

Toch naar de fysiotherapeut met een tenniselleboog?

Eind september verscheen er in de BMJ opnieuw een RCT over de behandeling van de tenniselleboog.¹ De Australische onderzoekers sloten 198 patiënten in, verdeeld over 3 groepen: corticosteroïd-injecties, fysiotherapie en afwachten. Volgens de onderzoekers is fysiotherapie (mobilisatie en oefenen) in de eerste 6 weken superieur aan nietsdoen of aan prikken; na 1 jaar maakte het allemaal niet meer uit.

In 2003 deden Smidt et al. een review naar de verschillende vormen van fysiotherapie bij de behandeling van een tenniselleboog.² Hun conclusie toen was dat er weinig bewijs was voor de meerwaarde

van fysiotherapie bij de behandeling van tenniselleboog vanwege de tegenstrijdige resultaten van verschillende RCT's. Alleen van ultrageluid was enige toegevoegde waarde aangetoond. Betere RCT's waren nodig om het bewijs te leveren. Hebben Bisset et al. dit bewijs nu geleverd? En wat betekent het voor ons advies in de dagelijkse praktijk?

Mijn gevoel zegt: blijven doen zoals we tot nu toe deden. De ervaring leert dat afwachten in de dagelijkse praktijk goed uit te leggen is en bijna altijd voldoet. Indien iemand voor de korte termijn een kans wil hebben op verlichting van zijn klachten, zou op basis van dit artikel in

de BMJ verwijzing naar de fysiotherapie dus een evidence-based en doelmatige behandeling zijn. Ongeduldige patiënten in onze populatie hebben met de mogelijkheid van directe toegang inmiddels zelf de weg wel weten te vinden naar de fysiotherapeut. (MvW)

- 1 Bisset L, et al. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ, DOI:10.1136/bmj.38961.584653.AE (published 29 September 2006).
- 2 Smidt N, et al. Effectiveness of physiotherapy for lateral epicondylitis: a systematic review. Ann Int Med 2003;35:51-62.

Creatieve mensen en originele ideeën

Het verbeteren van de huisartsgeneeskunde, de flexibiliteit van het werk en de aantrekkelijke combinatie van klinisch bezigzijn en wetenschappelijk onderzoek vormen de belangrijkste stimulans voor een onderzoekscarrière in de huisartsgeneeskunde. Echter, de hoge werkdruk, het individueel bezigzijn en het geld zijn op dit moment de belangrijkste barrières. Omdat het moeilijk blijft om huisartsen te interesseren voor onderzoek is het hoog tijd om maatregelen te nemen om huisarts-onderzoekers te werven en te behouden. Dat zijn de belangrijkste conclusies van Deense onderzoekers.

Zij voerden 33 diepte-interviews uit

onder huisartsen die actief bezig waren met wetenschappelijk onderzoek. Een huisarts antwoordde: 'Wat ervoor zorgt dat ik doorga met onderzoek is de uitdagende werkomgeving met creatieve mensen en originele ideeën.' Daarnaast inventariseerden de onderzoekers veranderingen die noodzakelijk zijn om huisartsen, naast hun dagelijkse praktijk, actief bij de wetenschap te betrekken. Een betere onderzoeks- en carrièrebegeleiding, een aantrekkelijke onderzoeksomgeving, onderzoeksnetwerken, onderzoekstraining van medisch studenten en aios en een betere salariëring en langetermijnsubsidies zullen volgens de auteurs leiden tot

een versterking van het wetenschappelijk kader van de huisartsgeneeskunde.

Een mooi voorbeeld van een Nederlandse ontwikkeling in deze richting is de combinatie van huisartsopleiding en wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor ervaren jonge huisartsen al vroeg in hun carrière hoe het is om het werk in de huisartsenpraktijk te combineren met het doen van wetenschappelijk onderzoek. Enthousiaste jonge huisartsen zijn er genoeg, maar het verkrijgen van subsidies voor dit soort projecten is ook hier het grote probleem. Subsidiegevers, hoog tijd dus om daar eens wat aan te doen! (ToH)

Thomsen JL, et al. Excessive workload, uncertain career opportunities and lack of funding are important barriers to recruiting and retaining primary care medical researchers: a qualitative interview study. Fam Pract 2006;23:545-9.

Richtlijn contacteczeem

Handeczeem komt veel voor en is hardnekkig. Volgens de nieuwe richtlijn van de bedrijfsartsen 'Handelen van de bedrijfsarts bij preventie van contacteczeem' zoeken huisartsen en dermatologen te weinig naar de oorzaak. Die zou vrijwel altijd in het werk liggen, tenzij anders bewezen. De belangrijkste oorzaak is nat werk door

veel handen wassen, contact met groente of vleessappen en het dragen van handschoenen. Alleen een tube hydrocortisonzalf helpt dan niet. Bij handeczeem hoort volgens de richtlijn meestal een verwijzing naar de bedrijfsarts (www.beroepsziekten.nl). (JZ)

Stephens P, et al. Maternal shoe size and infant birth weight: correlation or fiction? J Am Board Fam Med 2006;19:426-8.

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 Roger Damoiseaux, Tim olde Hartman, Els Licht, Henk Schers, Annemarie Uijen, Henk van Weert en Joost Zaat.