

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. *Behandlungsstrategieën 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 paradoxale karakter van vooruitgang te bespreken, dit keer aan de hand van het congresthema. 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

de rol van de arts-patiëntrelatie, het vertrouwen van de patiënt in de dokter en de therapeutische alliantie die nodig is bij de begeleiding en behandeling van deze patiënten en klachten. Dat is jammer, want ik denk dat juist dat de kracht van de huisarts is.

Hoewel de auteurs in de inleiding zeggen dat zelfhulpboeken effectief zijn voor de behandeling van psychische klachten, is dat volgens een recente meta-analyse nog maar de vraag.¹

In de verschillende inleidingen komt het beeld naar voren dat een zelfhulp cursus de oplossing is voor de eerste lijn. De vertaler van het boek, Van den Broek, begint zijn inleiding zelfs met de zin: 'Dit is een belangrijk boek.' Ik twijfel hier echter sterk aan, en denk dat het hoogstens één van de vele hulpmiddelen is die de huisarts eens kan proberen.

Het is makkelijk om het boek in de kast te hebben staan en eventueel een keer aan een patiënt mee te geven. Maar dan nog

blijven regelmatige voortgangsgesprekken noodzakelijk om de patiënt te ondersteunen. Misschien zijn deze voortgangsgesprekken nog wel het effectiefste.

Tim olde Hartman

- 1 Anderson L, et al. *Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice?* Br J Gen Pract 2005;55:387-92.

Proefschriften

Hoofd- en halszaken

Debbie Tromp. *Head and neck cancer: factors related to patient delay in seeking medical care* [Proefschrift]. Universiteit Utrecht, 2005. ISBN 90-3933965-1.

Tumoren in het hoofd-halsgebied worden de laatste jaren vaker pas in een laat stadium gediagnosticeerd. Deze bevinding was aanleiding om bij zo'n 300 patiënten, die tussen 2000 en 2002 in het UMC behandeld werden voor een tumor in het hoofd-halsgebied, na te gaan of er sprake was van *patient delay*. In het traject tussen gewaarwording van symptomen en het starten van de behandeling zijn maar liefst zeven fasen te onderscheiden. Een aanzienlijk deel daarvan komt op conto van de patiënt: *appraisal delay*, de tijd tussen ontdekking van de eerste symptomen en het moment waarop men denkt ziek te zijn; *illness delay*, de tijd die verstrijkt tussen het besef ziek te zijn en het besluit

medische hulp in te roepen en *het behavioural delay*, de tijd die verloopt voordat de patiënt werkelijk de afspraak maakt (bijvoorbeeld door vakantie of drukte). Dan pas komt de dokter in beeld: de tijd die verstrijkt voordat de patiënt een afspraak krijgt, de tijd die het duurt voordat de dokter de diagnose stelt en verwijst, enzovoorts.

Probleem bij dit soort onderzoek is dat je per definitie pas achteraf kunt vaststellen of er sprake is van patient delay. De gegevens over de tijd die verstreken is tussen het optreden van de symptomen en de eerste afspraak bij de arts zijn niet erg betrouwbaar. Om die reden zijn ook partners en behandelend artsen geëquipteerd en medische gegevens uit de status gedestilleerd. De meeste patiënten vonden hun symptomen (keelpijn, heesheid, verkoudheid, moeheid) niet verontrustend en wachtten daarom af. Bij duidelijk waarneembare knobbels of zwe-

ren lag dat anders. Ook als de huisarts na een eerste bezoek geadviseerd had om terug te komen als de klachten niet verdwenen, wachtten veel patiënten af. Een belangrijke bevinding was dat meer mensen terugkwamen als de arts een concrete periode had genoemd. Afwachtend gedrag kwam meer voor bij zware drinkers en rokers, bij mensen met een minder optimistische instelling, en bij mensen die niet beschikten over een probleemoplossende of steunzoekende copingstijl. Deze persoonlijke factoren verklaarden slechts 25% van de variantie in uitstel. De meeste symptomen die kunnen wijzen op een tumor, komen veel voor en zijn in het algemeen onschuldig. Toch volgt de onvermijdelijke aanbeveling dat we mensen moeten voorlichten over de mogelijk ernstige aard van hun symptomen. Lang leve de angstsamenleving: u bent ziek tot het tegendeel bewezen is.

Henriëtte van der Horst