

Depressiviteit na een cerebrovasculair accident: het oordeel van de huisarts

H.I. LOOR
K.H. GROENIER
J. SCHULING
B. MEYBOOM-DE JONG

Loor HI, Groenier KH, Schuling J, Meyboom-de Jong B. Depressiviteit na een cerebrovasculair accident: het oordeel van de huisarts. Huisarts Wet 1999;42(7):299-302,321.

Doel Nagaan of huisartsen depressiviteit herkennen bij patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) en welke patiënten de meeste kans hebben depressief te worden.

Method Descriptief patiëntgebonden onderzoek in huisartspraktijken in Groningen, Friesland en Drenthe. Het voorkomen van depressiviteit volgens de Zung-zelfbeoordelingsschaal werd vergeleken met het oordeel dat de huisartsen desgevraagd gaven over de stemming van hun patiënten.

Resultaten Een jaar na het CVA kwam depressiviteit gemeten met de Zung bij 13 procent van de patiënten voor, en beoordeeld door de huisartsen bij 20 procent. Er bleek een hoge overeenstemming tussen beide methoden. Als er een verschil was, was er meestal sprake van een positief oordeel van de huisartsen bij een negatieve Zung-score. Depressiviteit bleek vaker voor te komen bij oudere patiënten, bij patiënten zonder partner en bij patiënten met meer sociale beperkingen.

Conclusie Huisartsen herkennen ook bij CVA-patiënten depressiviteit adequaat.

Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen.

mw.dr. H.I. Loor, arts; drs. K.H. Groenier, methodoloog; dr. J. Schuling, huisarts; prof.dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: mw.dr. H.I. Loor, Zuiderveen 3, 9674 HA Winschoten.

Inleiding

Over het herkennen van depressies door huisartsen is veel gepubliceerd. Huisartsen zouden de neiging hebben psychische stoornissen – waaronder depressiviteit – te onderdiagnosticeren.¹ Dit zou vooral het geval zijn bij patiënten met ernstige lichamelijke aandoeningen.² Van huisartsenzijde wordt hiertegen ingebracht dat er van onderdiagnosticeren geen sprake is, en dat eventuele verschillen in voorkomen van depressies het gevolg zijn van verschillen in definities en onderzoeksmethoden.³

Na een cerebrovasculaire accident (CVA) komen depressies vaak voor; hoe vaak, is ondanks het vele onderzoek op dit gebied nog steeds niet duidelijk. *House* spreekt over prevalenties van 'poststroke depressie' (PSD) variërend van 18 tot 61 procent.⁴ *Gordon & Hibbard* vonden in hun literatuuroverzicht over de periode 1985-1995 prevalenties variërend van 25 tot 79 procent.⁵

Deze variatie hangt samen met de selectiecriteria bij het samenstellen van de onderzoekspopulatie, met het tijdsinterval ten opzichte van het CVA en met methodische problemen bij het diagnosticeren van de aandoening. Wat dit laatste betreft, speelt de keuze van het meetinstrument een belangrijke rol.

In depressieonderzoek vanuit psychiatrisch epidemiologisch perspectief wordt de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) meestal als criterium gehanteerd. Dit classificatiesysteem wordt als gouden standaard beschouwd, maar het gebruik ervan bij patiënten met een neurologische aandoening – zoals een CVA – is om diverse redenen onnauwkeurig. Het gaat namelijk uit van een intact ziekte-inzicht en accurate rapportage door de patiënt, het leunt zwaar op somatische symptomen, en houdt geen rekening met de invloed van neuropsychologische stoornissen.⁵

In depressieonderzoek vanuit generalistisch (huisartsgeneeskundig, verpleegkundig) perspectief worden zelfbeoordelingsschalen vaak als criterium gehanteerd. Deze schalen hebben dezelfde be-

zwaren als de DSM-IV en hebben te maken met een aanzienlijk 'non-respons'; anderzijds zijn zij eenvoudig in het gebruik en daardoor weinig belastend voor de patiënt. Gemeten met een zelfbeoordelingsschaal, bedraagt de prevalentie van depressie in een open populatie een jaar na het CVA circa 15 procent.^{6,7} Wij vroegen ons af hoe vaak hiermee vergeleken 'generalisten-hulpverleners' – i.c. huisartsen – depressie signaleren.

Omdat depressies het revalidatieproces na een CVA kunnen belemmeren, en omdat de meeste depressies goed behandelbaar zijn, is het voor de huisarts belangrijk te weten welke CVA-patiënten de meeste kans lopen depressief te worden. Het is echter vooralsnog niet duidelijk hoe PSD ontstaat, en wat de risicofactoren zijn.⁵ Bij PSD is eerder sprake van een psychologische reactie op een schokkende gebeurtenis – het CVA – dan van een endogene depressie.⁸

De volgende factoren zijn in verband gebracht met PSD:

- *Persoonskenmerken.* PSD zou vaker voorkomen bij vrouwen, patiënten zonder partner, of juist patiënten mét partner.^{7,9} De leeftijd zou geen rol spelen.
- *Functionele toestand.* PSD zou samenhangen met beperkingen in lichamelijk en sociaal functioneren.^{7,9,10}
- *Hemisfeerzijde.* PSD zou volgens sommigen verband houden met een laesie in de linker hemisfeer, volgens anderen met een laesie rechts.^{9,7} Anderen vermoedden een complexer verband.¹¹

In het kader van een drie jaar durend observatieonderzoek bij een ongeselecteerde populatie CVA-patiënten bestudeerden wij onder meer het voorkomen van depressiviteit één jaar na het CVA. In dit artikel worden de volgende vragen beantwoord:

- Wordt depressiviteit bij CVA-patiënten, zoals die vastgesteld kan worden met een zelfbeoordelingsschaal, door huisartsen goed herkend?
- Welke patiënten hebben de meeste kans een jaar na hun CVA depressief te worden?

Methode

Gedurende één jaar – januari t/m december 1990 – meldden huisartsen in het noorden van het land iedere patiënt met een nieuw – eerste of recidief – CVA. Als insluitcriterium gold de WHO-definitie van CVA: ‘een plotseling optredend ziektebeeld met verschijnselen van een focale stoornis in de hersenfunctie, dat langer duurt dan 24 uur of eindigt met de dood, en waarvoor geen andere oorzaak aanwijsbaar is dan een vasculaire stoornis’.¹² Alle patiënten werden in de eerste week na het CVA door een neurologisch getrainde onderzoeker bezocht om de diagnose te bevestigen en de symptomen vast te stellen. Daarna werden zij op gezette tijden in hun eigen omgeving bezocht en geïnterviewd. Er vonden geen interventies plaats. Het eerste halfjaar van de follow-up is elders gedetailleerd beschreven.¹³

Voor dit artikel beschrijven we die patiënten die onder behandeling van de huisarts waren. Van hen werden de volgende kenmerken vastgelegd: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat (met of zonder partner) en woonvorm (zelfstandig of aanleunwoning/verzorgingshuis). De hemisfeerzijde van de hersenlaesie werd afgeleid uit de bevindingen van het neurologisch onderzoek in de eerste week, eventueel aangevuld met de uitslag van een CT-scan.

Meetinstrumenten

• De *Zung-depressieschaal* is een zelfbeoordelingsschaal voor depressie.¹⁴ Deze vragenlijst is in betrekkelijk korte tijd af te nemen en is bij gebruik bij CVA-patiënten een valide instrument. In vergelijking met de psychiatrische diagnose depressie heeft de Zung – bij de aanbevolen afkappunten – een hoge sensitiviteit en specificiteit (respectievelijk 76 en 96 procent) en een hoge positieve en negatieve voorspellende waarde (respectievelijk 93 en 84 procent).¹⁵ De oorspronkelijke Zung bestaat uit twintig vragen. Wij gebruikten de uit twaalf items bestaande Nederlandse versie, de Zung-12, die in een onderzoek bij ouderen voldoende betrouwbaar en valide is gebleken.¹⁶ De Zung-12 heeft een score-bereik van 12 (beste score) tot en met

36 (slechtste score) met een aanbevolen afkappunt van 32.

• Het *oordeel van de huisartsen* over de aanwezigheid van depressiviteit bij hun patiënten is afkomstig van de schriftelijke vragenlijst die zij iedere vier maanden invulden. De vragen betroffen de actuele comorbiditeit en de functionele toestand van de patiënten; één ervan luidde letterlijk: ‘Vindt u dat uw patiënt in de afgelopen periode depressief was?’

• *Lichamelijk functioneren* werd gemeten met de Barthel Index (scorebereik 0-20), een ADL-schaal (ADL – activiteiten van het dagelijks leven), die zelfverzorging en mobiliteit meet en in CVA-onderzoek wordt beschouwd als standaard voor lichamelijk functioneren.^{17,18}

• *Sociaal functioneren* werd gemeten met de Frenchay Activities Index (FAI; scorebereik 0-45). De FAI werd speciaal ontwikkeld voor onderzoek bij CVA-patiënten en meet activiteiten die meer complex zijn dan de ADL, zoals huishouden, hobby’s en sociaal functioneren.¹⁹

Analyse

De Zung, Barthel en FAI werden een jaar na het CVA afgenomen. Op hetzelfde tijdstip vulden de huisartsen een schriftelijke vragenlijst in over de periode van acht tot twaalf maanden na het CVA. Als maat

voor de overeenkomst tussen de Zungscore (positief of negatief) en het oordeel van de huisarts (wel of niet depressief) werd Cohen’s Kappa gebruikt.

De Zungscores en het oordeel van de huisartsen worden per variabele – patiënt-en ziektekenmerk – gepresenteerd. Daartoe werden de variabelen als volgt gedi-chotomiseerd:

- leeftijd: ouder of jonger ten opzichte van de mediane leeftijd;
- geslacht: man/vrouw;
- burgerlijke staat: met/zonder partner;
- woonvorm: zelfstandig/niet zelfstandig (= in aanleunwoning, verzorgingshuis);
- hemisfeerzijde: links/rechts;
- lichamelijke beperkingen: ja/nee (volgens Barthelscore, cesuur bij de mediaan);
- sociale beperkingen: ja/nee (volgens FAI-score, cesuur bij de mediaan).

Van elke subgroep patiënten (jongeren versus ouderen, etc.) werden de gemiddelde en mediane Zungscore berekend, en het aantal patiënten met een depressie volgens de Zung (afkappunt 32) en volgens de huisartsen.

Het verband tussen Zungscores en functionele toestand (Barthel Index, FAI) werd univariaat nagegaan met Pearson correlatiecoëfficiënten. Multivariaat werd het verband tussen de Zungscores en bo-

Tabel 1 Kenmerken van de 71 patiënten van wie een Zungscore bekend is, één jaar na het CVA. Percentages

Leeftijd (jaren)		Lichamelijk functioneren*	
– gemiddelde	73	– ADL-zelfstandig	61
– spreiding	41-92	– licht beperkt	21
Vrouwen/mannen	58/42	– matig beperkt	11
		– ernstig beperkt	6
Woonvorm		– zeer ernstig beperkt	1
– zelfstandig wonend	77	Sociaal functioneren†	
– aanleunwoning/verzorgingshuis	23	– niet/licht beperkt	18
Met partner	62	– matig beperkt	37
Laesie		– ernstig beperkt	21
– linker hemisfeer	57	– zeer ernstig beperkt	24
– rechter hemisfeer	43		

* Volgens Barthelscore: 20 ADL-zelfstandig, 15-19 licht beperkt, 10-14 matig beperkt, 5-9 ernstig beperkt, 0-4 zeer ernstig beperkt.

† Volgens FAI-score: 30-45 niet/licht beperkt, 20-29 matig beperkt, 10-19 ernstig beperkt, 0-9 zeer ernstig beperkt.

Tabel 2 Voórkomen van depressie bij 71 patiënten, één jaar na het CVA: overeenkomst tussen de Zungscore en het oordeel van de huisarts (Kappa=0,64)

Zungscore	Oordeel huisarts		Totaal
	Positief	Negatief	
Positief	8	1	9
Negatief	6	56	62
Totaal	14	57	71

Tabel 3 Aanwezigheid van depressiviteit volgens Zung en oordeel huisarts per patiënt- en ziektekenmerk, één jaar na het CVA (n=71)

Patiëntkenmerk	n	Zungscore			Oordeel arts pos. (%)†
		gem.	med.	SD	
Leeftijd					
– jonger‡	35	20,2	17,0	7,9	4 (11%)
– ouder	36	20,4	18,0	7,6	5 (14%)
Geslacht					
– man	30	19,7	15,0	8,6	5 (17%)
– vrouw	41	20,7	21,0	7,2	4 (10%)
Burgerlijke staat					
– met partner	44	19,8	17,0	7,8	5 (11%)
– alleen	27	21,1	19,0	7,8	4 (15%)
Woonvorm					
– zelfstandig	55	20,0	17,0	7,5	6 (11%)
– niet zelfst.	16	21,3	20,0	8,6	3 (19%)
Hemisfeerzijde					
– links	40	18,9	17,0	7,1	3 (8%)
– rechts	30	22,4	21,0	8,3	6 (20%)
Lichamelijke beperkingen§					
– nee	43	18,6	17,0	6,7	3 (7%)
– ja	28	23,0	22,5	8,6	6 (21%)
Sociale beperkingen					
– niet/licht	39	18,5	17,0	6,6	3 (8%)
– matig/ernstig	32	22,6	21,0	8,5	6 (19%)

* Aantal (%) patiënten met positieve Zungscore bij afkappunt 32.
 † Aantal (%) patiënten die volgens huisarts depressief zijn.
 ‡ Leeftijdscesuur bij mediaan (73 jaar).
 § Volgens Barthelscore, cesuur mediaan (Barthel 20).
 || Volgens FAI-score, cesuur mediaan (FAI 20).

Tabel 4 Variantie/covariantie analyse van variabelen die mogelijk samenhangen met een hogere Zungscore (met leeftijd, Barthel en FAI als covariaat)

	Mean square	DF	F-waarde	p-waarde
Oudere leeftijd	376,53	1	8,26	0,006
Lichamelijke beperkingen*	110,95	1	2,44	0,125
Sociale beperkingen†	186,44	1	4,09	0,048
Geslacht (vrouwen)	73,93	1	1,62	0,208
Woonvorm (niet zelfstandig)	1,78	1	0,04	0,844
Burgerlijke staat (alleenstaand)	286,89	1	6,30	0,015
Hemisfeerzijde (rechts)	176,76	1	3,88	0,054
Geslacht x woonvorm	55,83	1	1,23	0,273
Geslacht x burgerlijke staat	74,28	1	1,63	0,207
Geslacht x hemisfeerzijde	37,41	1	0,82	0,369
Woonvorm x burgerlijke staat	6,99	1	0,15	0,697
Woonvorm x hemisfeerzijde	47,07	1	1,03	0,314
Burgerlijke staat x hemisfeerzijde	2,85	1	0,06	0,804

* Volgens Barthelscore.
 † Volgens Frenchay Activities Index (FAI).

venstaande patiëntkenmerken en ziektekenmerken nagegaan in een variantie/covariantieanalyse (met leeftijd, Barthelscores en FAI-scores als covariaat).

Resultaten

In 1990 werden 221 CVA-patiënten bij ons aangemeld door 112 participerende huisartsen. In het eerste jaar stierven 82 patiënten en vier weigerden verdere deelname, zodat de populatie een jaar na het CVA uit 135 patiënten bestond.

Tweederde van deze populatie, een aselecte steekproef van 89 patiënten, werd onderzocht op depressiviteit. Elf van hen verbleven in een verpleeghuis onder de medische verantwoordelijkheid van een verpleeghuisarts. De overige 78 patiënten waren onder behandeling van de huisarts. Over deze 78 patiënten gaat dit artikel.

Zeven van de 78 patiënten waren door dementie of ernstige afasie niet in staat de Zung te beantwoorden; bij 71 patiënten kon de Zung worden afgenomen (tabel 1). De huisartsen konden bij alle 78 patiënten een uitspraak doen over de aanwezigheid van depressiviteit.

Voórkomen depressiviteit

Volgens de Zung waren een jaar na het CVA 9 patiënten depressief (13%; 95%-BI 6,0-22,7%). Volgens de huisartsen waren 14 patiënten depressief of depressief geweest (20%; 95%-BI 11,2-30,9%). De gemiddelde Zungscore van deze 14 patiënten was 28,9 (SD 9,3). De gemiddelde Zungscore van de overige 57 was 18,2 (SD 5,7). De overeenstemming tussen de Zungscore en het oordeel van de huisartsen bedroeg 0,64 (tabel 2).

Risicofactoren

Volgens de univariate analyse (tabel 3) lijkt depressiviteit vooral voor te komen bij patiënten met een laesie in de rechter hemisfeer, bij niet-zelfstandig wonenden en bij patiënten met lichamelijke of sociale beperkingen. De correlatiecoëfficiënt tussen Zung en Barthel bedroeg -0,36, en tussen Zung en FAI -0,28.

In de multivariate analyse bleken drie

factoren samen bij te dragen aan een hogere Zungscore: een hogere leeftijd, het ontbreken van een partner en een slechtere FAI-score (tabel 4). Hemisfeerzijde, woonvorm en Barthelscore bleken in deze analyse – dus gecorrigeerd voor andere variabelen – niet samen te hangen met de Zungscore.

Beschouwing

Uit dit onderzoek blijkt dat depressiviteit bij CVA-patiënten door huisartsen goed wordt herkend en verder dat depressiviteit vaker voorkomt bij oudere, alleenstaande patiënten die sociaal slechter functioneren.

Het goed herkennen van depressiviteit door huisartsen leiden we af uit de Kappa van 0,64 tussen de Zung en het artsenoordeel. De Kappa is een strenge maat. Een Kappa van 0,61-0,80 – bij gebruik van hetzelfde meetinstrument op hetzelfde meetmoment door twee verschillende onderzoekers – betekent een voldoende tot goede interbeoordelaars-overeenstemming.²⁰ Omdat in ons onderzoek sprake is van twee beoordelaars met twee verschillende instrumenten en niet volledig samenvallende meetmomenten, is een Kappa van 0,64 te beschouwen als een hoge overeenstemming.

Als het artsenoordeel en de Zung verschilden, was er meestal sprake van een positief oordeel van de huisartsen bij een negatieve Zungscore. Dit verschil heeft in de eerste plaats te maken met de keuze van het afkappunt. De Zung is een continue schaal die het hele scala van ‘stemming’ bestrijkt en het blijft arbitrair waar de grens tussen wel en niet depressief wordt gelegd. Wij hanteerden het officiële afkappunt van 32, maar bij een lager afkappunt zou er wellicht een betere overeenstemming met het oordeel van de artsen zijn. Ook kan de discrepantie tussen artsenoordeel en Zung een gevolg zijn van een verschil in meetmomenten. Het artsenoordeel was niet gebaseerd op een momentopname, zoals de Zung (puntprevalentie), maar op een periode van vier maanden (periodeprevalentie). Mogelijk

is de frequentie waarmee depressiviteit volgens de artsen voorkomt daardoor hoger. Het verschil tussen het artsenoordeel en de Zung kan er ook mee te maken hebben, dat we de definitie van ‘depressief’ aan de huisartsen zelf hebben overgelaten. Uit aan de vragenlijsten toegevoegde opmerkingen als ‘deze patiënt is altijd een somber type geweest’ kregen wij de indruk dat de artsen naast gedrag ook persoonlijkheidskenmerken in hun beoordeling hebben meegewogen.

In onderzoek naar het signaleren en diagnosticeren van depressies komen huisartsen er vaak slechter af. Zo zouden huisartsen een veel lagere sensitiviteit hebben bij het opsporen van depressie dan de General Health Questionnaire (GHQ), maar dit blijkt sterk afhankelijk van de keuze van het afkappunt van de GHQ.^{21,22} In een ander onderzoek onder ouderen werd nauwelijks overeenstemming gevonden tussen de diagnose depressie door de huisarts en een positieve score op de Geriatric Depression Scale.²³ MacDonald daarentegen concludeert dat huisartsen zelden depressies bij ouderen missen.²⁴

Een jaar na het CVA kwam, gemeten met de Zung-depressieschaal, bij 13 procent van de door ons onderzochte patiëntengroep depressiviteit voor. Dit percentage spoort met ander CVA-onderzoek waarbij zelfbeoordelingsschalen werden gebruikt.^{6,7} De bezwaren van zelfbeoordelingsschalen zijn al genoemd. Eén ervan is een hoge non-respons. In ons onderzoek viel dat mee (9 procent). De huisartsen overigens waren in staat de volledige patiëntengroep – dus ook de non-respondenten – op depressiviteit beoordelen.

Het voorkomen van depressie onder ouderen in het algemeen ligt in dezelfde orde van grootte; die bedraagt 10 tot 15 procent.^{23,25} Dit zou kunnen betekenen dat depressie niet te zeer gezien moet worden als specifiek gevolg van het CVA.

In ons onderzoek kwam depressiviteit vaker voor bij ouderen, bij patiënten zonder partner en bij patiënten met meer sociale beperkingen. Dit komt overeen met ander onderzoek.^{7,9,10} Bij deze patiëntencategorieën zouden hulpverleners dus eer-

der bedacht moeten zijn op depressie. Als PSD inderdaad veeleer reactief is dan endogeen, spelen wellicht heel andere risicofactoren een rol.⁸ Daarbij valt te denken aan coping-strategieën, neuropsychologische problematiek en sociale steun.

Literatuur

- 1 Wright AF. A study of the presentation of somatic symptoms in general practice by patients with psychiatric disturbance. *Br J Gen Pract* 1990;40: 459-63.
- 2 Tylee AT, Freeling P, Kerry S. Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br J Gen Pract* 1993;43:327-30.
- 3 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138: 118-22.
- 4 House A. Mood disorders after stroke: a review of the evidence. *Int J Geriatric Psychiatry* 1987; 2:211-21.
- 5 Gordon WA, Hibbard MR. Poststroke depression: an examination of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:658-63.
- 6 House A, Dennis M, Mogridge L, et al. Mood disorders in the year after stroke. *Br J Psychiatry* 1991;158:83-92.
- 7 Wade DT, Legh-Smith J, Hewer RA. Depressed mood after stroke. A community study of its frequency. *Br J Psychiatry* 1987;151:200-5.
- 8 Gianotti G, Azzoni A, Razzano C, et al. The Post-Stroke Depression rating Scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997;19:340-56.
- 9 Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993;24:976-82.
- 10 Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, et al. The influence of depression, social activity and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1993;24:1478-83.
- 11 Stern RA, Bachman DL. Depressive symptoms following stroke. *Am J Psychiatry* 1991;148: 351-6.
- 12 WHO Special Report. Stroke – 1989: recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy. *Stroke* 1989;20:1407-31.
- 13 Schuling J. Stroke patients in general practice. Impact, recovery and the GP's management in the first six months poststroke [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
- 14 Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr* 1965;12:63-70.
- 15 Agrell B, Dehlin O. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke* 1989;20:1190-4.

Vervolg literatuur op pag. 321.

Depressiviteit na een cerebrovasculair accident: het oordeel van de huisarts

Vervolg literatuur van pag. 302

- 16 Hulstijn EM, Deelman BG, De Graaf A, Berger H. De Zung-12: een vragenlijst voor depressiviteit bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1992; 23:85-93.
- 17 Mahoney FJ, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
- 18 De Haan R, Limburg M, Schuling J, et al. Klinimetriche evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:917-21.
- 19 Schuling J, De Haan R, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay Activities Index: assessment of functional status in stroke patients. *Stroke* 1993;24:1173-7.
- 20 Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
- 21 Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:15-8.
- 22 Van der Meer K, Smith RJA, Groenier KH. De General Health Questionnaire (GHQ) in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991;34:570-5.
- 23 Pond CD, Mant A, Bridges-Webb C, et al. Recognition of depression in the elderly: a comparison of the general practitioners opinions and the geriatric depression scale. *Fam Pract* 1990;7: 190-4.
- 24 MacDonald AJD. Do general practitioners 'miss' depression in elderly patients? *BMJ* 1986;292: 1365-7.
- 25 Van Marwijk H, Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract* 1993;10:63-5. ■

Abstract

Bruijnzeels MA, Voorham AJJ, De Hoop T. Peer health education for ethnic minorities in general practice in Rotterdam. Results of a proces evaluation. *Huisarts Wet* 1999; 42(7):307-10.

Objective Describing the process of the first 16 months of an intervention in which three peer health educators for ethnic minorities were assigned to general practices in Rotterdam. The aim of the intervention was to optimise the communication between GP and ethnic minority patient and to increase the knowledge of the patient.

Methods Descriptive study in general practices in Rotterdam with a high proportion of ethnic minority patients listed. Registration of all consultations of three female health educators (one Turkish, one Moroccan and one Chi-

nese) with patients on a specially designed form and semi-structured interviews with health educators and participating GPs.

Results Three health educators had 938 consultations with patients. Problems encountered were mostly psychological, chronic and social. These patients spoke hardly any Dutch and had a very low educational level (maximally primary school). GPs and health educators recognised a clear starting phase that was characterised by mutual adaptation. GPs and health educators concluded that the assignment was very useful and that it increased the quality of GP care for this hard-to-reach population.

Correspondence A.J.J. Voorham, Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o, PO Box 70032, 3000 LP Rotterdam, Netherlands; e-mail: voorhamt@ggd.rotterdam.nl.

H&W

Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- Via de *jaarregisters*. Abonnees ontvangen jaarlijks in januari of februari het register over de afgelopen jaargang.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1998. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. Voor dit register is een personal computer vereist, in combinatie met het *indexprogramma* van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De instapprijs voor abonnees bedraagt NLG 97,50. Voor andere particulieren is dat NLG 125,-, voor instellingen NLG 150,-. De jaarlijkse updates kosten respectievelijk NLG 45,-, NLG 65,- en NLG 90,-. Te bestellen bij Intermedia bv, klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- Via de *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt NLG 5,- per trefwoord of A4, met een minimum van NLG 15,- (exclusief verzendkosten). Aan te vragen bij het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.

Afvallen op recept?

Sjöström L, Rissannen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet* 1998;352:167-73.

Orlistat is een nieuw middel dat gewichtsverlies bevordert door remming van de gastro-intestinale lipases. Bij een dosering van 120 mg drie maal per dag wordt hierdoor circa 30 procent minder vet geabsorbeerd. Hoe effectief is dit middel en hoe goed wordt het verdragen?

Aan deze dubbelblinde studie werd deelgenomen door 688 personen met een Quetelet-index van 28-47. De deelnemers kregen óf orlistat óf een placebo, in combinatie met een hypocalorisch dieet. Na een jaar was het gewichtsverlies in de actief behandelde groep 10,3 kg versus 6,1 kg in de placebogroep.

Vervolgens werden beide groepen gesplitst in een interventie- en een controlegroep, in alle gevallen in combinatie met een eucalorisch dieet. Alleen de groep die in het eerste jaar placebo en in het tweede jaar orlistat had gekregen, vertoonde ook in het tweede jaar een gewichtsverlies (1 kg); in alle andere groepen was er een gewichtstoename. In de groep die twee jaar actief was behandeld, was deze toename – 2,5 kilo – significant minder dan in de andere groepen. Van de patiënten die twee jaar actief waren behandeld, had 57 procent na afloop een gewichtsverlies >5 procent; in de controlegroep was dat 37 procent.

De bijwerkingen, met name gastro-intestinaal, namen af naarmate de orlistat langer werd gebruikt. Van de ernstige bijwerkingen was er in beide groepen één die kon worden toegeschreven aan de behandeling. In de placebogroep was meer uitval dan in de actief behandelde groep.

De auteurs concluderen dat orlistat in combinatie met dieetmaatregelen effectief is om een gewichtsverlies te induceren en vast te houden. Wel dient rekening te worden gehouden met een verminderde absorptie van de vetoplosbare vitaminen.

Joost den Otter

Niet van lange duur: salmeterol

Nelson JA, Strauss L, Skowronski M, et al. Effect of long-term salmeterol treatment on exercise-induced asthma. *N Engl J Med* 1998;339:141-6.

Behoudt salmeterol zijn werking bij patiënten met inspanningsastma ook na vier weken continue toediening? In het kader van een dubbelblinde cross-over-trial kregen 20 patiënten één maand salmeterol 2 x 2 puffs en – na een wash-outperiode van een week – één maand