

Huisarts en Wetenschap**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
M.Y. Berger, arts
Dr. N.P. van Duijn
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. P.L.B.J. Lucassen
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Postbus 10482, 1001 EL Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4230464

Redactiesecretariaat

Mw. C.M.J. Hielkema
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6395763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6385700
Fax (030) 6385839
E-mail: klantenservice@bsl.nl
Nederland, Ned. Antillen, België en Suriname NLG 182,50 p/j.
Overig buitenland NLG 284,08 p/j.
Studenten NLG 99,50 p/j.
Losse nummers NLG 21,50.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13x per jaar. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
Overige abonnees aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht

Nederlands
uitgeversverbond
Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

**NHG-prijs Casuïstiek
ex aequo toegekend**

De NHG-prijs Casuïstiek 1998 is toegekend aan Ben Ponsioen, huisarts te Brielle, en Ted van Essen, huisarts te Amersfoort, samen met zijn zuster H.W. van Essen, historisch pedagoog te Groningen. De prijs is in 1998 ingesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap en wordt elk jaar toegekend aan de auteur(s) van de beste huisartsgeneeskundige gevalsbeschrijving of klinische les die in het afgelopen jaar is gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap. Met de prijs wordt beoogd huisartsen (in opleiding) te stimuleren leerzame casuïstiek onder de aandacht te brengen van een brede groep collegae, mede met het oog op een discussie over vernieuwende of controversiële aspecten van de klinische huisartsgeneeskunde. De jury bestond dit jaar uit dr. Frans J. Meijman, voorzitter redactiecommissie H&W, voorzitter, dr. J.O.M. Zaat, lid dagelijks bestuur NHG, en prof.dr. M. de Haan, hoogleraar huisartsgeneeskunde VU. Ponsioen en Van Essen/Van Essen delen de prijs van NLG 5000,- voor hun artikelen:

- Ponsioen BP. Handelen bij dyspnoe in de laatste levensfase. Een casus. Huisarts Wet 1998;4(9):424-6.
- Van Essen GA, van Essen HW. Een leerling met een zweertje in de mond. Historische en actuele aspecten van syfilis. Huisarts Wet 1998;4(11):520-3.

De prijs zal worden uitgereikt tijdens de NHG-referatendag op 11 juni in Leiden.

Het bestuur van het NHG en de redactiecommissie voor H&W roepen huisartsen (in opleiding) op casuïstische bijdragen ter publicatie in te zenden aan het redactiesecretariaat, waarna over publicatie zal worden beslist volgens de reguliere beoordelingsprocedure (zie Huisarts Wet 1998;41:321).

Gespreksvoering als ambacht

In de praktijk van de advisering gaat het in eerste instantie niet om het geven van goede antwoorden, maar om het ontdekken en formuleren van de goede vragen, aldus G. Lang tijdens zijn afscheidscollege als hoogleraar individueel toegepaste psychologie 26 januari j.l. in Groningen. Hij benadrukte het belang van een ontvankelijke houding tegenover de cliënt, gekoppeld aan de directiviteit om vakkundig in te grijpen: ordelijke en doelgerichte probleemverheldering en -oplossing en toepassing van algemene vakkennis op het individuele geval. Daarbij weet de adviseur evenwicht te bewaren tussen betrokkenheid en distantie.

Deze professionele kwaliteiten veronderstellen enige wijsheid. Wijsheid vraagt om expertise in onzekerheid: goede oordeelsvorming moet vooral blijken bij meermovende levensvraagstukken, waarin vele onzekerheden zitten en die vragen om daadwerkelijk handelen. Lang memoreerde dat er geen eenvoudig verband is tussen wijsheid en leeftijd. Hij benadrukte het belang van de oefening van professioneel gedrag tijdens practica en in de praktijk. Verwerven van vakman-

schap kost veel tijd: 'Een vakman moet geduld hebben. Wil hij dat geduld op kunnen brengen, dan moet hij plezier hebben in het bezig blijven met hetzelfde, ook als het nog niet goed gaat. Plezier in het stapje voor stapje vervolmaken van zijn vakmanschap; daarmee is hij nooit klaar'. (FJM)

Kruidenbitter

De cijfers zijn indrukwekkend: een derde van de Amerikaanse bevolking gebruikt geneeskrachtige kruiden - à raison van 3,5 miljard dollar per jaar. O'Hara et al. schreven een overzichtsartikel over twaalf geneeskrachtige kruiden, waaronder kamille, knoflook, sint-janskruid, valeriana, gember en ginseng. Zij beschrijven indicaties, type onderzoek (RCT/in vivo/dierexperimenteel/in vitro - met enige verfijning), veiligheid (nauwelijks gedocumenteerd) bijwerkingen, doses en kosten.¹

De bevindingen zijn een enkele keer voor-de-hand-iggend (onaangename geur als bijwerking van knoflook: bewezen!), dan weer aardig (allergische reacties op kamille) en diverse malen klinisch relevant (gebruik geen sint-janskruid naast antidepressiva; cardiovasculaire aan-

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Peter Lucassen, Frans Meulenberg en Frans J. Meijman (red).

doeningen zijn een contra-indicatie voor ginseng, dat hypertensief werkt). Het is treurig dat een methodeparagraaf geheel ontbreekt en dat het literatuuronderzoek niet-verifieerbaar is. Dit laat de lezer achter met een nasmaak, ondanks de indrukwekkende referentielijst van 112 artikelen.

Behartigenswaardig blijven enkele opmerkingen in de inleiding. De auteurs wijzen op drie wijdverbreide misvattingen over de werkingsmechanismen:

- men meent dat kruiden een 'natuurlijk' alternatief zijn en ontken hun biochemische werking;
- men weet niet dat ongeveer 25 procent van de reguliere geneesmiddelen van oorsprong berust op de geneeskrachtige werking van kruiden (digoxine, morfine, aspirine, tamoxifen);
- het is onbekend dat kruidenleveranciers de werkzaamheid en veiligheid van hun product niet behoeven aan te tonen, in tegenstelling tot de farmaceutische industrie.

Het succes van geneeskrachtige kruiden is groot, zeker sinds zij o zo verleidelijk zijn verpakt in pseudowetenschappelijke termen als fytotherapie en ecodrugs. De moderne wetenschap lijkt zich met enig dédain te hebben afgewend van het fenomeen geneeskrachtige kruiden. Hiermee verloochent de geneeskunde niet alleen een deel van de eigen herkomst, maar beschouwt ze kruiden als een *terra incognita*, dat uitsluitend geschikt is voor volkswijsneuzen.

Dat was vroeger wel anders. Nam Socrates niet met vaste hand de gifbeker met dolle kervel? En hij wist verdomd goed wat hij wegslikte.

(FM)

1 O'Hara MA, Kiefer D, Farrell K, Kemper K. A review of 12 Commonly Used Medicinal Herbs. Arch Fam Med 1998;7:523-36.

Actiever HIV-testbeleid

Volgens een recent advies van de Gezondheidsraad is de tijd rijp voor minder terughoudendheid bij het aanbieden van de HIV-test in de ge-

zondheidszorg. De therapeutische mogelijkheden voor seropositieven en aidspatiënten zijn de laatste jaren sterk verbeterd. Daardoor wegen de voordelen van een vroege diagnose op tegen de daaraan klevende psychische nadelen. Mensen bij wie risicofactoren voor HIV-infectie aanwijsbaar zijn, moeten volgens de Raad de HIV-test aangeboden krijgen. Voor een zwangere vrouw geldt dit ook in geval van twijfel over haar risicostatus.

De publicatie 'Herziening van het HIV-testbeleid', nr 1999/02, is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad, telefoon 070 3407520, fax 070 3407523.

Uitstrijkjes-propaganda

Het blijft tobben met preventie in handen van de huisarts. Nu liggen de cervixuitstrijkjes weer eens in de vuurlijn.¹ Dat huisartsen zich inspannen voor een aanvechtbaar screeningsprogramma, is op zichzelf geen nieuws (maar blijft het vermelden waard); wel is nieuws dat het voorlichtingsmateriaal van het NHG wordt getypeerd als 'dichter bij propaganda dan bij voorlichting'. De gewraakte NHG-patiëntenbrief zou tekortschieten: 'Niet-overlijden dankzij screening is, met een kans van drie procent, net zo waarschijnlijk als wel-overlijden ondanks screening. En met een kans van 99,9 procent dat je voor niets meedoet en een kans van 93 procent op een onnodige ingreep zelfs als er wel wat wordt gevonden, is het eigenbelang niet zo evident als de brief doet voorkomen'.¹

Als alternatief wordt gesuggereerd de screening te beperken tot risicogroepen en vrouwen zonder cytologische afwijkingen en zonder tekenen van papillomavirus 'niet te blijven lastigvallen'. Een strategie waarvoor ook in de vakbladen stemmen opgaan.² (FJM)

1 Van Maanen H. Uitstrijkje levert vrouwen maar bitter weinig op. Het Parool 14 januari 1999: 4-5.

2 Sherlaw-Johnson C, et al. Withdrawing low risk women from cervical screening programmes: mathematical modelling study. BMJ 1999;318:356-61.

Hoezo eenvoudig?

Preventie gaat altijd over grote lijnen. Overzichtelijk en eenvoudig. Dat de vertaalslag naar de individuele patiënt gepaard gaat met 'mits'en en 'maar'en blijkt uit een meta-analyse naar het preventief ef-

Balans in beweging

Snelheid kan huisartsgeneeskundig Nederland niet ontzegd worden: zes weken na het NHG-congres over differentiatie en specialisatie, op 12 januari 1999, trad Guy Rutten officieel aan als eerste hoogleraar 'Diabetologie in de eerstelijnsgezondheidszorg'. Werden transparante geneeskunde en goede organisatie eind 1997 door respectievelijk Siep Thomas en Jan de Haan genoemd als pijlers van de moderne huisartsgeneeskunde, Guy Rutten voegde hier in zijn oratie 'Balans in beweging' patiëntgerichte geneeskunde aan toe.

Hoe vinden huisartsen, diabetespatiënten en maatschappij een balans in een toekomst die gekenmerkt wordt door dubbele vergrijzing, tekorten aan huisartsen en verschuivingen van zorg? Rutten schetst in zijn heldere, ook voor leken goed toegankelijke oratie de huidige toestand: 268.000 patiënten met diabetes mellitus type 2, ongeveer 232.000 mensen met nog niet ontdekte diabetes type 2, een anderhalf maal zo grote kans op overlijden tien jaar na het ontdekken van de ziekte, een tweemaal zo grote kans op cardiovasculaire aandoeningen, en een twintig maal zo grote kans op amputatie van een teen, voet of onderbeen. Kwantitatief is er dus genoeg te doen. Maar wat wil de dokter of wat moet hij willen? Volgens Rutten dient de huisarts diabetes mellitus als een kerntaak te zien, waarbij hij de subjectieve en objectieve gezondheid van de diabetespatiënt moet bevorderen door middel van wetenschappelijk bewezen adviezen en behandelingen. Dat 'evidence based medicine' niet zo eenvoudig is als het lijkt, schetst Rutten aan de hand van een betoog over 'numbers needed to treat'. Deze maat mag dan inzichtelijker zijn dan relatieve risico's of odds ratio's, een objectief afkappunt bestaat niet. Dus zullen bij de interpretatie van onderzoeksgegevens verschillende dokters verschillende keuzen kunnen maken.

Naast het verbeteren van de gezondheid van zijn patiënten moet de huisarts zich speciaal richten op de therapietrouw. Patiënteducatie door de huisarts en protocoltrouw van de huisarts stimuleren therapietrouw bij de patiënt. Als de dokter immers steeds nalaat de voeten van zijn diabetespatiënt te controleren, zal bij de patiënt de mening postvatten dat voetcontrole niet belangrijk is.

De door Rutten gepropageerde

moderne behandeling van diabetes mellitus type 2 zal goed georganiseerd moeten worden; er moet sprake zijn van 'disease management': geprotocolleerde diagnostiek en therapie, een sluitend registratie/afsprakesysteem, coördinatie van de samenwerkende hulpverleners, en periodieke evaluatie van het beleid en de resultaten daarvan. Er worden dus hoge eisen gesteld aan de kennis, vaardigheden en organisatietalent van de huisarts. Daarenboven moet de huisarts bereid zijn open te communiceren met de patiënt over diens doelstellingen: wil de patiënt perfect ingesteld zijn, zich houdend aan dieet en tijdig innemen van medicatie, of wil de patiënt zich wat losser kunnen bewegen met een mindere instelling van de ziekteparameters als gevolg? Moderne huisartsgeneeskunde impliceert communicatie over dit onderwerp. Huisartsen die de autonomie van patiënten hoogachten, zullen non-compliance van een goed-geïnformeerde patiënt respecteren.

De door Rutten geschetste transparante, goed georganiseerde, patiëntgerichte geneeskunde is een ideaal. De verwerkelijking van dit ideaal hangt niet alleen af van de bereidheid en inzet van huisartsen (die is er), de aanwezigheid van diabetesdiensten (die zijn er) of praktijkverpleegkundigen (die komen er), maar vooral van de keuzen die wij als huisartsen maken (willen wij generalist blijven; hoeveel tijd hebben wij?), van de keuzen die de LHV maakt (moeten we niet streven naar praktijkverkleining?), en van de keuzen die het NHG maakt (waar is de grens van huisartsgeneeskundig handelen?). Over de consequenties van dit ideaal zal gediscussieerd moeten worden, bij voorkeur op een fundamenteeler niveau dan nu gebeurt. (PL)

fect van aspirine op hart- en herseninfarct'. Een kwartet epidemiologen analyseerde zestien RCT's met gegevens van in totaal 55.462 patiënten. Het bewijs is overweldigend: aspirine werkt preventief.

Die conclusie is op zichzelf weinig verrassend. Duizenden mensen, ook niet-patiënten, slikken om deze reden dagelijks hun aspirientje. Nieuw is dat de onderzoekers ook de keerzijde in hun analyse betrokken: de kans op het krijgen van een hersenbloeding. Het antwoord hierop is 'ja, het risico is duidelijk verhoogd'. Daarmee zit definitief de mot in het aloude adagium 'an aspirine a day keeps the doctor away'. Opvallend is dat de kans op het krijgen van een hersenbloeding onafhankelijk is van patiëntkenmerken (zoals sekse, roken, hypertensie en leeftijd), terwijl het preventief effect wel direct gerelateerd is aan het risicoprofiel van een patiënt. Dokteren is balanceren: hoe de balans te bewaken tussen risico en opbrengst? De boodschap is: weeg de risico's per individueel geval.

In het begeleidend commentaar vertolkt Boissel een meer uitgesproken standpunt: ontraad aspirine als primaire preventie en wees uiterst voorzichtig bij laag-risico patiënten. Bij deze patiënten wegen de nadelen zwaarder dan de voordelen. Alleen risico-patiënten zijn in het kader van secundaire preventie aspirine-rijp.² Dokters weten dit nu. Nu de drogist nog. (FM)

1 He J, Whelton PK, Vu B, Klag MJ. Aspirin and risk of hemorrhagic stroke. A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 1998;22:1930-5.

2 Boissel JP. Individualizing aspirin therapy for prevention of cardiovascular events. JAMA 1998;22:1949-50.

En verder in dit nummer...

Ingezonden	176
Referaten	179
Forum	181
Boeken	184
Aankondigingen	185
Ontvangen proefschriften	185
H&W	186
Congres	187
Agenda	188
NHG-katern	189