

Disease Control in de VS, een caleidoscopisch beeld van het voorkomen van hart- en vaatziekten en risicofactoren. En passant beschrijven ze ook nog even de geschiedenis van onderzoek en behandeling. In 12 hoofdstukjes van 2 pagina's elk behandelen ze de risicofactoren. Intrigerende feiten: in Litouwen is het percentage te dikke jongetjes slechts 0,8% (in de VS bijna 14%), maar meer dan 60% van de volwassen mannen rookt in Litouwen (VS 15-29%). De gemiddelde BMI bij volwassen mannen ligt in de VS boven de 27 (net als in Tsjechië) en in Litouwen tussen de 25 en 27. We denken dat we in Nederland een diabetesepidemie krijgen, maar in een groot aantal landen is die er allang. In Griekenland ligt het aantal diabetespatiënten boven de 15%, en in absolute aantallen is India de koploper. Daar zouden er 31,6 miljoen mensen met diabetes zijn. Ook in disability adjusted life-years (DALY's), zeg maar 'verloren gezonde levensjaren', is de last ongelijk verdeeld. In voormalig Oost-Europa ligt die tussen de 10 en 19 jaar, in voormalige Sovjet-Unie, Egypte en India tussen de 20 en 29 en in Afghanistan zelfs boven de 30. In heel West-Europa en de VS ligt het aantal verloren gezonde jaren onder de 10. Als praktiserend huisarts kun je niets met deze cijfers, maar ze bieden wel perspectief. Elders zijn, en worden hart- en vaatziekten een nog veel groter probleem dan hier.

Joost Zaat

Perifeer vaatlijden

Van Oosterhout-Harmsen MJM. Vat op vaatzorg. Wat is nodig voor geïntegreerde vaatzorg en hoe kan de zorg worden verbeterd? Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005. 92 pagina's, gratis.

Uit onderzoek naar leemtes en behoeften in de zorg voor patiënten met perifeer arterieel vaatlijden (PAV) bleek dat het vooral schort aan integraal vasculair risicomanagement bij deze patiëntengroep met een zeer hoog risico op hartvaatziekten. Verder is de zorg vanuit het ziekenhuis vaak onvoldoende patiëntgericht, en slechts

zelden kan de patiënt bezoeken aan verschillende specialisten of onderzoeksafdelingen combineren. Dossiers blijken vaak slecht bijgehouden, hiaten in diagnostiek en behandeling komen vaak voor, evenals onnodige herhaling van onderzoek. Medisch-inhoudelijk is er nog onbegrijpelijk veel variatie tussen behandelaars. Landelijke richtlijnen zijn niet beschikbaar of de artsen volgen ze onvoldoende. Kortom, niet iets om vrolijk van te worden.

Om de zorg rond patiënten met PAV te verbeteren beveelt de Hartstichting de volgende zaken aan:

- een landelijk leefstijlprogramma vasculair risicomanagement;
- de ontwikkeling van landelijke richtlijnen;
- de vorming van patiëntvriendelijk georganiseerde multidisciplinaire vaatcentra in ziekenhuizen;
- het gebruik van ICT en invoering van het EPD;
- bevordering van kennis van ziekte en risico op hartvaatziekten van de patiënt en zijn naasten;
- financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en instellingen;
- de ontwikkeling van DBC's;
- de deskundigheidsbevordering van professionals;
- de integratie en uitbreiding van het onderzoek in de vaatzorg;
- onderzoek naar doelmatigheid.

De meeste constatering in dit boekje zijn waarschijnlijk gewoon waar, en de aanbevelingen liggen voor de hand. Het is allemaal wel erg vanuit de managementhoek in ambtelijke stijl opgeschreven. De slogan 'geen woorden maar daden' dringt zich op.

E.P. Walma

Niet lekker in je vel

Roland Rogiers, Liliane Van Broeck, Dirk Van Duppen, Hilde Habraken. Als het lijf niet meewil. De niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts van hypochondrie, lichamelijk onverklaarde klachten, moeheid en slaapproblemen. Gent: Academia Press, 2005. 224 pagina's, € 23,50. ISBN 90-382-0686-0.

Van alle patiënten die bij de huisarts komen, heeft een kwart tot de helft een lichamelijk onverklaarde klacht. Voor deze patiënten heeft de huisarts geen NHG-Standaard met richtlijnen voor een effectieve behandeling. Vanuit de tweede lijn is wel een serie behandelingsstrategieën beschikbaar met daarin protocollen voor lichamelijk onverklaarde klachten (soma-toforme stoornissen).¹ Roland Rogiers et al. hebben gepoogd voor de huisarts behandelopties aan te dragen voor een breed scala aan lichamelijk onverklaarde klachten. Rogiers is docent aan de universiteit van Gent en heeft ervaring met het trainen van huisartsen. In het boek is de uitleg over diagnostiek en behandeling opgebouwd rondom de verschillende klachten en de auteurs illustreren de behandeling met eigen casuïstiek en voorbeelden uit de literatuur. In elk hoofdstuk staan behandelingschema's van meer dan tien cognitieve-gedragmatige therapieën met een kort overzicht van de belangrijkste kenmerken van de aanpak. Het belangrijkste gemis van het boek is een overkoepelend theoretisch kader; hoe verhouden de verschillende klachten zich tot elkaar en wat is een gemeenschappelijke achtergrond voor de behandeling. Volgens de auteurs is er voor de behandeling met cognitieve gedragstherapie in de huisartsenpraktijk een 'evidence level-I' (Cochrane). Dit is misleidende informatie want nagenoeg alle reviews zijn gebaseerd op tweedelijs- of zelfs derdelijnsbehandeling met psychotherapeuten die 8-16 sessies uitvoerden van een uur. Misschien zijn om deze reden de tijdsinvesteringen voor de huisarts en praktische details van de uitwerking van de behandeling in het boek achterwege gelaten. Want zo'n behandeling is onvergelijkbaar met de mogelijkheden van de huisarts. Ook vinden de auteurs dat hypochondrie, lichamelijk onverklaarde klachten, moeheid of slaapproblemen zo verschillend zijn dat er meer dan tien verschillende behandelmethoden met schema's en literatuurverwijzingen aan te pas moeten komen. Wat de auteurs niet vermelden, is dat uit de literatuur blijkt dat de door de huisarts uitgevoerde cogni-