

Het boek zet de beleidsmakers en spelers in het veld trefzeker neer. Het boek is leuk voor wie de dorpspolitiek gekend heeft, maar is vooral leuk voor iedereen die te maken heeft met gezondheidszorgbeleid. Het gaat over beleid maken in een tijd van geloof, politiek, weinig evidence en veel polderen.

Al voor de oorlog was er de ambitie om in de nieuwe polder de gezondheidszorg geïntegreerd op te zetten met verplichte preventie en intakegesprekken bij de huisarts. In de oorlog waren er de eerste plannen voor gezondheidscentra in de Noordoostpolder. Toch duurde het tot 1965 voor het eerste heuse gezondheidscentrum in Dronten werd geopend. Commissies deden er acht jaar over voor ze rapporteerden en de bestaande wettelijke regels en lauwe medewerking van de overheid moeten de vernieuwers wanhopig hebben gemaakt. Vooral de vrije artskeuze en vrije vestiging bleken een geplande gezondheidszorg in de weg te staan. Als de lokale bestuurders te veel voorwaarden stelden aan de artsen ging het mis, want autonomie bleek een groot goed. Als de artsen op eigen initiatief enthousiaste plannen hadden, werden die getraineed en gefrustreerd op hoger beleidsniveau. Zo leest het boek als een lange bestuurderssoap van elkaar bevechtende individuen en groepen met goede bedoelingen.

Huisartsen die klagen over hoge werkdruk blijkt ook van alle tijden. De plannen om huisartsen eenderde van hun werk aan preventie te laten besteden (vooral door een uitgebreid kennismakingsgesprek, het doen van onderzoek en consultatiebureau) mislukten, want curatie ging altijd voor ondanks de maximaal 2000 patiënten per huisarts. De godfather van de huisartsgeneeskunde professor Van Es adviseerde begin jaren '70 centra van maximaal 10.000 patiënten, maar huisartsen prefereerden units van 2 praktijken en waren tegen een gemeenschappelijk patiëntendossier. Pas in de jaren '80 werd de norm in Almere langzaamaan 10.000 patiënten. Het loondienstverband van alle professies bleek wel goed voor de samenwerking met wijkverpleegkun-

digen en zelfs tussen kruisverenigingen, maar verder was het geloof in een maakbare en betere gezondheidszorg aardig opgedroogd en toen Almere startte was er nog maar weinig elan over bij de lokale overheid. De eerste huisartsen in Haven waren gewoon vrijgevestigd.

Dat veranderde midden jaren '70 en met staatssecretaris Hendriks, die gezondheidscentra subsidieerde, bleek een Almeerse gezondheidszorg met veel centra mogelijk. Linksprogressieve druk hielp daarbij sterk. Ook de rechtse kabinetten van Van Agt (Van de Heijden) lieten het Project Gezondheidszorg Almere, dat een wettelijke erkenning vergde, intact. Mogelijk omdat men inmiddels geloofde in de proeftuin.

Het boek licht nog een tip op van het verdere verloop, de grote verliezen door mismanagement en de uiteindelijk gezonde organisatie nu. Het gevecht van plaatselijk bestuur en particulier initiatief lijkt voorbij, maar de balans van Almere moet nog worden opgemaakt. Kortom, een boeiend boek en het blijft moeilijk historische lessen te trekken.

Pieter van den Hombergh

Compleet en lezenswaardig hoofdpijnhandboek

Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, Ferrari MD. *Hoofdpijn in de klinische praktijk*. Maarn: Prelum Uitgevers, 2006. ISBN 90-8562-011-2.

Dit is het eerste volledige handboek over hoofdpijn, gebaseerd op het Angelsaksische origineel (2^e druk, 2002). De inhoud is congruent gemaakt met de Nederlandse richtlijnen en opvattingen en naast de beschrijving geplaatst van in onze ogen soms wat ongebruikelijke therapeutische zijpaadjes uit de Amerikaanse "ER's". De aanpak van medicatie-overgebruik bij hoofdpijn in de VS (langzaam afbouwen) en de meer calvinistische aanpak (in één keer stoppen met alles) worden vriendelijk naast elkaar gezet. Het moet nog blijken wat het beste werkt.

De basis is de indeling van de Interna-

tionale Hoofdpijn Classificatie 2004. Dit boek vult die saaie tekst kleurrijk in met de kliniek. De indeling is ziektegewijs. Maar er zijn ook ingangen via symptomen te vinden, zoals de peracute hoofdpijnen bij hoesten en seks, en de aparte anamnesticke kenmerken. Hoofdpijn bij ouderen en bij zwangeren wordt behandeld, maar jammer genoeg niet hoofdpijn bij kinderen. Bij de migrainevarianten staan de zeldzame vormen als de basilaris migraine en de oftalmoplegische migraine beschreven. Maar de cyclische syndromen bij kinderen ontbreken, zoals de varianten met buikpijn, duizeligheid of braken in plaats van hoofdpijn.

Het is een zeer leesbaar en compleet handboek dat goed te gebruiken is voor bijscholingscursus, toetsgroep of onderwijs. Er zijn fraaie hoofdstukken over hoofdpijn in de verre historie, de epidemiologie, aanvullende diagnostiek en comorbiditeit. Goede klinische verhalen zijn geschreven over prodromen, aura en allerlei secundaire hoofdpijnen zoals hoofdpijn bij arteritis temporalis, hersentumor en de posttraumatische hoofdpijn, de whiplash. Verder wordt het heikele probleem van CVA en hoofdpijn, van een CVA door migraine en van migraine als risicofactor voor CVA beschreven, met alle incidenties erbij. Dit is handig bij de voorlichting aan patiënten – helemaal geruststellen kunt u ze niet.

De beperkingen zijn gering. De index is mager, kinderhoofdpijn ontbreekt en de waarde van anamnesticke kenmerken is te stellig neergezet. De genetica en de neuromoleculaire kennis zijn wat overdreven uitgebreid beschreven, en door de aard van deze vakgebieden snel achterhaald. Eén kenmerk loopt op de afspraken vooruit, namelijk de waarde van de overgevoeligheid voor geuren, osmofobie, die nog niet in de criteria voor migraine is opgenomen, maar wel een sterke kandidaat is, parallel aan de kenmerken fotofobie en fonofobie.

Dit handboek hoort in de bibliotheek, zeker van de opleidingspraktijk en de huisartsenpost. Het gaat nog jaren mee.

Nico van Duijn