

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-

tieve gedragstherapie niet altijd effectief was om lichamelijke onverklaarde klachten te verminderen. Voor huisartsen blijft het lastig om uit te zoeken wat nu wel en wat nu niet werkt. Misschien moeten we toch maar werk maken van een NHG-Standaard? Conclusie: het boek snijdt een belangrijk onderwerp aan, maar de kwaliteit is onvoldoende voor een effectieve behandeling door de huisarts.

Ingrid Arnold

I Spinhoven Ph, Bouman TK, Hoogduin CAL, redactie. *Behandelsstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

James Willis en het NHG-congresthema

James Willis. *The paradox of progress*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002. 152 pagina's, £ 21,95. ISBN 1-85775-063-2.

James Willis, een Engelse huisarts, schreef halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw een mooi boekje over de paradox van de vooruitgang. De congrescommissie heeft hem dit jaar gevraagd om de openingslezing te houden. In het programmaboekje kondigt hij aan in zijn lezing weer het paradoxaal karakter van vooruitgang te bespreken, dit keer aan de hand van het congressthema. In zijn boek illustreert hij de paradox met heel herkenbare voorbeelden uit zijn dagelijkse praktijk en de praktijk van de gezondheidszorg als organisatie. Een mooi voorbeeld is het stuk waarin hij beschrijft hoe de wijkverpleegkundigen uit het district tijdens een vergadering te horen krijgen van de leidinggevende dat ze eigenlijk zonder training niet in staat zijn om iemand op te vangen die net zijn vrouw verloren heeft, zoals een van de verpleegkundigen vlak voor de bijeenkomst gedaan heeft. Willis waagt het met deze dame in discussie te gaan en vraagt haar of het ook mogelijk is dat je tijdens een dergelijke training dingen afleert die je juist goed kunt gebruiken in dit soort situaties; zoals een spontane menselijke

reactie. Nee, is het antwoord, een training is per definitie goed. En, al zegt ze dat niet hardop, je loopt achter als je dat niet in wilt zien.

Vooruitgang betekent dat we steeds meer weten, maar ook steeds meer vergeten wat we niet weten, en misschien ook nooit te weten komen. Willis gebruikt voor dit fenomeen de term 'de vervormende blik'. Door te focussen op een detail, sluit je al het andere, dat misschien net zo relevant is voor je begrip van de situatie, uit. Focussen is niet per se verkeerd. Je hebt het nodig omdat je niet alles tegelijkertijd kan overzien en begrijpen. Maar het is niet handig als je vergeet dat je focust en daarmee een aantal andere zaken buitensluit. Dan kom je tot de specialistische vervormende blik: om de preventie van hart- en vaatziekten te optimaliseren moeten we er veel meer tijd in steken dan we nu doen – en dat is eigenlijk al veel (zie ook de LINH-column op p. 593). Eigenlijk moeten we er al onze tijd in steken: dan sterven mensen tenminste niet meer aan hart- en vaatziekten. Of dokters en patiënten dan nog tijd over hebben voor andere zaken, en of patiënten een gelukkig leven hebben, en waaraan ze dan moeten sterven, dat zijn vragen die de cardioloog 'gelukkig' niet hoeft te beantwoorden.

Willis betoogt dat niet alleen specialisten lijden aan deze vervormende blik: ook de media hebben er een handje van. Ze focussen op ellende, bijvoorbeeld de slechte toestand in verpleegtehuizen, ze vergroten deze uit en willen het liefst menselijk falen als mogelijke oorzaak aanwijzen. De roep om betere regulering klinkt steeds luider. De vooruitgang lijkt vooral te bestaan uit steeds meer regels, omdat we alle risico's willen uitbannen. Het gevaar van regels is dat ze het zelfstandig denken en handelen steeds meer belemmeren en onmogelijk maken. Daarmee verdwijnt de mogelijkheid om je vak zelfstandig, met plezier, maar vooral goed uit te oefenen. Maar onze regering heeft daarop wel een antwoord zoals Vincent Bijlo op Prinsjesdag in de NRC schreef: 'We zullen eens kijken wat we kunnen regelen, of we regels kunnen bedenken

die het mogelijk maken tot minder regels te komen.'

Henriëtte van der Horst

Zelf werken aan depressieve klachten

Williams CJ, Van den Broek WW. *Werken aan depressieve klachten. Een complete zelfhulp cursus*. Maarn: Prelum, 2005. 212 pagina's, € 35. ISBN 90-8562-005-8.

De huisarts ziet veel patiënten met depressieve klachten. Cognitieve gedragstherapie is effectief voor deze klachten, maar de meeste huisartsen hebben hier geen tijd voor en ze zijn er niet voor geschoold. Een zelfhulp cursus is daarom misschien een aardig alternatief. Met deze insteek schreef Chris Williams, psychiater, een complete zelfhulp cursus voor patiënten in de huisartsenpraktijk met depressieve klachten.

Het boek bevat in totaal tien oefeningen die de patiënt zelf moet uitvoeren en waarbij de huisarts de patiënt begeleidt met regelmatige voortgangsgesprekken. De cursus duurt ongeveer twee tot drie maanden.

Een groot deel van de cursus geeft informatie en uitleg aan patiënten over bijvoorbeeld de invloed van een depressie op de manier van denken, emoties, lichamelijke klachten en het gedrag. De cursus gaat in op het herkennen en veranderen van niet-helpende gedachten en niet-helpend gedrag, zoals alcoholgebruik en benzodiazepinegebruik. De cursus geeft uitleg over slaapstoornissen en lusteloosheid. Ook dwingt de cursus patiënten heel concreet naar problemen en klachten te kijken. Stapsgewijs gaat de patiënt deze problemen te lijf, waardoor hij of zij weer meer controle krijgt over het leven en zelfvertrouwen kan opbouwen. De vicieuze cirkel van verminderde lichamelijke activiteit waar veel patiënten in zitten moet doorbroken worden. De zelfhulp cursus sluit af met een oefening waarin patiënten leren om een eigen persoonlijk toekomstplan op te stellen.

Waar dit boek echter aan voorbijgaat, is