

gebruikt.² Daar komen nu de kwalificaties 'droevig', 'negatief' en 'onder de maat' bij. Hiermee worden opnieuw de scores op criteria voor items zonder meer doorgetrokken naar een beoordelende kwalificatie over consultvoering als geheel. Dat is onjuist.³ Voor de Nederlandse huisartsen bestaat er nog geen algemeen aanvaarde norm voor de mate waarin zij consultvoeringsvaardigheden dienen te hanteren en wanneer er sprake is van ondermaatse prestaties. Zo'n absolute norm wordt niet door instrumentontwikkelaars of onderzoekers bepaald en ook niet door individuele huisartsen of gedragswetenschappers. Iemand kan 100 kg wegen, maar of we dat 'te zwaar' noemen, staat niet op de weegschaal.

De MAAS-Globaal wordt door Van Dulmen et al. ongeschikt verklaard voor de meting van consultvoeringsvaardigheden omdat instrumentele en affectieve gedragingen er in één categorie zijn ondergebracht. Verschuivingen in gedrag kunnen daardoor onopgemerkt blijven. Dit is een te snelle conclusie op basis van een onjuiste bewering. In hun artikel blijft voor ons onduidelijk wat ze bedoelen met instrumenteel versus affectief. Even daarvoor maken ze namelijk onderscheid tussen vakinhoudelijke vaardigheden en gespreksvaardigheden, waardoor het lijkt alsof ze daarmee hetzelfde bedoelen. Hoe het ook zij, beide aspecten kunnen met de MAAS-Globaal worden gemeten. De MAAS-Globaal maakt onderscheid tussen communicatievaardigheden en vakinhoudelijke aspecten en in alle onderzoeken krijgen deze twee een aparte somscore. Als er verder goede redenen zijn om instrumentele en affectieve gedragingen apart te tellen, dan is dat met de MAAS-Globaal eenvoudig te doen door scores op instrumentele en affectieve items apart op te tellen.

Het is tijd voor goed evaluatieonderzoek inclusief een analyse van het fenomeen dat huisartsen sommige communicatievaardigheden relatief weinig toepassen. Criteria voor de selectie van praktijkconsulten zijn reeds opgesteld en met onderzoek onderbouwd.⁴ Onderzoek naar een valide en betrouwbare normstelling vindt

op dit moment in Maastricht plaats. Voor conclusies is het nog te vroeg en met onjuiste conclusies schieten we niets op.

*Jacques van Thiel, Paul Ram,
Jan van Dalen, auteurs MAAS-Globaal*

- 1 Van Dulmen A, Bensing J, Kruijver I. De schoen wringt, maar waar? Discrepancies tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden. *Huisarts Wet* 2002;45:19-22.
- 2 Tan L, Kramer A, Jansen J, Düsman H. Landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding: de ontwikkeling van de competentie van huisartsen-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2000;43:414-8.
- 3 Van Thiel J, Ram P, Van Dalen J. MAAS-Globaal Handleiding 2000. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
- 4 Ram P, Grol R, Rethans J, Van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in de eigen praktijk. Een onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid. *Huisarts Wet* 1999;42:439-45.

Behandeling van overspanning

In H&W van maart verscheen mijn artikel over de behandeling van overspanning,¹ en een commentaar van Terluin.² Dit commentaar geeft mij aanleiding tot de volgende repliek. Terluin heeft kritiek op mijn aanpak in de eerste behandelfase. Hierin pleit ik voor een belangrijke rol van rust en routinematige activiteiten en voor terughoudendheid bij de behandeling van de primaire stressproblemen. Terluin relateert het belang van rust door dit te contrasten met het 'juist aan de slag gaan'. Rust invalideert; snelle herintegratie is essentieel en stressproblemen moeten van meet af aan worden aangepakt, is samengevat zijn visie. Ik heb me afgevraagd hoe het mogelijk is dat wij, ondanks onze ervaring met overspannen patiënten toch tamelijk van mening verschillen over de aanpak in eerste instantie.

Een eerste verklaring is wellicht dat Terluin lichtere gevallen ziet dan ik. Terluin werkt als huisarts in de eerste lijn,

terwijl ik van bedrijfsartsen cliënten doorverwezen krijg met chronische stressproblemen, die in het werk zijn vastgelopen en merendeels met ziekteverlof zijn.

Door dit mogelijke verschil concludeer ik eerder dat probleemoplossende interventies aanvankelijk weinig nut hebben en de conditie van de cliënt eerst moet worden verbeterd. Sterker nog: binnen mijn groep zullen de adviezen van Terluin met betrekking tot snel werkherstel (binnen maximaal drie weken, zoals Donner aanbeveelt) doorgaans tot mislukking, dus tot verdere invalidering leiden.

De tweede verklaring is een verschil in opvatting over overspanning. Terluin hanteert een ruimere definitie. Hij noemt in zijn commentaar als kenmerken: spanningsklachten, een breekpunt en een psychologische verklaring van dit breekpunt. Ik vind een breekpunt niet wezenlijk. Terluin's breekpunt is maatschappelijk gedefinieerd: men voldoet niet meer aan maatschappelijke verplichtingen. Ik zie echter – op basis van klachten – ook overspannen cliënten, die koste wat het kost hun maatschappelijke rol nog trachten te handhaven. Resteert als overspanningskenmerk bij Terluin vooral het scala van stressklachten. Zoals eerder uiteengezet vind ik dit te breed, te vaag en daardoor niet hanteerbaar als enig criterium.³ Door te beperken, selecteer ik de 'informatieverwerkings-gestoorden' en kom dan bijna vanzelfsprekend terecht bij mijn eerste fase behandeladviezen.

Een derde mogelijkheid is dat Terluin een feitelijk niet-bestaande tegenstelling creëert. Hij zegt dat de overspannen patiënt niets liever wil dan met rust gelaten worden en dat hierin juist het grootste gevaar schuilt. Hij suggereert hiermee dat mijn adviezen teveel passiviteit uitstralen. Terluin verwacht hier echter 'met rust laten' met 'een rustadvies'. Met rust laten betekent de stressor elimineren en zich er verder niet mee bemoeien. Funest; daarover verschillen Terluin en ik niet van mening. Rust adviseren in mijn verhaal is echter heel wat anders. Zo'n advies moet passen in een breder behandelplan, waarin rust en activiteit elkaar afwisselen en dat gericht is op herintegratie.

Tussen de regels door lees ik bij Terluin toch ook dat oplossingsgericht werken kan worden belemmerd door cognitieve problemen, maar dat dit de probleeminventarisatie niet hoeft te verhinderen. Dat laatste is juist, doch in mijn optiek is de doelstelling van deze inventarisatie niet dat de *patiënt* alles op een rijtje krijgt, maar de *hulpverlener*. Het is zijn taak om

uit een meestal warrig verhaal een helder beeld te destilleren. Mijn patiënt hoeft daar dan nog even niets mee.

Anton Schmidt

1 Schmidt A. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. Huisarts Wet 2002;45:119-23.

2 Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan

de slag? Huisarts Wet 2002;45:112-3.

3 Schmidt A. Overspannen, burnout, depressief of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? Huisarts Wet 2001;44:283-7.

Boeken

Voeding en chronische ziekten

Van Binsbergen JJ, Kalmijn S, Ocké MC. *Voeding en chronische ziekten*. Utrecht: Van der Wees, 2001. 250 pagina's, prijs € 34,-. ISBN 90-58050459

Dit boek beschrijft voor werkers in de gezondheidszorg de wetenschappelijke stand van zaken op het gebied van (onderzoek naar) voeding en de preventie van chronische ziekten, en formuleert op basis daarvan praktische voedingsrichtlijnen.

Deel 1 omvat vijf hoofdstukken over voedingsadviezen in de huisartspraktijk, voedingsstoffen, gezonde voeding, functionele voedingsmiddelen en ondervoeding. De zes hoofdstukken van deel 2 gaan over voeding en kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, chronische longziekten, neurodegeneratieve aandoeningen en osteoporose.

De hoofdstukken over chronische ziekten zijn informatief. Ze worden ingeleid met een illustratieve casus, waarna kort de pathofysiologie en het beschikbare onderzoek over voeding en de betreffende ziekte worden samengevat. In alle hoofdstukken is een belangrijke plaats ingeruimd voor de invloed van alcoholgebruik. Dan volgen enkele pagina's over primaire en secundaire preventie van de betreffende chronische ziekte om te besluiten met adviezen voor de praktijk van alledag.

Het boek is evidence based met duidelijke referenties die verwijzen naar uitgebreide literatuurlijsten in deel 2. Deel 1 bevat een beknopte lijst aanbevolen lite-

ratuur. Het boek geeft een goed overzicht van de macro-voedingsstoffen en ook – in tabelvorm – van de mineralen, vitamines en sporelementen. Tevens worden *functional foods* (vertaald als functionele voedingsmiddelen) besproken waarbij het gaat om producten waaraan bepaalde voedingsstoffen zijn toegevoegd en/of waarbij een deel van het vet of de koolhydraten is vervangen zoals in de 'light' producten. Achtereenvolgens worden als voorbeelden vetvervangers, antioxidanten, voedingsvezels, probiotica en synbiotica, suikervervangers en plantensteroiden besproken.

Van de huisarts wordt nogal wat verwacht. Zo moet hij patiënten bewustmaken van het voordelig of nadelig effect van bepaalde voeding bij voedinggerelateerde ziekten, en hen adviseren en voorlichten aan de hand van het *state-of-changemodel*. Ik mis een hoofdstuk over verwijzing naar en samenwerking met de diëtiste en een beschouwing over de taken van de praktijkverpleegkundige en over situaties waarbij zij kan worden ingeschakeld.

Ik vind het een informatief boek dat op een prettig leesbare wijze de belangrijkste aspecten van voeding en chronische ziekten behandelt.

Omdat er weinig aandacht aan voeding in opleiding en nascholing werd en nog steeds wordt besteed, beveel ik dit boek met name aan bij huisartsen in opleiding en huisartsopleiders. Maar ook praktiserende huisartsen zonder onderwijsverplichtingen kunnen er hun voordeel mee doen.

B. Meyboom-de Jong

Eetstoornissen

Tenwolde AAM. *Van dun tot dik. Een vraagbaak. Psychosociale en biologische aspecten van anorexia nervosa, boulimia nervosa en obesitas*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 2000. 341 pagina's, € 46,-. ISBN 90-313-34391.

Dit boek is het resultaat van zes jaar ervaring met enkele honderden patiënten met anorexia, boulimia nervosa en obesitas en hun behandeling. Daarnaast is een enorme hoeveelheid recente literatuur gelezen en op zodanige wijze geordend dat de lezer een overzichtelijk beeld krijgt van de belangrijkste kenmerken, oorzaken, gevolgen en mogelijkheden van behandeling.

Het eerste deel gaat over de kenmerken, epidemiologie, oorzaken, diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Daarbij wordt ook ingegaan op de kenmerken van eetstoornissen niet anders omschreven (NAO) en het *binge-eating-disorder* (BED).

Als mogelijke verklaringen voor het ontstaan van eetstoornissen worden allerlei factoren beschreven: biologische, psychoanalytische, sociologische, systeemtheoretische en leertheoretische factoren. Tevens wordt de vraag gesteld of trauma's en excessief sporten kunnen bijdragen aan het ontstaan van eetstoornissen. Apart wordt ingegaan op de oorzaak van obesitas.

Het tweede deel gaat over de biologie van voeding, neuroactieve stoffen en hormonen en over de lichamelijke gevolgen en de medische aspecten van eetstoornissen. Daarbij wordt aandacht geschonken aan de hoeveelheid voeding, water