

mentatie van dit soort projecten, is het beter eerst dit boek te pakken en vervolgens een grote bijbel over hetzelfde onderwerp.

Laatste nieuws: bij het boek is een onderwijsmodule ontwikkeld door de Hogeschool Rotterdam. De cd-rom is te bestellen bij de kenniskring Transitie in Zorg (www.transitiesinzorg.nl).

Theo Voorn

Van slag

Mark van den Boogaard. *Ritme- en geleidingsstoornissen in de praktijk, derde herziene druk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004. 187 pagina's, € 27,50. ISBN 90-352-2737-9.

Dit is een mooi uitgegeven handzaam boek, dat in de eerste plaats bedoeld is voor de opleiding tot coronary- en intensiecareverpleegkundige. Het boek bestaat uit een inleidend hoofdstuk en 11 specifieke hoofdstukken, ingedeeld naar elektrofysiologische oorsprong van de ritme- of geleidingsstoornis. Er staan fraaie ritmestroken in en ook 75 'oefenstroken', met antwoordsleutel.

Ik denk dat je als huisarts behoorlijk in ritmestoornissen geïnteresseerd moet zijn en erg ervaren moet zijn in ECG-beoordelingen, wil dit boek een zinvolle aanwinst voor je praktijkboekenkast zijn. Startpunt is het ECG en niet het klinisch beeld. Iedere stoornis lijkt even belangrijk; de auteurs maken geen onderverdeling naar frequentie van voorkomen of ernst van de stoornis. De elektrofysiologische gebeurtenissen bespreken ze zeer

gedetailleerd. De paragrafen over therapie zijn gericht op de tweede lijn, in casu de intensive care of ambulance. Zelfs in het hoofdstuk over atriumfibrilleren vind je als huisarts weinig van je gading. De behandeladviezen in de NHG-Standaard Atriumfibrilleren zijn een stuk genuanceerder, met name op het gebied van antistolling. Toch vond ik de paragrafen over behandeling wel interessant omdat je een indruk krijgt van wat er in de cardiologie (blijkbaar) gangbaar is. Referenties per hoofdstuk – met name voor de behandeladviezen van belang – ontbreken, maar het boek bevat een korte literatuurlijst met naslagwerken en een link naar een site met actuele wetenschappelijke gegevens over behandeling.

Samenvattend: een mooi boek, met veel enthousiasme geschreven, maar voor een andere doelgroep.

Jelle Stoffers

Wat te doen bij...?

André Weel, Marja Kelder en Noks Nauta. *Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Trends in bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005. 242 pagina's, € 24,50. ISBN 90-313-4450-8.

De drie ervaren auteurs laten zien tot welke praktijkdilemma's het toenemend aantal richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige leidt. 'Pijnloze' oplossingen zijn niet altijd voorhanden. Dit is een casuïstiekboek, met een bonte stoet van patiënten en dokters in de hoofdstukken 3 tot en met 32. De hoofd-

stukken 1 en 2 houden de stoet in toom. In hoofdstuk 1 leggen de auteurs uit dat ethisch handelen *niet per se* zo iets is als: 'principeel zijn', 'kiezen voor de zwakkere', 'vragen om meer middelen voor de zorg' of 'beslissingen achteraf rechtvaardigen'. In hoofdstuk 2 lichten de auteurs de ethiek van de arts bij arbeid en gezondheid verder toe.

De overige 30 hoofdstukken – zoals *Agressie van cliënten: negeren of reageren?* – openen steeds met een casus, gevolgd door het dilemma: melden ja of nee. Onder het kopje *Achtergronden* vermelden de auteurs dan wetgeving en onderzoeksgegevens over agressie. Bij *Opties* gaat het vervolgens om de keus: geen actie, aangeven bij politie, respectievelijk het informeren van de werkgever. De auteurs werken de opties verder uit onder *Morele waarden*, *Afweging* en *Conclusies*. Deze structuur houden ze vol in alle hoofdstukken, zoals in het hoofdstuk over verlof wegens een zieke partner.

Terwijl de structuur van de hoofdstukken goed is, had de opbouw van het boek evenwichtiger gekund. De inleidende hoofdstukken 1 en 2 hadden een aparte plaats kunnen hebben. Het boek gaat diep in op alle dertig onderwerpen, en leest daardoor niet prettig bij de open haard. Toch is het boek het lezen waard voor huisartsen, want het is vooral een moedig boek over hoe het is om in deze tijd als arts te werken. Dat is gelijk de charme van dit boek, de eigentijdse casuïstiek maakt het geschikt voor de huisartsenopleiding en voor nascholing.

Ben Ponsioen

Proefschriften

Toch predestinatie

Van der Tuin L. *Difficult birth, difficult life?* [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2004. ISBN 90-367-2151-2.

Alleen al de duur van dit project dwingt bewondering af. Van der Tuin zal vele voor-

gangsters hebben gehad. De onderzoekster zelf was net 2 jaar oud toen de dataverzameling van dit project begon. Het moet dan ook een enorme berg met data zijn: een onderzoek met 3162 kinderen geboren tussen 1975-1978 met een vervolg op 5,5 en 11 jaar. Van der Tuin onderscheidde 4 subgroepen: – 133 kinderen met zekere neurologi-

- sche neonatale problemen;
- een *random sample* (n=300) van na de bevalling normale kinderen of kinderen met milde neurologische problemen (n=293);
- alle premature of dysmature kinderen geboren tussen 1 januari 1977 en 30 juni 1978;

- en tot slot, alle kinderen die deelnamen aan een onderzoek waarbij ze intra-uterien waren blootgesteld aan ritodrine.

Maar daar bleef het niet bij: men heeft ook van 2900 kinderen op 20-25 jarige leeftijd gegevens verzameld; 60% (1826) reageerde op de postenquête.

Van 682 kinderen zijn op alle meetmomenten de gegevens bekend, 258 werden aan een psychiatrisch interview onderworpen gestratificeerd naar *Obstetric optimally scores* (OOS) (in de heel slechte en heel goede groep waren de aantallen klein).

De vraag van het hele onderzoek was of perinatale problemen iets voorspellen over gedrag en neurologische problemen op latere leeftijd. Als onafhankelijke variabelen gebruikte Van der Tuin: OOS, roken van de moeder, borst versus fles, geboortegewicht, Apgar-score, leeftijd moeder, burgerlijke status moeder en de sociaal-economische status van de ouders. Ze besteedt veel aandacht aan de beschrijving van de afhankelijke variabelen. Bij de kinderen op de *schoolleefijd* deden de onderzoekers neurologisch onderzoek naar *minor neurological dysfunction* (reflexen, fijne motoriek, dyskinesie, hypertonie, et cetera) en gaven ze vragenlijsten aan ouders en leerkrachten.

Op 20-25 jaar kregen de deelnemers een vragenlijst per post met de GHQ12 en SCL-90, vragen over alcohol, roken en verslaving. In de subgroep, waar alle gegevens bekend waren, namen de onderzoekers het standaard psychiatrisch onderzoek, de CIDI, af. In de verdere hoofdstukken brengt de promovenda dat allemaal met elkaar in verband. Kindertjes van moeders die roken doen het slechter op spelling- en rekentests, en ze hebben meer gedragsproblemen (externaliserend gedrag en aandachtsproblemen) dan kinderen van moeders die niet roken (gecorrigeerd voor rokende vaders en SES). Internaliserend gedrag (teruggetrokken zijn, angst) heeft met roken niks te maken, maar wel met SES en psychiatrische problemen van moeder tijdens de zwangerschap.

De relaties blijken ingewikkelder want in

een later hoofdstuk blijkt dat borstvoeding compenseert voor roken: er is alleen een verband tussen slechte schoolprestaties bij kinderen van rokende moeders die geen borstvoeding gaven. De leerproblemen bleken niet gerelateerd aan de MND-symptomen. Die – focale – neurologische problemen zijn wel gerelateerd aan de gedrags- en emotionele problemen. Van der Tuin speculeert dat angst en verlegenheid minder gevoelig zijn voor perinatale problemen omdat de frontale kwab – waar dat gedrag gestuurd zou worden – pas later rijpt.

In hoofdstuk 6 onderzoekt ze de relatie tussen OOS en middelengebruik op latere leeftijd. Bij mannen is die relatie er wel. Bij hen is er ook een verband met emotionele problemen, maar die groep had ook op kinderleeftijd al gedragsproblemen (externaliserend gedrag). In de laatste hoofdstukken kijkt ze naar het optreden van multimorbiditeit en OOS. Bij meer optimale geboortes is er een iets lagere kans op multimorbiditeit.

Je start maakt dus wel iets uit voor je latere welbevinden, maar het is ook weer niet zo dat het alles verklaart. Lang niet alle perinatale problemen zijn vermijdbaar, maar elk kind heeft bij de start recht op een optimale zorg. Het belang daarvan blijkt indirect uit dit proefschrift.

Joost Zaat

Kwakdenken

Renckens C. *Dwaalwegen in de geneeskunde: over alternatieve geneeswijzen, modeziekten en kwakzalverij* [Proefschrift]. Amsterdam: Bert Bakker, 2004. ISBN 90-351-2655-6.

Rhazes (860-932) was een beroemd Arabisch geneesheer: historici dichten hem de eer toe dat hij als eerste de waterpokken en mazelen heeft beschreven. Hij schreef 200 boeken, onder andere *Waarom mensen de voorkeur geven aan slechte dokters*. Je moet lef hebben om Rhazes een kwakzalver te noemen: Renckens, voormalig voorzitter van de Vereniging tegen de Kwakzalverij heeft dat lef. Een bladzijde eerder concludeert hij echter,

in het voetspoor van de medisch historicus Roy Porter, dat het onderscheid tussen medici en kwakzalvers pas te maken valt als de echte professionalisering in de geneeskunde – halverwege de negentiende eeuw – begint. Dat is niet alleen lef, maar vooral inconsistentie.

Renckens beschrijft modeziekten, van de *grande hysterie* aan het einde van de negentiende eeuw tot RSI, ME, bekkeninstabiliteit en postnatale depressie. Al die ziekten kenmerken zich volgens hem doordat er een organisch substraat ontbreekt: het zijn geen echte ziekten. Renckens vindt het weggegooid geld om die ziektes te onderzoeken.

De Nijmeegse hoogleraar Van der Meer was zeer geliefd bij ME-patiënten totdat hij vaststelde dat er geen lichamelijke afwijkingen gevonden konden worden en hij cognitieve gedragstherapie propageerde: de liefde van de ME-patiëntenvereniging bekoelde. De Wageningse gynaecoloog Loendersloot behandelde postnatale depressie met het gestagene hormoon dydrogesteron. Na enkele jaren van onderzoek doen, publiceerde hij dat die behandeling niet werkte. 'Veel ruchtbaarheid is er aan die studie niet gegeven', schrijft Renckens en hij vermeldt ook niet waar dat onderzoek te lezen is. Jan Mens was in het begin van de jaren negentig de sympathiserende arts-deskundige van patiënten die leden aan bekkeninstabiliteit. In zijn proefschrift, dat hij in 2000 verdedigde, komt het begrip bekkeninstabiliteit nauwelijks meer ter sprake.

Renckens beoordeelt het werk van mensen, en veel minder de resultaten van onderzoek. Boven vreugde en tevredenheid over de uitkomst van wetenschappelijke arbeid prevaleert bij hem de depreciatie voor het werk van onderzoekers; en de angst voor ongeruste patiënten die onverantwoorde keuzen maken, viert hoogtij. Voor Renckens is het de vraag hoe, na postnatale depressie en bekkeninstabiliteit, de volgende epidemie eruit gaat zien: 'omdat zwangerschap en kraambed onverminderd een aanzienlijke fysieke en geestelijke belasting blijven vormen, die voor niet weinige vrouwen

tijdelijk hun krachten te boven gaat'. 'Vaststaat dat de overtuiging te lijden aan een echte ziekte een negatief effect heeft op het verdere beloop.' Het kan iedereen treffen, maar 'het zijn wel mensen die, soms tijdelijk, soms langdurig, niet op andere wijze kunnen omgaan met hun stress of kunnen voorzien in hun emotionele behoeften'. Renckens gaat nog een stap verder: 'Natuurlijk zijn er ziektebeelden (men denke aan schizofrenie, manisch depressieve psychose, delirium tremens, temporale epilepsie) waarin biologische factoren de toerekeningsvatbaarheid en keuzevrijheid zodanig hebben aangetast, dat er van vrijwilligheid en

verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn daden geen sprake meer kan zijn. Bij functionele klachten, somatiseren en modeziekten ligt dat echter anders vanwege het ontbreken van organisch-cerebrale factoren.'

Kortom, patiënten die zonder 'ziekte' klagen, zijn in de ogen van de inmiddels zeergeleerde Renckens verantwoordelijk voor hun eigen problemen. O ja, ook migraine rekent hij tot de 'echte' straatloze aandoeningen, 'maar deze zijn steeds zeldzamer geworden met de vooruitgang van de diagnostiek en zijn ook al lang bekend.'

Renckens komt naar mijn idee tot

onhoudbare conclusies over mensen met klachten die biomedisch niet te verklaren zijn; ik vind het een schandelijke staal van kwakdenken. Het kwakdenken van Renckens zou je nog ter discussie kunnen stellen: hij is onmiskenbaar een belezen man. Maar het boek heeft geen methodische verantwoording van hoe hij al die literatuur gezocht en gevonden heeft. Mij bekruipt dan het onbehaaglijke gevoel dat de literatuur misschien wel selectief geciteerd is. Hoe vallen zijn opvattingen als een wetenschappelijke verantwoorde proeve van bekwaamheid te verdedigen?

Ger van der Werf



Lezen voor je punten

H&W

Stuur deze bon in een voldoende gefrankeerde envelop naar:
Redactie H&W,
Postbus 3231,
3502 GE Utrecht

Beantwoord de volgende vragen over artikelen in dit nummer van H&W en stuur het bonnetje binnen 30 dagen naar het NHG. Een kopie mag ook als u niet in H&W wilt knippen. U krijgt te zijner tijd één accreditatiepunt per nummer. Zet het kruisje in de juiste kolom en vergeet ook uw adresgegevens niet!

	Juist	Onjuist
Morfine is het middel van voorkeur bij de symptomatische aanpak van dyspnoe in de terminale fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij een totale afsluiting van een hoofdbronchus is de gepercipieerde dyspnoe ernstiger dan bij een partiële vernauwing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepinen spelen een belangrijke rol bij angstreductie bij dyspnoe in de terminale fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na aspiratie bij een bursitis olecrani is een drukverband bewezen effectief om herhaling te voorkomen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flucloxacilline is het antibioticum van eerste keuze bij de behandeling van geïnfecteerde bursitiden olecrani en prepatellaris.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Topisch toegepaste NSAID's werken vooral op de lange termijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij pijnklachten door artrose werkt plaatselijke toepassing van een NSAID-gel beter dan placebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Naam: _____ Straat: _____

Postcode/Plaats: _____ Huisarts: ja/nee NHG-lid: ja/nee