulenberg, Berend Terluin, Henk van Weert, Ger van der Werf en Joost Zaat.

ander onderzoek werd een dergelijk verband aangetoond.

Voor dit verschijnsel zijn veel verklaringen denkbaar. Om er enkele te noemen: in onderzoek door de industrie wordt vaker een placebo gekozen als controlebehandeling omdat de Food and Drug Administration dit vraagt. Ook sponsort de industrie liever nieuwe medicatie die zich in een meer geavanceerd stadium van

ontwikkeling bevindt. Publicatiebias zou ook een rol kunnen spelen. Zo worden gesponsorde trials die tijdens de uitvoering een negatief resultaat lijken te krijgen soms al tijdens de uitvoering gestopt. Bij onderzoekers blijkt bovendien terughoudendheid te bestaan om een publicatie met een negatief resultaat aan een tijdschrift aan te bieden uit angst voor verlies van ondersteuning in de toekomst.

Registratie van alle trials en beschikbaarheid van de resultaten daarvan voor publicatie zal meer inzicht geven in de achtergronden. (PL)

Yaphe J, Edman R, Knishkowsky B, Herman J. *The association between funding by commercial interests and study outcome in randomised controlled drug trials.* *Fam Pract* 2001;18:565-8.

Arbeidsongeschiktheid

Er is weer volop verkiezingsretoriek in de aanloop naar de verkiezingen op 15 mei. De WAO is daarbij een relevant onderwerp. Eind januari hield Groothoff in Groningen zijn oratie als hoogleraar arbeid en gezondheid. De cijfers zijn onthutsend: elk jaar stromen er 100.000 mensen de WAO in, meestal met gedeeltelijke uitkering. De 75.000 die jaarlijks uitstromen worden niet aan het werk geholpen; het merendeel verdwijnt in de AOW, slechts 25% herstelt en 10% verlaat via een herbeoordeling de WAO. Arbeidsongeschiktheid is slecht voor de gezondheid: arbeidsongeschikten zijn en voelen zich ongezonder. Er is 'een gebrek aan zingeving... Het volwaardig burgerschap wordt door arbeidsongeschiktheid fundamenteel aangetast'. Ziekte is weliswaar een voorwaarde voor een WAO-uitkering, maar nergens is duidelijk wat ziekte is. De politiek overschat de mogelijkheden tot objectiveerbaarheid van arbeidsongeschiktheid. De betekenisverlening aan ziekte en werk is cultureel en maatschappelijk bepaald. Het probleem los je, volgens Groothoff, niet op met strengere keuringen. Mensen moeten leren dat werk niet altijd leuk is, dat je soms gefrustreerd raakt, maar dat dat nog geen ziekte is. De politiek moet leren dat de WAO niet alleen een economisch, maar ook een gezondheidsprobleem is. Dokters op hun beurt moeten leren dat ze een taak hebben bij het aan het werk houden van mensen: 'Mij is volslagen duister hoe belastbaarheid verbetert met thuiszitten, met gedwongen nietsdoen. Naast het weinig bewegen op eigen initiatief moeten we van artsen bij het minste of geringste ook nog

rusten, veel rusten.' Politici en dokters zouden deze oratie moeten lezen. Vorige maand hadden we in H&W twee min of meer strijdige artikelen over inspanning bij overspanning. Vooralsnog kies ik maar voor

het actief bevorderen van inspanning. (JZ)

Groothoff JW. *Vroege signalering en interventie bij arbeidsongeschiktheid noodzakelijk [oratie].* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2002.

Chelatietherapie onwerkzaam



De kwakzalver of het middel tegen alle kwalen (litho), van Mlle. Formentin (18e eeuw). Private collection/Bridgeman Art Library

Hoewel grote vooruitgang is geboekt bij de behandeling van cardiovasculaire ziekten wenden vele patiënten zich nog steeds tot het alternatieve circuit. Een van de belangrijkste alternatieve behandelingen is de chelatietherapie, die ook in een aantal klinieken in Nederland wordt toegepast. Deze is duur (gemiddeld € 3000) en de werkzaamheid was niet bewezen. De onwerkzaamheid van deze behandeling werd onlangs in een goed opgezet dubbel-

blind placebogecontroleerd onderzoek aangetoond voor patiënten met bewezen coronaire hartziekte. Patiënten met een stabiele angina pectoris en een oud infarct of angiografisch aangetoonde coronairafwijkingen werden gerandomiseerd in twee groepen (EDTA versus zoutoplossing) en gedurende een half jaar behandeld met in totaal 33 infusen. Eindpunt was verlenging van het optreden van ST-depressie gedurende een inspanningscardiografie. Aan het eind van het half jaar bleken de met fysiologisch zout behandelde patiënten iets minder verslechterd dan de met EDTA behandelde patiënten. Statistische significantie werd echter niet bereikt in dit onderzoek dat was opgezet om een verschil van één minuut inspanning aan te kunnen tonen. Chelatietherapie werkt dus niet en gelukkig werd er ook geen schade aangericht. Hoe vaak moeten patiënten nog worden blootgesteld aan allerlei vormen van onbewezen therapie alvorens deze kwakzalverij gewoon wordt verboden? (HvW)

Knudtson ML, Wyse DG, Galbraith PD. *Chelation therapy for Ischemic Heart Disease. A randomised controlled trial.* *JAMA* 2002;287:481-6.