

zullen mensen niet gediagnosticeerd zijn. Hoewel de dagelijkse praktijk waarnaar het artikel verwijst zich niet beperkt tot cardiologische afdelingen (patiënten werden ook geïnccludeerd vanuit internistische, chirurgische en geriatrische afdelingen), werden geen patiënten geïnccludeerd vanuit de eerste lijn. Bongers en Bakx maken dan ook duidelijk hoe belangrijk het voor de praktijk is om een goed beeld te krijgen van de totale patiëntenpopulatie, zowel in de eerste als in de tweede lijn. De resultaten van de 'Tweede nationale studie' en de CMR in Nederland laten een aanzienlijk leeftijdsverschil met zowel Nederlandse patiënten als overige Europese patiënten zien, zoals geregistreerd in de 'Euro heart survey'. Een vergelijking tussen dit onderzoek en de min of meer gelijktijdig uitgevoerde IMPROVEMENT-studie onder hartfalenpatiënten in de eerste lijn laat nauwelijks verschillen in leeftijd zien.² Wel was de gemiddelde leeftijd van patiënten met hartfalen, die via de 78 in Nederland bij IMPROVEMENT betrokken huisartsen werden geïnccludeerd, iets hoger (72 jaar) dan het Europees gemiddelde in deze studie (70 jaar). Een vergelijking op basis van de gegevens van de twee Nederlandse ziekenhuizen uit ons artikel en op basis van verschillende literatuurbronnen, lijkt inderdaad aannemelijk te maken dat de gemiddelde leeftijd van hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk hoger ligt dan in het ziekenhuis.

LITERATUUR

- 1 Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442-63.
- 2 Cleland JGF, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, et al. Improvement programme in evaluation and management. Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of The European Society of Cardiology. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. IMPROVEMENT of Heart Failure Programme Committees and Investigators. *Lancet* 2002;360:1631-9.

M.J.LENZEN

Rotterdam, juni 2004

J.P.OTTERVANGER

Betere behandeling van zorgmijdende psychiatrische patiënten: discussie over de wetgeving niet isoleren van andere factoren en overwegingen

Legemaate geeft in zijn commentaar aan dat het bij het nadenken over de wettelijke kaders bij het toepassen van dwang bij psychiatrische patiënten hoog tijd is afstand te nemen van de politieke waan van de dag. Daarnaast pleit hij voor meer onderzoek naar diverse aspecten van dwang in de behandeling van psychiatrische patiënten (2004;1130-3).

Wij zijn het hier van harte mee eens. Het is schrijnend dat de discussie in Nederland over de toepassing van dwang in de psychiatrie gebaseerd is op meningen van behandelaars en beleidsmakers over wat wel en niet goed is voor patiënten en niet op de uitkomsten van deugdelijk wetenschappelijk onderzoek. Zo is van separatie, die veelvuldig in Nederland wordt toegepast, nauwelijks bekend wat de effectiviteit is.¹

Een van de oorzaken van het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van dwang is dat het hier gaat om een complexe, niet-homogene en voor gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek zeer moeilijk toegankelijke patiëntengroep. Bovendien stuit het randomiseren van dit soort patiënten op ethische en praktische bezwaren. Er zijn echter wel alternatieve methoden om de effectiviteit van dwang te onderzoeken. Wetenschappelijk bewijs kan bijvoorbeeld verzameld

worden door zogenaamd 'quasi-experimenteel' en observationeel onderzoek te verrichten waarbij in (internationaal vergelijkend) onderzoek gegevens verzameld kunnen worden over de indicatie, de effectiviteit en de veiligheidsaspecten van dwang. Daarnaast kan aan patiënten zelf gevraagd worden hoe zij bepaalde vormen van dwang hebben ervaren en aan welke dwangmaatregelen zij in tijden van crisis de voorkeur geven.²

De afgelopen jaren is in Nederland een aantal onderzoeken naar dwang verricht.³⁻⁶ Het gaat hierbij om incidentele initiatieven. Als aanvulling op het commentaar van Legemaate willen wij ervoor pleiten kennis op het gebied van onderzoek naar dwang te bundelen en dwang in de psychiatrie de komende jaren structureel onderwerp van onderzoek te maken.

LITERATUUR

- 1 Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software; 2001.
- 2 Stolker JJ, Nijman H, Zwanikken PH. Separatie: een noodzakelijk kwaad? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2004;59:193-204.
- 3 Nijman HLI, Campo JMLG á, Ravelli DP. Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1999;41:103-7.
- 4 Panhuis PJA van, Dingemans PMAJ. Beoordeling van gevaar en bestwil. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2000;42:381-7.
- 5 Houten CAG van, Heemskerck JCM, Renes JW, Es H van, Nolen WA. Recht op gedwongen opname? Het effect van een psychiatrische opname met rechterlijke machtiging op bemoeizorgpatiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2002;57:819-30.
- 6 Post L van der, Peen J, Schoevers RA, Dekker J. Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2004;46:209-17.

J.J.STOLKER

Den Dolder, juni 2004

E.R.HEERDINK

Gezondheidsraadadvies 'Vaccinatie tegen kinkhoest' – tijd voor een nieuw vaccin

Na publicaties in de lekenpers geeft Visser in zijn artikel een helder overzicht, met duidelijke getallen; voor mij als vader van een 1 maand oude zoon kwam het als geroepen (2004;916-8). Sinds 1996 zijn er 4000 tot 8000 gevallen van kinkhoest per jaar; de effectiviteit van het Nederlandse vaccin wordt geschat op 29%. Daarnaast worden belastende bijwerkingen gerapporteerd bij 1,2% van de gevaccineerde zuigelingen, dat is jaarlijks 8250 gevallen. Het acellulaire vaccin uit buurlanden heeft een effectiviteit van meer dan 80% en verschilt in frequentie van bijwerkingen niet van placebo met 0,3%.

Terecht schrijft Visser: 'De huidige ziekte last door kinkhoest, veroorzaakt door een zeer lage vaccineffectiviteit, is onaanvaardbaar.' Zijn in de daaropvolgende zin uitgesproken hoop dat de minister en de Tweede Kamer hun verantwoordelijkheid zullen nemen, wordt slechts op termijn bewaarheid.

Hoewel wij het probleem al kennen sinds de adviezen van de Gezondheidsraad uit 1997 en 2000, kunnen wij pas in 2005 overgaan tot een werkzaam vaccin met minder bijwerkingen. Volgens de minister is deze tijd nodig om het vaccin aan te kopen via Europese aanbesteding, zekerheid te krijgen voor de leverbaarheid en om de overgang goed voor te bereiden (www.rivm.nl, over de invoering acellulair kinkhoestvaccin en www.rivm.nl/rvp/Images/brief%20TK%20kinkhoest%204-jr_tcm20-9731.pdf).

Onder tussen lijkt de vaccinatiegraad te dalen. In de lekenpers en via ArtsenNet lezen wij: 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg vermoedt dat dit komt door onvoldoende kennis van de ziekten waartegen wordt gevaccineerd bij zowel ouders als uitvoerders in de jeugdgezondheidszorg. Dit gebrek