

behelp van het registratiesysteem van de overheid. De analyse geschiedde, ook na 14 jaar, volgens het intention-to-treat-principe.

Resultaten Na randomisatie kwamen 2363 personen in de interventiegroep en 2369 personen in de controlegroep. De gemiddelde leeftijd was 71,6 jaar (SD 6,7); 58% was vrouw; 16,9% had DM2; de helft rookte of had gerookt; 4,9% had een infarct doorgemaakt; tensie was gemiddeld systolisch 170,4 mmHg (SD 9,5). Mortaliteit in de diureticagroep was 19%, in de placebogroep 21,7% (RR 0,85; 95%-BI 0,75-0,97). Men ging na of patiënten DM2 hadden bij aanvang van het onderzoek, of dat DM2 zich tijdens de trial ontwikkelde. DM2 ontwikkelde zich in de diureticagroep bij 13,0%, in de placebogroep bij 8,7% ($p < 0,0001$). Bij de mensen in de diureticagroep bij wie DM2 ontstond, was

er minder vaak proteïnurie.

De mortaliteit door een cardiovasculaire oorzaak was in de placebogroep waarbij in het verloop van het onderzoek diabetes ontstond die groter was dan in de groep zonder diabetes (RR 1,56; 95%-BI 1,12-2,18). In de diureticagroep was dit niet verhoogd (RR 1,04; 95%-BI 0,75-1,46). De cardiovasculaire mortaliteit bij personen met al aanwezige of later ontstane diabetes was in de diureticagroep lager dan in de placebogroep (RR 0,69; 95%-BI 0,53-0,85).

Het feit dat het diureticagebruik in de interventiegroep mogelijk afgenomen is en dat patiënten in de placebogroep inmiddels wel behandeld zouden kunnen zijn, wijst eerder op een onderschatting dan op een overschatting van het effect.

Conclusie van de onderzoekers Behandeling van geïsoleerde systolische hyper-

tensie bij ouderen (>60 jaar) met diuretica verbetert de uitkomst (minder sterfgevallen) op lange termijn. Diabetes ontstaan tijdens de behandeling met diuretica heeft een milder verloop dan diabetes die al bestond voordat men met diuretica startte. Zowel de cardiovasculaire als de totale sterfte is lager met diuretica bij hypertensie en diabetes.

Bewijskracht Gerandomiseerd placebo-gecontroleerd dubbelblind onderzoek (1b).²

Arie Knuistingh Neven en Just Eekhof, LUMC

1 Kostis JB, Wilson AC, Freudenberger RS, Cosgrove NM, Pressel SL, Davis BR. Long-term effect of diurectic-based therapy on fatal outcomes in subjects with isolated systolic hypertension with and without diabetes. *Am J Cardiol* 2005;95:29-35.

2 www.infopeoms.com/levels.html.

Boeken

Richtlijn Schizofrenie

Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Trimbos-instituut: Utrecht, 2005. 202 pagina's, € 17,50. ISBN 90-525-3513-2. Te bestellen bij: 030-2971180 of www.trimbos.nl/producten.

Onder auspiciën van de landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ hebben vertegenwoordigers van alle betrokken beroepsverenigingen en van de samenwerkende cliënten/familieorganisaties samen deze richtlijn geformuleerd. Het CBO en het Trimbos-instituut verzorgden de methodologische ondersteuning en begeleiding. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten. De richtlijn wil een leidraad zijn voor diagnostiek en behandeling van volwassenen met schizofrenie en moet gezien worden als een 'moederrichtlijn', waarvan een vertaling kan plaatsvinden naar mono-disci-

plinaire richtlijnen. Daarbij ligt de nadruk op de inhoud van de aanpak en geeft men slechts in beperkte mate aan wie wat moet doen.

De hoofdstukken Algemene aspecten, Diagnostiek, Zorgorganisaties, Psychosociale interventies, Maatschappelijke participatie, Farmacotherapie en Implementatie, zijn overzichtelijk ingedeeld in paragrafen, waardoor de beschikbare informatie snel te vinden is. De auteurs ronden de onderdelen steeds af met een conclusie op grond van de bewijskracht van de gevonden informatie en met aanbevelingen voor het te voeren beleid.

Assertive Community Treatment blijkt vaker succesvol om in contact te blijven met mensen met schizofrenie dan andere manieren van zorg; het leidt tot een 40% reductie van ziekenhuisopnamen en 33% reductie van de opnameduur. Bij ACT is een multidisciplinair team 24 uur per dag verantwoordelijk voor alle zorg; het team heeft een kleine *case load* (10-15), een hoge contactfrequentie, levert de meeste zorg aan huis en legt de nadruk op zelfmanagement van de ziekte en praktische

hulp. Deze zorg is vooral geïndiceerd bij de groep met een instabiel psychiatrisch toestandbeeld en een matige betrokkenheid bij de zorgverlening, waardoor terugval, werkloosheid, dak- en thuisloosheid steeds dreigen op te treden.

De klassieke *community health teams* – in Nederland bestaand uit een psychiater en een sociaal psychiatrische verpleegkundige – hebben een generalistische werkwijze zonder specifieke interventies. Ze blijken niet effectief te zijn.

Bij de keuze tussen klassieke en atypische antipsychotica bieden subclassificatie van het ziektebeeld en de symptomatologie geen leidraad. Dat patiënten atypische antipsychotica beter lijken te verdragen, kan komen doordat dat men de atypische antipsychotica steeds met hooggedoseerde klassieke antipsychotica vergelijkt. Bij het maken van een keuze, ook voor orale of parenterale behandeling, moet men de mening van de patiënt betrekken.

De richtlijn biedt de geïnteresseerde lezer een schat aan informatie, waarbij opvalt hoe weinig bewijs er is voor de effectiviteit van veel interventies als counseling, steu-

nende psychotherapie, *supported education*, copingstrategieën en Liberman-modules. Schizofrenie heeft een hoge somatische comorbiditeit, de patiënt is minder goed toegerust om zijn belangen te behartigen, onttrekt zich nogal eens aan de gespecialiseerde zorg en valt dan terug op de huisarts. Al lezend krijgt men echter de indruk, dat de rol van de huisarts bij de zorg voor patiënten met schizofrenie zeer beperkt is. De auteurs benadrukken dat er een goede samenwerking moet zijn tussen het behandelteam en de huisarts, zonder daarbij echter specifiekere richtlijnen te geven.

Kortom, de lezer krijgt inderdaad behoefte aan een monodisciplinaire richtlijn voor huisartsen. Aandachtspunten daarbij zouden moeten zijn: de registratie in het HIS, therapietrouw en medicatiebewaking, aandacht voor zelfzorg en zorg voor de somatische comorbiditeit, de invulling van periodieke contacten en de zorg voor de naasten van de patiënt.

J. Schuling

Van gezondheidsbevordering naar gezond gedrag

Hans Saan, Willy de Haes. *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ. 302 pagina's, € 9,95 incl. verzendkosten. ISBN 90-6928-239-9.

Gezondheidsbevordering heeft als doel om via systematische gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, soms aangevuld met structurele maatregelen, mensen aan te zetten tot gezond gedrag. GGD's en een aantal landelijk opererende organisaties voeren deze activiteiten uit. Het gaat dan om de bevordering van specifiek gezond gedrag als niet-roken, sport, gezonde voeding en veilig rijden.

Na de opstelling midden jaren tachtig van het Ottawa Charter – in feite een uitwerking van de Health for All-strategie van de WHO – heeft gezondheidsbevordering een hoge vlucht genomen. Veel van onze huidige kennis over gezondheid en ziekte, evenals de toename van onze levensverwachting, is te danken aan ontwikkelingen

op dit terrein. Gezondheidsbevordering is een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid, al besteedt onze overheid er maar een fractie van het totale gezondheidsbudget aan.

Nederland heeft een goede reputatie op het terrein van gezondheidsbevordering mede dankzij de inzet van Hans Saan en Willy de Haes, die de afgelopen jaren onder de noemer 'New Health Promotion' vier conferenties hebben georganiseerd, waarop de stand van zaken van het denken en handelen op het gebied van effectieve gezondheidsbevordering is besproken. In dit boek doen ze daar op een systematische wijze verslag van.

Na een domeinafbakening en een schets van de geschiedenis beschrijven de auteurs de cruciale veranderingen binnen het referentiekader, waarbij het ouderwetse begrip 'voorlichting' is vervangen door 'het stimuleren van gezondheid door middel van sociale processen bij individuen, groepen en de gehele bevolking'. Om deze benadering kans van slagen te geven, moeten praktijk en onderzoek in goede balans verkeren; mislukking ligt om de hoek. Dit vereist dat partners in diverse settings, in de politieke arena en in de pers intensief met elkaar samenwerken. Gezondheidsbevordering is dus een complex proces en vereist goede samenhang in programma's, optimale communicatie en continuïteit in kennisontwikkeling. In het boek wordt het referentiekader helder uitgewerkt, waarbij processen voor en resultaten van gezondheidsbevordering als leidraad gelden. Bij de hoofdstukken over de processen onderscheiden ze drie niveaus: het microniveau dat de maatschappelijke context, het organiseren en interventies (informatie, voorlichting, educatie) omvat, het mesoniveau (gemeenschapsontwikkeling) en het macroniveau (beleid). Bij de resultaten bespreken ze gezondheidsvaardigheid, sociaal draagvlak en gezond beleid, opvattingen over gezondheid, kwaliteit van leven en gelijke kansen.

De auteurs houden hun eigen referentiekader tegen het licht, noemen het eerder een wereldkaart dan een wandelkaart, die permanent overdenking vergt. Een van de problemen is om passend onderzoek

op dit terrein te ontwikkelen, vooral nu de overheid om meer wetenschappelijke onderbouwing vraagt. Een RCT zal niet zo gauw op dit veld kunnen worden losgelaten, maar er kan wel degelijk onderzoek worden gedaan naar bevorderende en belemmerende factoren in de context, aspecten van organiseren en de rol van determinanten van gezondheid.

Wie wil weten hoe je gezondheid van de bevolking kunt handhaven en zelfs verbeteren – dat is iets anders dan diagnostiek en behandeling van aandoeningen – vindt in dit boek een inspirerende wegwijzer. Jammer genoeg opereert het veld van de gezondheidsbevordering nogal geïsoleerd van de curatieve zorg. Hier ligt een uitdaging voor zowel huisartsen als gezondheidsbevorderaars.

Koos van der Velden

Wereldwijde ramp

Mackay J, Mensah GAQ. *The atlas of heart disease and stroke*. 122 pagina's, \$ 45. Genève: WHO, 2004. ISBN 92-4-156276-8.

Als klein jongetje kon ik lang in een heel oude Bosatlas kijken. Hoeveel inwoners heeft Borneo en hoe hoog ligt de hoofdstad van Equador? Dat gevoel roept een atlas van ziekten ook op. In net iets meer dan 100 pagina's schetsen de auteurs, werkzaam bij de WHO en het Centre for

