

## NHG-Standaard Hypertensie 5

In onze ingezonden brief naar aanleiding van de herziene NHG-Standaard Hypertensie stelden we een aantal vragen over de aneroïde veermanometer (H&W 2003; 46:639).

Een goede diagnostiek is het beginpunt van het medisch handelen. De vroeger zo betrouwbare kwikmanometer is in de Nederlandse huisartsenpraktijk massaal vervangen door de onbetrouwbare aneroïde veermanometer. We vroegen ons af waarom kritische opmerkingen over de veermanometer geen plaats hebben gekregen in deze herziene standaard.

Walma en Wiersma geven een aantal argumenten waarom elektronische meters niet of minder geschikt zouden zijn. Alle elektronische meters die door de validatieprotocollen komen, mogen een afgesproken afwijking hebben. Hetzelfde geldt natuurlijk ook voor veermanometers, die door dezelfde protocollen worden getest. Er is echter tot op heden geen veermanometer door deze validatieprotocollen gekomen. De afwijking die artsen van de veermanometer mogen verwachten, zal hierdoor waarschijnlijk groter zijn dan die Walma en Wiersma geven voor de automatische bloeddrukmeters.

Een ander nadeel van de automatische bloeddrukmeter is dat hiermee de bloeddruk bij patiënten met een irregulaire pols niet goed gemeten kan worden. Voor een klassieke bloeddrukmeter geldt dat echter ook. Het belangrijkste argument dat Walma en Wiersma noemen om elektronische meters niet te gebruiken, is dat alle epidemiologische gegevens en trialresultaten over de risico's en de behandelresultaten van hoge bloeddruk op auscultatoire metingen zijn gebaseerd (en dus niet op resultaten van elektronische oscillogrammetrische meters). Dat klopt, maar de meeste grote hypertensietrials gebruikten de auscultatoire meetmethode met een betrouwbare kwikmanometer en niet met de onbetrouwbare veermanometers. De Hypertension Optimal Treatment (HOT) heeft trouwens wel gebruikgemaakt van een elektronische oscillogrammetrische meter.

De antwoorden die Walma en Wiersma geven op onze vragen zijn allemaal zeer valide, maar op onze belangrijkste vraag geven zij geen antwoord: waarom wordt er alleen een advies gegeven over het gebruik van gevalideerdethuisbloeddrukmeters en niet over het gebruik van gevalideerde meters in de huisartsenpraktijk zelf? Indien in de standaard had gestaan dat ook in de praktijk alleen een gevalideerde bloeddrukmeter gebruikt mag worden, zou de gemiddelde arts in Nederland wel een probleem hebben.

S.T. Houweling, N. Kleefstra

## NHG-Standaard Depressieve stoornis1

In de NHG-Standaard Depressieve stoornis (H&W 2003;46:614-23) is volgens mij een foutje geslopen. Op bladzijde 615 worden twee kernvragen geformuleerd:

- Bent u de laatste tijd somber (...);
- Beleeft u de laatste tijd nog plezier aan (...).

Bij een ontkennend antwoord op beide vragen is er (nog) geen sprake van een depressieve stoornis.'

De voetballer verslikt zich hier in de eigen schijnbeweging. Als de vraag of de patiënt de laatste tijd nog plezier beleeft aan (...) negatief wordt beantwoord, dan is er juist wel aanleiding om te denken aan een depressieve stoornis.

Frits Wallis

## Antwoord

Hoewel het onderwerp 'ontkennend antwoord' verwijst naar de items 'sombere stemming' en 'verlies van interesse of plezier' is dat taalkundig gezien niet geheel duidelijk. Volgens de letter heeft collega Wallis helemaal gelijk en leidt de schijnbeweging tot balverlies! Wij zullen het bij de eerste mogelijkheid die zich voordoet aanpassen.

Arnold Romeijnders

## NHG-Standaard Depressieve stoornis

Volgens de NHG-Standaard Depressieve stoornis (H&W 2003;46:614-23) heeft een TCA onder meer de voorkeur bij een combinatie met gebruik van antipsychotica in verband met de kans op het zogenoemde serotoninesyndroom. Hierbij wordt naar noot 33 verwezen. In die noot vind ik alleen een verwijzing naar: 'Antidepressants and the serotonin syndrome in general practice'. Het abstract van dit artikel heb ik via PubMed opgehaald; over antipsychotica zag ik daarin niets staan.

Jan Weijnen

## Antwoord

Het artikel van Mackay<sup>1</sup> betreft een Engels post-marketing onderzoek naar het serotoninesyndroom en wordt in noot 33 gebruikt als onderbouwing van het vóórkomen en de aard van het serotoninesyndroom in een eerstelijns populatie. Bij evaluatie van de waarschijnlijk verantwoordelijke comediatie bleken, net als in een eerdere review van 38 case-reports van Sternbach,<sup>2</sup> psychotrope middelen oververtegenwoordigd zoals ook andere SSRI's, MAO-remmers, lithium, L-DOPA en benzodiazepinen.

Arnold Romeijnders,  
namens de werkgroep Depressie

1 Mackay FJ, Dunn NR, Mann RD. Antidepressants and the serotonin syndrome in general practice. *Br J Gen Pract* 1999;49:871-4.

2 Sternbach H. The serotonin syndrome. *Am J Psychiatry* 1991;148:705-13.

## Ontwikkeling in de huisartsopleiding

Uit het artikel van Van Berkestijn 'Ontwikkeling in de huisartsopleiding' (H&W 2003;46:672-5) spreekt enthousiasme en idealisme om de huisartsopleiding te verbeteren. De huisartsenzorg is onderhevig aan veel veranderingen en de verwachting is dat dát zo zal blijven. De vraag die Van Berkestijn zich stelt, is hoe de oplei-

ding daarmee om moet gaan. Zijn antwoord is didactische vernieuwing. Uitgaande van de principes van het constructivisme pleit hij voor contextgebonden leren, leren leren en coachende docenten.

Enthousiasme en idealisme zijn belangrijk in het onderwijs, waar het er toch om gaat mensen 'warm te krijgen' voor nieuwe kennis en vaardigheden. Maar er is meer. Minstens even belangrijk is dat er gebruikgemaakt wordt van bewijs. Zoals huisartsgeneeskundig handelen mede gestuurd wordt door evidence-based medicine, zo moet onderwijs mede vorm gegeven worden door evidence-based education.<sup>1</sup> In hoeverre is echter aangetoond dat onderwijs volgens de principes van het constructivisme zal leiden tot huisartsen die adequater om kunnen gaan met blijvende veranderingen dan huisartsen die anders zijn opgeleid? En, zijn er aanwijzingen dat de 'oude opleiding' in dit opzicht niet deugde? Van Berkestijn noemt als belangrijk kenmerk van vernieuwing dat de opleiding meer in de praktijk gaat plaatsvinden. Naar mijn weten is hét kenmerk van de huisartsopleiding, vanaf haar start in 1973, dat de opleiding voor het overgrote deel plaatsvindt in die praktijk. De werkelijkheid van de praktijk is dus al zeer bepalend voor de opleiding, waardoor deze als het ware vanzelf actueel blijft. Kortom, klopt het uitgangspunt voor vernieuwing wel? Misschien wel, maar het is jammer dat dit niet verder (wetenschappelijk) is onderbouwd. Temeer, daar iedere verwijzing naar wat al bekend is over de opleiding ontbreekt. De huisartsopleiding kent namelijk een goede traditie waar het de inrichting van het onderwijs betreft. Vanaf de start hebben onderwijskundige principes een belangrijke rol gespeeld. Sinds zo'n 15 jaar krijgt de opleiding vorm volgens de richtlijnen van een doorwrocht structuurplan.<sup>2</sup> Op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van die opleiding zijn er aanwijzingen dat deze op sommige aspecten tekortschiet.<sup>3</sup> Waarom zijn deze aspecten niet betrokken bij de vernieuwing van de opleiding? Volgens mij heeft de huisarts-

opleiding een kans gemist door haar vernieuwing *alleen* te baseren op didactische principes.

Anneke Kramer

- 1 Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR. BEME Guide No.1: Best Evidence Medical Education. *Med Teacher* 1999;21:553-62.
- 2 Grol R, Everwijn S, Dubois V. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. IV: Opzet van het curriculum. *Med Contact* 1987;42:278-82.
- 3 Kramer A. *Acquisition of clinical competence during postgraduate training in general practice [proefschrift]*. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht, 2003.

## Antwoord

Kramer vraagt zich af of constructivistisch onderwijs werkelijk beter opgeleide huisartsen oplevert en of er aanwijzingen zijn dat de 'oude opleiding' niet deugde. De laatste vraag is het makkelijkst te beantwoorden. Veel onderzoek laat zien dat de oude opleiding op onderdelen tekortschiet. Zo toonde Ram in 1999 aan dat huisartsen veel meer weten dan ze in de praktijk toepassen.<sup>1</sup> Zijn onderzoek maakte destijds indruk op mij omdat ik de juistheid ervan dagelijks bevestigd zag. Op video's uit de praktijk en in verbatimverslagen van consulten van haio's zie ik vaak belangrijke omissies. Bij navraag blijkt de kennis passief wel aanwezig te zijn. De opleiding schiet dus tekort bij de overgang van theorie naar praktijk. Ook uit Kramers eigen proefschrift blijkt dat het onderwijs in consultvoering niet succesvol is.<sup>2</sup> De resultaten van het probleemgeoriënteerde onderwijs bleken in reviews ook al teleurstellend omdat het gemiddeld niet beter is dan andere onderwijsmethoden.<sup>3,4</sup> Het kan zijn dat de door de docent verzonden casuïstiek minder aanslaat dan de casuïstiek van een zelf behandelde patiënt. In een onderzoek naar de invloed van docentkwaliteiten, leerklimaat in de groep, tijd besteed aan zelfstudie en de kwaliteit van de casuïstiek op de resultaten van het artsexamen, bleken kwaliteit van de casuïstiek en zelfstudie het hoogst te correleren met de uiteindelijke artsexamenresultaten.<sup>5</sup> Traditioneel geldt in be-

roepsonderwijs de gulden regel: eerst theorie en dan praktijk. Als co-assistenten echter kennis vergaarden direct nadat ze een patiënt gezien hadden, onthielden ze de stof beter en waren de verklaringen voor het patiëntenprobleem logischer en correcter.<sup>6</sup> Al die resultaten pleiten voor het nut van contextleren.

Op de eerste vraag van Kramer moet ik het antwoord schuldig blijven, maar bovenstaande onderzoeksresultaten geven steun aan de plausibiliteit van de constructivistische visie. Overigens is het constructivisme geen echt 'isme', in die zin dat het andere visies uitsluit. Vele van de oude onderwijsmethoden zijn nog steeds zeer nodig en welkom. Maar de hier beschreven nieuwe inzichten zijn allemaal verwerkt in het Raamplan. Anders gezegd: 'evidence' uit wetenschappelijk onderzoek van onderwijs wordt in de onderwijspraktijk toegepast! Evidence based education!

Luc van Berkestijn

- 1 Ram P. *Integrale toetsing: voorspellende waarde van een simulatiespreekuur en kennistoetsen voor de kwaliteit van het dagelijks handelen*. *Huisarts Wet* 2000;43:108-10.
- 2 Kramer A. *Acquisition of clinical competence during postgraduate training in general practice*. [Proefschrift] Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht, 2003.
- 3 Albanese MA, Mitchell S. *Problem based learning: A review of literature on its outcome and implementation issues*. *Academic Medicine* 1993;68:52-81.
- 4 Vernon DTA, Blake RL. *Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research*. *Academic Medicine* 1993;68:550-63.
- 5 Schmidt HG, Moust JHC. *Factors affecting small-group tutorial learning: a review of research*. In: Evensen DH, Hmelo CE *Problem based learning: A research perspective on learning interaction*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000:19-52.
- 6 Patel VL, Evans DA, Groen GJ. *Biomedical knowledge and clinical reasoning*. In: Evans DA, Patel VL, editors, *Cognitive science in medicine: Biomedical modeling*. Cambridge, MA: MIT Press, 1989: 53-112..