

Huisarts en Wetenschap

Redactiecommissie

Dr. J.O.M. Zaat, voorzitter
Dr. M.Y. Berger
Dr. H.E. van der Horst
Dr. P.L.B.J. Lucassen
Dr. B. Terluin
Dr. H.C.P.M. van Weert
Dr. G.Th. van der Werf

Redactiesecretariaat

Mw. C.M.J. Hielkema
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668
E-mail redactie@nhg-nl.org

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) 6383763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij,
www.bsl.nl

Abonnementenadministratie

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv,
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
E-mail: klantenservice@bsl.nl

Voor België: Kluwer
Santvoortbeeklaan 21-25, 2100 Deurne
T 0800/30.143, F 0800/17.529
E-mail: info@kluwer.be

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens één kalenderjaar, van 1 januari t/m 31 december, verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt eenmaal per jaar, in december, bij voorafbetaling voor het aankomende jaar berekend. Bij tussentijdse aanmelding wordt voor de resterende tijd van het lopende kalenderjaar een evenredig deel van de abonnementsprijs in rekening gebracht.

Adreswijziging

Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswijziging met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum.

Beëindiging abonnement

Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 1 november van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
particulieren: f 195,50/€ 88,70; geldt ook voor Ned. Antillen en Suriname
overig buitenland: f 295,50/€ 134,10
studenten: f 99,50/€ 45,15
België: Bfr 4150
losse nummers: f 22,50/€ 10,20/Bfr 550
Prijswijzigingen voorbehouden.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 maal per jaar.

Druk
Wilco, Amersfoort

Van toepassing zijn de Algemene Voorwaarden van Wolters Kluwer Nederland BV en Groepsmaatschappijen, gedeponeerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Amsterdam op 4 januari 2000 onder depotnummer 5/2000.

Nederlands
uitgeversverbond

Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

ISSN 0018-7070

Einde van het tijdperk Hofmans

Vanaf de eerste nummers van Huisarts en Wetenschap tot en met het vorige nummer heeft een Hofmans een belangrijke inbreng gehad: eerst Arthur Hofmans als lid en van 1959 tot 1979 als voorzitter van de redactiecommissie en vanaf 1979 diens zoon Erik Hofmans als eindredacteur.

Lezers merken nauwelijks wat er bij het maken van een tijdschrift allemaal komt kijken. Zo hoort dat ook; een eindredacteur kan een tijdschrift maken of breken. En Hofmans heeft het gemaakt. Tot dit nummer van deze jaargang dan. Vele honderden artikelen en duizenden kleine stukjes als brieven, referaten en boekbesprekingen zijn door zijn handen gegaan. Soms bleef er daarna slechts de helft van een stuk over. De leesbare helft, dat wel. Hofmans kon vreselijk brommen op de stijl van auteurs: onlogische zinnen en overbodige uitweidingen werden zonder meer geschrapt. Auteurs zagen daarom – zeker in de beginjaren – de eindredacteur nog al eens als tegenstander. Al hun ‘mooie’ zinnen en de ‘couleur locale’ verdwenen en daarbij kon Hofmans het soms ook niet laten zich met de inhoud te bemoeien. De laatste jaren waren veel auteurs echter dankbaar dat er van hun teksten goed leesbare verhalen werden gemaakt.

Typend is dat Hofmans al na een paar jaar een onderzoek deed naar de leesbaarheid van H&W: een gecontroleerd dubbelblind lezersonderzoek.¹ Hij liet huisartsen, huisartsen in opleiding en gedragswetenschappers ruwe en redactioneel bewerkte versies van twee artikelen beoordelen. De waardering van de bewerkte versies lag aanzienlijk hoger. Hofmans heeft al die jaren op dat spoor doorgewerkt: vorig jaar publiceerden we op hetzelfde aantal pagina's 22 artikelen meer dan het jaar daarvoor. Ondanks onze richtlijnen zijn auteurs in die jaren niet beknopter gaan schrijven, zodat dit vooral op Hofmans' conto komt. Veel van de richtlijnen voor auteurs zijn geheel of mede van zijn hand; met name gaf hij aanwijzingen

voor het systematisch beschrijven van (literatuur)onderzoek.^{2,3} En dat alles voordat het begrip systematische review was uitgevonden.

Niet alleen bewerkte Hofmans artikelen, hij schreef ze ook. Niet altijd even kort maar vaak wel bijzonder helder. Zijn provocerende woorden over interdoktervariatie,⁴ de registratienetwerken⁵ en registreren in de huisartspraktijk⁶ klinken van tijd tot tijd nog na.

Veel auteurs hebben het schrijven bewust of onbewust van hem geleerd. Ik zelf herinner me in ieder geval een door hem gegeven cursus schrijven halverwege de jaren tachtig, waarin er zes deelnemers waren en zeven manuscripten. Pas op het eind bleek dat Hofmans het zevende manuscript, dat door iedereen als beste werd beoordeeld, zelf geschreven had. Dat leer ik nooit dacht ik toen. Maar schrijven kun je leren en Erik Hofmans heeft een generatie huisartsen en onderzoekers geleerd helder en beknopt te zijn. Daarvoor komt hem bijzonder veel dank toe, van de redactiecommissie, van het NHG en vooral van de lezers.

Joost Zaat

- Hofmans EA. Hoe leesbaar is Huisarts en Wetenschap; een gecontroleerd dubbelblind lezersonderzoek. Huisarts Wet 1986;29:4-7.
- Hofmans EA. Handleiding voor het schrijven van een onderzoeksverslag. Huisarts Wet 1984;27:70-1.
- Hofmans EA. Het literatuuroverzicht. formele richtlijnen voor auteurs. Huisarts Wet 1994;37:329-30.
- Hofmans EA. Diagnostische interdoktervariatie. Kanttekeningen bij een taai ongerief. Huisarts Wet; 42:1999;3-4.
- Hofmans EA. Bij nader inzien. Nogmaals kritisch kijken naar vijf huisartsregistratienetwerken. Huisarts Wet 2000;43:355-61.
- Hofmans EA, Van Duijn NP. Naar een nieuwe NHG-standaard medische Verslaglegging. Huisarts Wet 2000;43:5-6.

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisarts-geneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Ton Drenthen, Henriëtte van der Horst, Berend Terluin, Tjerk Wiersma en Joost Zaat

Trent) spoorde men in zeven gezondheidsregio's de minder goed functionerende huisartsen op.¹ Daartoe stelden de Health Authorities samen met vertegenwoordigers van huisartsen (performance review quartets) een aantal normen op. In Engeland wordt veel geregistreerd en door nu allerlei cijfers te combineren leek het mogelijk een profiel op te stellen van huisartsen in de gevarenzone: aantal patiënten, aantal vrouwen met een recente cervixsmear, formatie assistentie per 1000 patiënten, aantal klachten bij instanties, voorschrijfcijfers, percentage generiek voorschrijven, nascholing van assistentes, etc. Voor elk van deze items werden afkappunten bepaald. Op deze manier werden 18 huisartsen opgespoord die mogelijk disfunctioneerden: 3 weigerden verder mee te doen, 15 werden er bezocht en namen deel aan een verbetertraject op maat.

De inspectie heeft in Nederland wel een visitatie-instrument en ook verschillende regio's voeren inmiddels praktijkvisitaties uit, maar echt systematisch is dat allemaal niet. Zou extra aandacht voor huisartsen die disfunctioneren wellicht kunnen voorkomen dat er echte brokken komen? (JZ)

- Joesbury, Mathers N, Lane. Supporting GPs whose performance gives cause for concern; the North Trent experience. Family Practice 2001;18: 123-30. (www.fampra.oup-journals.org/)

GGZ-programma's

Sinds de jaren tachtig worden overal in de Nederlandse GGZ 'programma's' ontwikkeld die meer samenhang moeten brengen in de zorg. Het is echter nog een moeizaam proces. Daarom hebben GGZ Nederland en het Trimbos Instituut een handreiking geschreven voor mensen die zich bezig houden met het ontwikkelen van die programma's.¹ De essentie van zorgprogrammering is dat wordt uitgegaan van de hulpvraag van cliëntengroepen en niet van het reeds aanwezige hulpaanbod. Idealiter omvat een

Disfunctioneren

Het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep in Nederland richt zich vooral op het 'nog beter doen'. De

zorg voor het kleine percentage huisartsen dat echt in de problemen zit, lijkt minder aandacht te krijgen. In een regio in Engeland (North

programma al die activiteiten die *evidence based* tegemoet komen aan de hulpvraag van een bepaalde doelgroep – bijvoorbeeld ouderen met stemmingsstoornissen – in een bepaalde regio. Het blijkt in de praktijk niet eenvoudig om programma's te ontwikkelen waaraan meerdere instellingen een bijdrage leveren. Ook valt het niet mee om de stem van de cliënt een plaats te geven in het geheel. De handreiking zet voor- en nadelen en praktische punten van zorgprogrammering op een rij. Het uitgangspunt – de vraag van cliënten – is belangrijk genoeg om deze ontwikkeling te stimuleren. (BT)

1. De Boer N. Programma's in de GGZ. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.

Stress op internet

In deze H&W opnieuw aandacht voor een interessant fenomeen, de *overspanning*. Op Internet is er voor patiënten wel het een en ander te vinden. Stress is al zo gewoon dat er zelfs een stress startpagina (www.stresspagina.nl) is, met enkele tientallen stresspreventieprogramma's en andere behandelingen (van lichttherapie tot rustgevende reizen naar China). Alleen de keuze moeten maken tussen al die mensen die me bewust willen laten kiezen voor rust en ontspanning, lijkt me al te veel stress op te leveren. De aanzienlijk informatievere psychowijzer van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (www.psychowijzer.nl) kent het begrip overspanning niet, wel stress. De opvallend goede site van de GGZ Drenthe heeft een eigen test over werkdruk (www.ggzdrenthe.nl/idx_wszt.htm). Gemeld wordt dat de lijst gebaseerd is op recente literatuur, maar niet gevalideerd is. De vragen gaan over de werkdruk en niet over overspanningsklachten zoals de lijst die door Schmidt in H&W wordt beschreven.

De Vierdimensionale Klachtenlijst van Terluin, die al in 1996 in H&W verscheen, is inmiddels ook via het web te downloaden (www.emgo.nl/utilities/4DSQ.htm) Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten heeft richtlijnen wanneer iets onder burnout of overspanning te registreren (www.beroepsziekten.nl). Op de site van het Nederlands Kenniscentrum arbeid en psyche zijn veel samenvattingen van literatuur over stress te vinden (www.nkap.nl/vakliteratuur.html) (JZ)

Over schoonheid

Veel artsen hebben het maar moeilijk hun positie te bepalen ten aanzien van patiënten die vanwege onvrede over hun uiterlijk een cosmetische opknappbeurt verlangen.

Is er daadwerkelijk sprake van een in het oog springende afwijking van de norm, in verband waarmee de patiënt bespot wordt en minder kans maakt op de markt van liefde en geluk, dan is de wens nog wel invoelbaar. Bij minder opvallende weeffoutjes, simpelweg een verkeerde huidskleur of slijtage door de tand des tijds, lopen patiënten met dergelijke verlangens gerede kans te worden beschouwd als een willoze slachtoffers van de jeugdige mode-idealen en de cosmetica-industrie of als beklagenswaardige stakkerds die maar geen afscheid kunnen nemen van hun schoonheid en niet in het reine kunnen komen met hun sterfelijkheid. Onlangs wijdde het tijdschrift *Filosofie en Praktijk* een themanummer aan deze materie.¹ *Inez de Beaufort* stelt dat er in de meningsvorming omtrent de legitimiteit van dergelijke hulpvragen drie extreme standpunten kunnen worden onderscheiden: uiteraard doen als je de kans hebt, iedereen moet het vooral zelf weten (en ook zelf betalen) en niet doen, want wie zich laat opereren laat blijken de ouderdom niet te accepteren en dat deugt niet of is zielig. Grootste gemene deler van de diverse bijdragen is dat de waarheid ergens in het midden ligt. Een moreel of eventueel esthetisch oordeel valt in concrete gevallen alleen te geven door de levensgeschiedenis van het individu of de politieke beteke-

nis van het verzoek in de overwegingen te betrekken. Sleutelwoord daarbij is het begrip authenticiteit: komt de wens tot verfraaiing voort uit een persoonlijk doorleefde behoefte of is er primair sprake van effectbejag in een poging te voldoen aan een opgedrongen schoonheidsideaal? Welbeschouwd vertoont de discussie over de cosmetische problematiek veel overeenkomst met het debat in maart jl. in *De Volkskrant* over het dragen van hoofddoekjes door islamitische vrouwen uitgelokt door de uitspraak van *Opzij*-hoofdredacteur Cisca Dresselhuys dat een vrouw met een hoofddoekje 'er bij haar niet inkwam'. Ook het hoofddoekje bleek volslagen uiteenlopend geapprecieerd te kunnen worden: als teken van onderwerping aan de masculiene islamitische cultuur, als teken van trots op de eigen culturele identiteit of als teken van geïnternaliseerd vals bewustzijn waarbij de werkelijke belangen van de onderliggende vrouwelijke klasse worden miskend. Analooq is ook de besluitvorming over cosmetische chirurgie niet in vuistregels te vangen. Het boekje suggereert vooral manieren waarop artsen met cosmetische verzoeken om kunnen gaan. (TW)

1. *Filosofie & Praktijk* 2001; 22 (1): Over Schoonheid. Budel: Uitgeverij Damon bv, ISBN 90 5573 168 4; 17,50 NLG/350Bfr.

Van alle tijden...

Klagen over te hoge werkdruk, eisende patiënten en onvoldoende honorering, het is niet slechts een verschijnsel van de laatste jaren. In een artikel in de *Tijd-Maasbode* van zaterdag 9 september 1964 doet een huisarts namens 'meer dan de helft van zijn collega's' zijn beklag: 'wij huisartsen behoren tot de laatste slaven van de geschiedenis'.¹ De litanie: doorwerken met een forse angina, want geen vervanging; patiënten die op zondag even proberen een verwijzing te regelen; onvoldoende geld voor het aanstellen van een assistente. En dan komt het: 'de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid [...] en

de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen [...], hebben een commissie ingesteld, welke de opdracht heeft gekregen een studie te maken over de huidige en in de toekomst te verwachten taak van de huisarts. [...] van advies dienen over eventuele organisatorische en andere voorzieningen [...] en over eventuele voorzieningen op het gebied van opleiding en nascholing van huisartsen.' Waar is het toen misgegaan? Of zijn klagende huisartsen 'gewoon' van alle tijden? (HH)

1. De *Tijd-Maasbode* 19 september 1964. Henk Suer 'Ik kan het niet meer aan. Klachten van een huisarts'

Kwaliteit van de GGZ-zorg moet beter

Zorgonderzoek Nederland organiseerde half april een conferentie over kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg. In plenaire lezingen en drie minisymposia werden de resultaten gepresenteerd van de elf onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten uit het ZON-programma, gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg in de GGZ. Het NIVEL en Trimbosinstituut presenteerden de resultaten van een inventarisatie naar kwaliteitsinstrumenten in de GGZ. De meeste GGZ-instellingen (>80%) beschikken over een privacy-reglement, klachtenprocedure, overleg met cliëntenraad en vakinhoudelijke scholing. Een minderheid (<20%) van de ondervraagde 144 GGZ-instellingen beschikt over het vereiste kwaliteitshandboek, visitatie door beroepsgroepen en cliënten. Slechts 3 van de 27 instrumenten maten de inhoudelijke kwaliteit van de zorg. Slechts 5% van de instellingen beschikt over een kwaliteitsstelsel. Conclusie van de onderzoekers: het is bedroevend gesteld met het kwaliteitsbeleid in de GGZ-sector.

Hoe moet een zo'n versnipperde sector nu ooit aangezet worden tot een kwaliteitsbeleid en protocollering? Dick Kaasjager, directeur GGZ bij het ministerie van VWS, hield een donderpreek over de 'bedroevende kwaliteit' van de GGZ-zorg. Verwijzend naar het goed functionerende kwaliteitsbeleid in de curatieve sector, riep hij GGZ-instellingen op met spoed te gaan werken aan meer helderheid en transparantie van het primaire proces.

Maar er is nog hoop. ZON-directeur Henk Smid kondigde aan dat binnenkort een tienjarig programma 'Onderzoek in de GGZ' van start gaat. Wellicht een mooie taak voor de beroepsgroep huisartsen om, in het kader van het landelijk thema van het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren, een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering op het gebied van GGZ. (TD)

Rubrieken in dit nummer

Ingezonden	315
Cochrane reviews	316
Proefschriften	317
Boeken	318
Referaten	320
NHG-katern	321