

- 8 Coleman WP. *Dermal peels*. *Dermatol Clin* 2001;19:405-11.
- 9 Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. *Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study*. *BMJ* 1998;317:858-61.

Antwoord 2

In tegenstelling tot de wetenschappelijke pagina's van H&W richt *In de praktijk* zich op de publicatie van interessante, praktische en vlot geschreven artikelen over het verbeteren van de zorg in de huisartsenpraktijk (waaronder artikelen over praktijkvoering), het signaleren van nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en het geven van tips die het huisartsenvak leuker en boeiender maken. Een sluitende wetenschappelijke onderbouwing staat daarbij minder op de voorgrond dan in de redactionele kolommen van H&W. Natuurlijk dient wat er gepubliceerd wordt wel verantwoord te zijn en de redactie ziet daar ook op toe. Overigens blijkt uit de reactie van Dalhuijsen wel dat 'de losse pols' meer onderbouwing heeft dan op het eerste gezicht lijkt.

Theo Voorn,
voorzitter redactie *In de praktijk*

Hyperhomocysteïnemie: opsporen en behandelen?

Wiersma en Assendelft hebben in H&W (2002;45(8):409-10) namens het NHG hun standpunt verwoord over bovenstaande vraag. Het grootste deel daarvan is gewijd aan het aantonen dat van behandeling geen bewezen nuttig effect bestaat. Zij concluderen dit deel van hun betoog dat 'de gedachte dat het gebruik van foliumzuur via verlaging van de homocysteïnespiegel kan resulteren in een vermindering van het aantal hart- en vaatziekten in overeenstemming is met het merendeel van de beschikbare feiten', maar dat we niet weten of het echt zo is. Uitgaand van deze – niet zeldzame – situatie (namelijk dat huisartsen beleid moeten maken bij onvoldoende wetenschappelijke grond) komt in wezen de belangrijkste vraag aan bod: hoe moeten wij in

deze situatie onze keuzen bepalen? Hier zijn Wiersma en Assendelft aanzienlijk korter van stof en worden slechts als overwegingen genoemd dat onnodige ongerustheid bij de patiënt moet worden voorkomen en dat al dat extra werk (en geld?) beter besteed kan worden aan het optimaliseren van andere risicofactoren (roken, cholesterol en bloeddruk).

Het eerste argument in deze vorm is nogal bevoogdend en moet genuanceerd worden. Vragen die daarbij spelen zijn bijvoorbeeld: Wie kiest: de dokter, de patiënt, de politiek? Wat te doen als het begrip van, of de communicatie met de patiënt tekortschiet? Draagt een (gemotiveerde) keuze van patiënt of dokter bij aan het welzijn van patiënt of wordt dit juist geschaad? Hoe om te gaan met het 'recht om niet te weten'?

Als we ons realiseren, dat veel van ons werk niet evidence-based is en dat ook evidence niet staat voor eeuwige waarheid, kunnen we proberen wat genuanceerder over onze besluitvorming te denken dan een star toepassen van het adagium 'in dubio abstine'. De verhouding tussen potentieel nut en potentiële schade en de investering in tijd en middelen kunnen dan een echte plaats in de afwegingen krijgen.

Het is nu volstrekt niet aannemelijk gemaakt dat deze afwegingen ongunstig uitvallen voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten met foliumzuur bij mensen met hyperhomocysteïnemie. Daarmee acht ik het standpunt van Wiersma en Assendelft voorbarig.

Ferdinand Schreuder

Antwoord

Met opzet hebben wij in ons standpunt een afweging van potentieel nut en potentiële schade achterwege gelaten, omdat we daarmee ons eigen betoog zouden ontkrachten. Als er onvoldoende zicht is op het nut, heeft een dergelijke afweging weinig zin. Anders dan de schrijvers van het rapport *Homocysteïne en hart- en vaatziekten* van de Hartstichting suggereren, valt er op grond van de beschikbare kennis niets zinnigs te zeggen over de waarschijnlijkheid dat foli-

umzuurgebruik daadwerkelijk zal resulteren in vermindering van het aantal hart- en vaatziekten. Ook is er weinig zicht op de grootte van een eventueel effect, onder andere omdat de relatie tussen de homocysteïnespiegel en de kans op hart- en vaatziekten zwakker is in prospectief dan in retrospectief onderzoek.

Wij vinden het onjuist in een dergelijke situatie van onzekerheid – en dat is iets anders dan twijfel – de beslissing over te laten aan de patiënt of de politiek.

Tj. Wiersma
W.J.J. Assendelft

Geloofwaardig schrijven 2

In het journaalbericht 'Geloofwaardig schrijven' (H&W 2002;45(7):342) wordt de uitspraak van de Raad voor Journalistiek van 29 augustus 2001 in de zaak Kamsteeg tegen het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG), RvdJ 2001/36 (integraal gepubliceerd op de website van de Raad: www.rvdj.nl), becommentarieerd. In dit commentaar komen een aantal onvolkomenheden voor die ik graag wil rechtzetten.

Allereerst wordt ten onrechte vermeld dat op grond van de uitspraak van de Raad 'alle stukken in wetenschappelijke tijdschriften – met uitzondering van trials en mogelijk casuïstiek – journalistieke stukken zijn'. De Raad heeft zich bevoegd geacht om de klacht te beoordelen, kort gezegd, omdat het artikel deel uitmaakte van de redactionele inhoud van het tijdschrift en het NTvG niet had aangevoerd dat de auteur in kwestie anders dan regelmatig en tegen betaling haar medewerking verleent aan de redactionele inhoud van genoemd tijdschrift. Dit betekent geenszins dat voortaan alle stukken in wetenschappelijke tijdschriften, geschreven door niet-journalisten, vallen onder de bevoegdheid van de Raad voor de Journalistiek.

De stelling dat 'een niet medische-Raad meent te kunnen oordelen over "waar" of "niet waar" in geneeskundige "feiten"', berust eveneens op een onjuiste lezing van de uitspraak. De klacht had onder meer betrekking op de vraag of in het