

Uit die meta-analyse kan je met de beste wil van wereld niet halen dat de werkdruk vermindert en ook uit de Maastrichtse RCT blijkt dat niet overtuigend. Per diabetespatiënt is er – volgens tabel 2 – in de POH-groep één bezoek per jaar minder. Bij een prevalentie van 25/1000 zijn dat in een normpraktijk ongeveer 50 bezoeken op jaarbasis. Een gemiddelde huisarts heeft 32 consulten per dag. Mijn POH bespaart mij op dit terrein dus anderhalve dag werk per jaar. Daarmee is overigens geheel niet gezegd dat ze geen waardevol werk doet (complexe ouderenzorg, wondbehandeling en management). Dat de kwaliteit van het werk van een POH gelijk is aan dat van de huisarts lijkt in de trial aannemelijk gemaakt, maar één zwaluw maakt hier nog geen lente. Bovendien zijn er voor een zogenaamde equivalentietrial meestal aanzienlijk meer patiënten nodig dan hier zijn ingesloten. Je wilt immers met zekerheid zeggen dat er geen verschil tussen twee interventies is.

Bij het opstellen van richtlijnen verlangen we meerdere trials om een aanbeveling te kunnen doen. Ik zou niet weten waarom we bij veranderingen in de zorg minder stringent in onze wetenschappelijke eisen zouden moeten zijn.

Crebolder en Beusmans dichten mij ook aanzienlijk meer invloed toe dan ik heb. Nimmer heb ik ergens enige gedragsverandering gezien door mijn stukjes. Soms vind ik dat jammer, maar anderen, waaronder mijn gewaardeerde Limburgse collega's, zullen blij zijn dat men niet naar zo'n mopperende Waldorf op het balkon van de Muppetshow luistert.

Joost Zaat

## Vrouwelijke huisartsen redden zorg in grote steden

In een journaalstukje (H&W 2004;47:3) beweert Joost Zaat dat het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden veel sneller stijgt dan elders in Nederland.

Uit de cijfers die hij daarna noemt blijkt echter het tegendeel: als het percentage

vrouwelijke huisartsen in Nederland tussen 1990 en 2001 is gestegen van 15 naar 27% is dat een relatieve toename van 80%. In dezelfde periode is het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden toegenomen van 23 naar 35%, een relatieve toename van 52%. Anders gezegd: het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden is langzamer gestegen dan elders in Nederland. Hieruit kan ik alleen maar concluderen dat vrouwelijke huisartsen in deze periode juist minder hebben gekozen voor een baan in de grote stad.

Godfried Saes

## Antwoord

Saes heeft gelijk, de lead was iets te enthousiast. Blijft onverlet dat het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden nog steeds aanzienlijk hoger is dan op het platteland. Volgens recente cijfers van het NIVEL praktiseert 23% van de vrouwen in zeer stedelijke gebieden versus 17% van de mannelijke huisartsen. Op het platteland praktiseert 11% van de vrouwelijke en 15% van de mannelijke huisartsen.

Joost Zaat

<http://www.nivel.nl/pdf/brochure-huisartsen-2003.pdf>

## Angina pectoris

In de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (H&W 2004;47:83-95) staat onder het kopje niet-medicamenteuze behandeling een aantal adviezen, zoals stoppen met roken en fysieke training. Deze adviezen stemmen overeen met de eveneens recent verschenen Richtlijn Hartrevalidatie.<sup>1</sup> Hierin is angina pectoris uitdrukkelijk opgenomen als indicatie voor hartrevalidatie en de huisarts kan de patiënt een deelname aan een dergelijk multidisciplinair programma aanbieden. Aanmelding kan via de cardioloog of rechtstreeks plaatsvinden. Een andere optie is deelname aan een groepsgewijs of individueel stressmanagement-programma of ontspanningstherapie. De richtlijn vermeldt

acht gecontroleerde onderzoeken die allemaal een positief effect van ontspanningstherapie gevonden hebben en concludeert: 'het is aangetoond dat ontspanningstherapie de frequentie van klachten van angina pectoris doet afnemen, zowel bij patiënten die een myocardinfarct hebben gehad als bij patiënten met stabiele angina pectoris'. Deze mogelijkheid is het overwegen waard, vooral bij patiënten die hiervoor open lijken te staan. Wanneer de huisarts het effect van ontspanningstherapie wil proberen is het aan te raden hiervoor een begeleider te zoeken die echt ontspanningstherapie doet, aangezien de richtlijn vermeldt dat het effect het geringst is in onderzoeken met verkorte ontspanningsinstructie. Het rapport met de Richtlijn Hartrevalidatie is te verkrijgen bij de Nederlandse Hartstichting.

Jan van Dixhoorn

1 Revalidatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting. Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

## Abuis

Na het uitkomen van de NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden (Huisarts Wet 2003;46:848-58) werden wij erop geattendeerd dat de laatste zin in noot 24 (bladzijde 857) waarin wij aangeven dat ginkgo biloba niet vergoed wordt, onjuist is. Ginkgo biloba-extract komt wel voor vergoeding in aanmerking. Deze zin dient dan ook te worden geschrapt.

L. Boomsma