

Nablijven

Toegegeven, er zijn aanwijzingen dat nascholing van eerstelijns hulpverleners helpt. Aanwijzingen, meer niet. Neem depressie. Uit een onderzoek in *The Lancet* bleek opnieuw dat nascholing niet leidde tot betere herkenning van depressie, noch tot een gunstiger beloop.¹ Zou je hierover nog de schouders ophalen (immers *who cares?*), zo langzamerhand krijgen echter ook andere beroepsgroepen oog voor deze tegenvallende resultaten. Zo kreeg het onderzoek in *The Lancet* een review in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.² Reviewer Ormel (hoogleraar sociale psychiatrie) toont een kritisch realistische geest: 'Ingesleten patronen van herkenning, diagnostiek en behandeling zijn immers zeer moeilijk blijvend te veranderen.' Hij noemt vervolgens drie voorwaarden waaraan nascholing moet voldoen: nascholing dient aantrekkelijk te zijn met veel inbreng van de huisarts zelf; de huisarts moet het nut ervan

inzien en de huisarts moet behalve de kennis ook de middelen krijgen om aan kwaliteitsverbetering te doen. Naar zijn inschatting is alleen aan het eerste criterium voldaan. Maar Ormel is ook kien genoeg om de kritische houding jegens de methode vervolgens om te buigen naar een strategisch statement: 'Het zou goed zijn om in gezondheidscentra eerstelijnspsychologen aan te stellen' en een pleidooi te houden voor 'centrale regie' bij GGZ-problemen, daarbij tactisch in het midden latend wie die regierol krijgt. Zo wordt er via de omweg van de nascholing met melktandjes geknaagd aan de rol van de huisarts bij psychische problemen. (FM)

1 Thompson C, et al. *Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project Randomised Controlled Trial*. *Lancet* 2000;355:185-91.

2 Ormel J. *Beproefd*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2002;7/8:737-40.

Ongezonder en arm

Lager opgeleide Nederlanders leven korter dan hoger opgeleiden. Bij mannen is het verschil bij de geboorte 4,9 jaar en vanaf 65-jarige leeftijd nog 3,7 jaar. Bij vrouwen is het verschil 2,6 en 2,1 jaar. Het RIVM publiceerde voor het eerst specifieke cijfers over sterftékansen per sociaal-economische laag voor mannen én vrouwen. Het gebruikte daarvoor een aantal langlopende bevolkingsonderzoeken zoals het ERGO- en LASA-onderzoek. De sociaal-economische status werd bepaald door de hoogste genoten opleiding en dat verklaart waarschijnlijk de geringe verschillen bij vrouwen: er zijn nu eenmaal maar weinig vrouwen ouder dan 70 jaar met een hoge opleiding. Levensverwachting kan opgedeeld worden in gezonde en ongezonde levensjaren. Lang leven is mooi, maar als je steeds ziek bent, heb je er niets aan. De gezonde levensverwachting is bij de hoogst opgeleiden 78 jaar en bij wie alleen lagere school hebben gehad 73 jaar. Lager opgeleiden brengen een groter deel van hun

leven (12,7%) in ongezondheid door ten opzichte van de hoogopgeleiden (5,5%). Vanaf 65 jaar is het verschil zelfs nog groter: 28% van de resterende levensduur van een laagopgeleide kent beperkingen tegenover 15% bij de hoogopgeleiden. Ook voor de andere maten: levensverwachting in goede ervaren gezondheid, levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en ziekte-vrije levensverwachting, zijn er dezelfde trends. Hoger opgeleiden leven dus niet alleen langer, ze zijn aanzienlijk korter beperkt door ziekte en gebrek.

Gezondheidszorgbeleid dat zich alleen richt op wachtlijsten zal dus weinig succesvol zijn. Investeren in onderwijs en het verkleinen van sociaal-economische verschillen zijn op termijn aanzienlijk effectiever. De regering bezuinigt echter op onderwijs en vergroot de inkomens kloof. Dat blijft voor Bomhoff (en zijn opvolgers) dus dweilen met de kraan open. (JZ)

Van Herten LM, et al. *Gezonde levensverwachting naar sociaal economische status*. Leiden: TNO Preventie en gezondheid, 2002. Te vinden op www.tno.nl

Hielpijn

Dokters bieden allerlei behandelingen voor hielpijn. De meeste zijn niet goed onderzocht, en nu blijkt schoktherapie voor een pijnlijke hiel ook al niet te helpen. Amerikaanse onderzoekers vonden geen effect van *extracorporeal shockwave therapy* (ESWT) bij fasciitis plantaris. In Nederland wordt deze behandeling nog maar weinig toegepast.

Buchbinder et al. onderzochten het effect van ESWT voor fasciitis plantaris in een RCT met 160 mensen met hielpijn én echografische afwijkingen bij de aanhechting van de fascia plantaris op de mediale calcaneus. Drie weken lang werden de patiënten eenmaal per week lokaal behandeld; de interventiegroep met 240 en de controlegroep met 60 schokken per minuut. Na 6 en 12 weken werd gekeken naar pijn, lichamelijke functioneren en kwaliteit van leven. In tegenstelling tot eerdere kleinere onderzoeken toonden de auteurs aan dat er geen enkel verschil was tussen de interventie- en de placebogroep.

Er zijn natuurlijk verklaringen voor hun negatieve bevindingen zoals placebo-effect, selectiebias, therapeutisch effect van de placebobehandeling en te weinig gevoelige uitkomstmaten. Het gunstige 'natuurlijke beloop' van de aandoening zal daarbij zeker een rol spelen. Fasciitis plantaris herstelt meestal spontaan binnen 9-12 maanden. Overbelasting, obesitas en langdurig staan of lopen kunnen de klachten veroorzaken.

Hielpijn kun je niet alleen op de vierkantecentimeter behandelen. (KG)

Buchbinder R, et al. *Ultrasound-guided extracorporeal shock wave therapy for fasciitis plantaris*. *JAMA* 2002;288:1364-72.

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, Kees Gorter, Henriëtte van der Horst, Peter Lucassen, Frans Meulenberg en Joost Zaat.