

Calciuminjecties bij zonneallergie

Graag zou ik van de redactie vernemen hoe het commentaar van Olde Hartman op het artikel over calciuminjecties bij zonneallergie in H&W terecht is gekomen (H&W 2005;48:419).

Hoe haalt iemand het in zijn hoofd zo'n nietszeggend stukje te schrijven met zo'n air, terwijl je in H&W in deze categorie toch zelden een artikel als dat van Jung en Van de Wert tegenkomt?! Alles wat in het commentaar van Olde Hartman staat, staat ook in het stuk zelf, elke bedenking, elke twijfel, maar ook de lichte overtuiging. Mag dat niet? Voor de patiënte is de evidence trouwens vrijwel zeker 100%, een niet onbelangrijk gegeven. Kortom een buitengewoon ergerniswekkend commentaar bij een bewonderenswaardig artikel. Graag een reactie.

Anton Dekkers

Antwoord

Het is prettig te horen dat collega Dekkers de klinische les van Jung en Van de Wert zo waardeerde. Het commentaar schreef Olde Hartman namens de redactie om in het algemeen de waarde en de beperking van case-reports nog eens te onderstrepen. Daar lijkt ons niets mis mee. Jammer dat dat Dekkers in het verkeerde keelgat is geschoten.

Redactie

Vrij verkrijgbare NSAID's

Met interesse las ik het artikel *Vrij verkrijgbare NSAID's gebruikt door patiënten met contra-indicaties: een veilig idee?* (H&W 2005;48;388-91). In methodologische zin valt me op dat er geen exclusiecriteria zijn genoemd, terwijl ruim de helft (n=259) van de 498 risicopatiënten uitgesloten werd. Verder concluderen de auteurs op basis van één literatuurverwijzing (position paper Neprofarm 2000) dat de verkoop van NSAID's via de supermarkt 'tot gevolg heeft dat er minder advies wordt gegeven over het gebruik van deze geneesmiddelen'. Evenmin is duidelijk

in welk jaar het onderzoek werd verricht. Soms is ook onduidelijk of ze het hebben over de risicopatiënten die hun NSAID's bij de supermarkt kopen of over alle risicopatiënten.

Belangrijker is echter de conclusie dat 14% van de risicopatiënten vrij verkrijgbare NSAID's gebruikt (n=34) en dat de risicopatiënten (n=239) slecht op de hoogte zijn van de potentiële risico's van NSAID's en dat de meerderheid denkt dat NSAID's veilig gebruikt kunnen worden. Een aanbeveling wordt gedaan om goede voorlichting te geven en een streng reclamebeleid te voeren. Dit laatste zal met name bedoeld zijn voor de patiënten die NSAID's via de supermarkt kopen. Als we echter naar de cijfers kijken, dan blijkt dat 30 risicopatiënten (26 plus 4 zowel vrij als op recept), dus met een vergelijkbaar percentage (13%), de NSAID's via de huisarts krijgen voorgeschreven. Zou deze groep ook niet dezelfde vragenlijst voorgelegd moeten krijgen over hun kennis van NSAID's en hoe zij de voorlichting over dit geneesmiddel hebben ervaren? De eerste vraag zou dan veranderd moeten worden in 'op recept verkrijgbare NSAID's zijn veilig om te gebruiken'. Zou ook de huisarts niet gevraagd moeten worden waarom hij NSAID's heeft voorgeschreven aan risicopatiënten? Hoewel de twee onderzoeksvragen zijn beantwoord, zou het interessant en leerzaam kunnen zijn hoe de doelgroep van 30 risicopatiënten eruit ziet die de NSAID's door de huisarts kreeg voorgeschreven.

Jan van Ingen Schenau, verpleeghuisarts

Antwoord

U suggereert een interessante vraagstelling: doet de huisarts het wel beter dan de drogist of de supermarkt, als het op voorlichting aankomt? Bij ieder onderzoek zijn er echter meerdere interessante vraagstellingen denkbaar. In dit onderzoek hebben wij ons bewust alleen gericht op vrij verkrijgbare NSAID's, zoals wij ook in de inleiding beargumenteerd hebben. Als risicopatiënten NSAID's op recept gebruiken, dan ligt de verantwoordelijkheid van keuze en voorlichting bij de arts. Zoals wij

ook in de beschouwing benadrukken, gaat het om relatieve risico's, en moeten deze risico's dus altijd afgewogen worden tegen de noodzaak van het gebruik. Wat wij het belangrijkste vonden is dat die afweging wel bewust gemaakt moet worden. Patiënten kunnen dit pas als er goede voorlichting en een streng reclamebeleid komt. Methodologisch merkt u op dat er geen exclusiecriteria zijn genoemd. Deze staan genoemd in de derde alinea van de methodenparagraaf. Daarbij zijn er niet 259 maar 147 patiënten uitgesloten; de overige 112 patiënten waren telefonisch niet bereikbaar. Wij hebben onze opmerking dat er in supermarkten minder advies gegeven wordt dan in apotheken, met niet meer dan 1 literatuurverwijzing gestaafd omdat we het tevens een logisch gegeven achtten. Het onderzoek is uitgevoerd tussen februari 2003 en maart 2004.

Y.M. Jeucken

Depressie in palliatieve fase: handvatten voor de diagnose

Koelewijn et al. hebben een helder overzicht gegeven van de moeilijkheden die huisartsen tegenkomen bij het diagnostiseren van een depressieve stoornis in de palliatieve fase.¹ Jammer genoeg bieden ze geen oplossing voor deze problemen alvorens over te gaan tot de behandeling. Niet geheel onbegrijpelijk want de DSM-IV zet huisartsen al jaren op het verkeerde been. Vaak wordt vergeten dat de DSM-IV vooral een classificatiehulpmiddel en geen klinisch-diagnostisch instrument is. De DSM-IV heeft iets weg van een toeristenmenu: elke combinatie van vijf uit negen 'gerechten' (bij verplichte afname van 'depressieve stemming' of 'verlies van interesse en plezier') voor de prijs van een *major depression*. Dat is spotten met de ziekte of stoornis die een depressie is. Verschillende DSM-IV-criteria voor depressie zijn allerminst specifiek voor een depressieve stoornis, en dat geldt in versterkte mate in de palliatieve fase. Depressieve stemming, verlies van interesse en plezier, gewichtsvermindering,