

Als AH en CV allebei nodig zijn, start ze dan tegelijk. Dit verbeterde de therapietrouw met 30%. Minder beïnvloedbaar, maar gunstig voor de compliance is het als uw patiënt een man tussen 55 en 65 jaar is die geen of weinig andere middelen slikt. Het bleek een (dubieus) voordeel voor compliance te zijn als de patiënt recent een cardiovasculaire gebeurtenis meegemaakt had, zoals myocardinfarct of CVA. Ten slotte bleek de factor tijd dodelijk voor compliance te zijn: meer dan de helft van de mensen slikte na de eerste

3 maanden ten minste één van de middelen niet meer.

Ik denk dat wij, dokters, de hand in eigen boezem moeten steken. Wie betreft zijn patiënt echt in het besluit om te starten met medicatie? Kunt u duidelijk uitleggen wat die individuele patiënt ermee opschiet? Waarom zou iemand pillen slikken, wat hij wél merkt, voor iets wat hij niet opmerkt? Weet u überhaupt of hij last heeft van bijwerkingen? Gaat u regelmatig na of uw patiënt nog gemotiveerd is om zijn pillen te slikken? Eén

ding blijkt weer uit dit onderzoek: pillen starten zonder aandacht voor compliance is half werk. (MFdW)

Chapman RH, et al. Predictors of Adherence With Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy. *Arch Intern Med* 2005;165:1147-52.

Ethisch analfabetisme

Het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) adviseert om bewezen effectieve Alzheimermedicatie niet voor te schrijven aan NHS-patiënten. Te duur! John Harris, hoofdredacteur van het *Journal of Medical Ethics*, noemt dit 'ethisch analfabetisme en sociale ongelijkheid bevorderend'.

NICE wijst het middel af, ofschoon deze instantie in eerdere gevallen duurdere medicatie wél acceptabel vond. De hoofdreden voor afwijzing ligt elders. NICE gebruikt als onderbouwing het meetinstrument QALY (de Quality Adjusted Life Year). Ten onrechte. QALY's zijn een uitstekend middel om twee behandelingen met elkaar te vergelijken. Dat is hier

niet het geval: er is maar één middel van keuze, een alternatief ontbreekt. Waarom is het middel niet-kosteneffectief? Er is maar één conclusie mogelijk: deze groep patiënten is niet de moeite waard om geholpen te worden... want het aantal toegevoegde levensjaren is blijkaar van inferieur kwalitatief gehalte. 'Perfide en onacceptabel'. Men mag geen groepen patiënten uitsluiten met hooguit een beperkte kwaliteit van de toegevoegde levensjaren. Dat zou een banvloek zijn voor oudere chronisch zieken: zij hebben blijkaar geen recht op behandeling vanuit publieke middelen.

Hoezo 'efficiency' vraagt Harris zich af. Als een miljonair en een bedelaar allebei

'al' hun geld verliezen, zou men kunnen redeneren dat zij beiden evenveel hebben verloren, namelijk 'alles'. Maar het is evenzeer waar dat hun respectieve verlies verschilt: de som gelds die het betreft. Deze vergelijking gaat ook op in de kwestie wel of geen medicatie voorschrijven bij Alzheimerpatiënten. Want het is niet vol te houden dat iemand die meer kwalitatieve levensjaren verliest (een jong, relatief gezond mens), een groter verlies lijdt dan iemand met een kortere en inferieure levensverwachting (de oudere Alzheimerpatiënt). (FM)

Harris J. It's not NICE to discriminate. *J Med Ethics* 2005;31:373-6.

Neglect van rechtszijdige CVA's

Waarschijnlijk komen er evenveel CVA's voor in de linker- als in de rechterhemisfeer. Toch zijn linkszijdige CVA's in morbiditeitsregistraties in de meerderheid. Duitse onderzoekers registreerden in Hessen tussen 1997 en 2002 maar liefst 20.097 patiënten met een CVA. Van hen hadden er 11.328 een linkszijdig CVA en 8769 een rechtszijdig. Van alle patiënten met een trombolysie had 58% een linkszijdig infarct. Linkszijdigheid kwam vooral voor bij patiënten met een TIA of een ischemisch infarct en bij kort bestaande klachten (<3 uur). Bij intracerebrale bloedingen en bij langerbestaande klachten

was het links-rechtsverschil verdwenen. Volgens de onderzoekers is de enige verklaring het feit dat bij een rechtszijdig CVA de neurologische verschijnselen veel minder pregnant zijn. Taal en motoriek zitten bij de meeste mensen immers links. Rechtszijdige CVA's uit zich door *neglect*. Zowel patiënt als de dokter missen de neurologische verschijnselen, waardoor de tijd voor trombolysie verstrijkt.

Probleem blijft natuurlijk of dit links-rechtsverschil op te lossen is. Zolang de patiënt zijn rechtszijdige CVA niet herkent, kan de dokter ook niet interveniëren. Die laatste kan er bij onduidelijke

symptomen wellicht wel wat vaker aan denken. (JZ)

Foerch C, et al. Difference in recognition of right and left hemispheric stroke. *Lancet* 2005;366:392-3.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal 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 Tim olde Hartman, Margriet Folkeringa-de Wijs, Els Licht, Frans Meulenberg, Henk van Weert en Joost Zaat.