

- 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

gewraakte artikel terecht was vermeld: 'Het tekort aan zink leidt volgens Kamsteeg indirect tot een laag histaminegehalte dat hij bij al zijn patiënten aantroft.' In zijn uitspraak overweegt de Raad dat het NTVG had erkend 'dat noch door Kamsteeg, noch in het HP/De Tijd-artikel waarop het stuk in het NTVG was gebaseerd, wordt beweerd dat Kamsteeg bij al zijn HPU-patiënten een laag histaminegehalte heeft aangetroffen'. Aldus heeft de Raad zich niet uitgelaten over de medische vraag of het al dan niet juist is dat een tekort aan zink leidt tot een laag histaminegehalte bij alle mensen met HPU, maar slechts vastgesteld dat in het NTVG ten onrechte was vermeld dat Kamsteeg een en ander had beweerd.

Ten slotte is in uw artikel ten onrechte vermeld dat de Raad met twee maten zou meten en dat een wetenschapsjournalist 'absolute onzin zou kunnen uitkramen in huis-aan-huisbladen (...) zonder dat de Raad hem op de vingers tikt en (...) voor elke pietluttigheid in een vakblad wél gecorrigeerd wordt.' De Raad lette bij zijn beslissing op de status van zowel het tijdschrift als de auteur en is van mening dat in een dergelijk geval bijzondere accuratesse mag worden verwacht waar het de vermelding van wetenschappelijk feiten betreft. Bovendien had het NTVG de stelling van Kamsteeg niet weersproken 'dat de bevindingen betreffende het histaminegehalte van zijn patiënten een wezenlijk onderdeel uitmaken van zijn onderzoek', zodat er dus geen sprake was van een 'pietluttigheid'.

*mw. mr. D.C. Koene,
secretaris Raad voor de Journalistiek*

Antwoord

Lovenswaardig is dat de Raad voor de Journalistiek in debat gaat over zijn uitspraken. Bij deze reactie wil ik twee kanttekeningen plaatsen. Ten eerste doet de Raad, naar eigen zeggen, geen uitspraken over 'waar' of 'niet waar' in geneeskundige 'feiten', maar uitsluitend of een artikel 'iets terecht vermeldt', met andere woorden: correct citeert. Door het gezicht af te wenden van (geneeskundige) feiten en zich enkel te richten op correct citeerge-

drag ontstaat de volgende paradoxale situatie:

- Wie onzinnige beweringen juist citeert, handelt journalistiek prima (volgens de normen van de Raad).
- Wie zinvolle beweringen fout citeert, loopt een risico.
- Wie onzinnige beweringen fout citeert, loopt – hetzelfde! – risico.

Het zwaartepunt van mijn eerdere kritische kanttekeningen ligt in de eerste situatie: flauwekul kan – ongestraft – worden gedebiteerd. De Raad weersprekt dat, echter zonder voorbeelden te noemen (ik ken geen voorbeelden). Om deze discussie kort te houden: ik ben voornemens op korte termijn de proef op de som te nemen: over het eerste krantenbericht dat beweert (ik noem maar iets): 'gestampte en kort gekookte brandnetels – gegroeid bij oostenwind – genezen psoriasis' zal ik een klacht deponeren bij de Raad.

Dan het tweede – zeker zo interessante punt. Heb ik de reikwijdte van de uitspraak van de Raad ten onrechte verbreed naar alle stukken in een medisch vaktijdschrift? Ik meen van niet. De Raad achtte zich, zo lezen wij in de reactie, tot oordelen bevoegd omdat het gewraakte artikel deel uitmaakt van de redactionele inhoud van het NTVG. Echter, elk medisch tijdschrift – zo ook *Huisarts en Wetenschap* – bestaat praktisch in zijn geheel uit redactionele pagina's, dus redactionele inhoud. De status van de auteur – wetenschapper dan wel journalist; redacteur dan wel niet-redacteur; bezoldigd dan wel onbezoldigd – doet daarbij niet ter zake. Ook hier is de verleiding groot een vervolguitspraak op korte termijn te ontlokken. En ik ben niet het type mens dat verleidingen makkelijk weerstaat.

Frans Meulenbergh

Strikte diabetescontrole

In de beschouwing van onze bijdrage in H&W 2002(10) over de zin van diabetescontroles schrijven wij niet alleen over een HbA1c-percentage van 7, maar ook over de soms forse dalingen in het HbA1c die met goede diabeteszorg kunnen worden be-

reikt. Wij benadrukken echter dat andere doelen dan het normaliseren van de hyperglykemie niet uit het oog mogen worden verloren. En vervolgens schrijven we letterlijk: 'Wie doet alsof deze doelen allemaal kunnen worden gerealiseerd, geeft blijk van weinig realiteitszin.....De behandelend arts stelt samen met de patiënt prioriteiten.' We spreken expliciet over de context van de patiënt en het vermogen te individualiseren.¹ In hetzelfde H&W-nummer schrijft een van ons over wat bereikt kan worden bij het streven naar normoglykemie waarbij de huisarts ook de psychosociale factoren en comorbiditeit van de patiënt een rol laat spelen.² Wie verwacht dat de hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap* daarmee zijn instemming zou betuigen, komt echter bedrogen uit. Zaat houdt bijna letterlijk hetzelfde pleidooi, maar doet het voorkomen alsof 'de diabeteslobby' er een heel andere visie op nahoudt.³ Zijn betoog doet denken aan dat van een minister van onderwijs die ervoor pleit om in het onderwijs het streven naar een 'voldoende' voor leerlingen af te schaffen, omdat er heel wat leerlingen zijn die regelmatig onvoldoendes scores en omdat niet vaststaat dat je met een diploma op zak gelukkiger wordt. Waarbij hij de suggestie openlaat dat het nut van regelmatige deelname aan de lessen ook betwijfeld kan worden.

Zowel in de rol van auteur als die van huisarts betreuren wij deze benadering. Het lijkt ons zinniger als de lezers van *Huisarts en Wetenschap* geconfronteerd worden met een genuanceerde huisartsgeneeskundige benadering van diabeteszorg die breed gedragen wordt dan met een gepolariseerd debat, waarin collega-huisartsen worden bestempeld als 'de diabeteslobby'. Verliezers van zo'n debat zijn op voorhand de mensen met type-2-diabetes en met een huisarts die meent in Zaat's benadering een alibi te vinden om de hyperglykemie ondermaats te behandelen.

G. Rutten, W. de Grauw, K. Reenders

1 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Reenders K. Diabetes strikt behandelen is zinnig en noodzake-