

**Huisarts en Wetenschap**

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 maal per jaar.

Website: <http://www.henw.org>

**Redactie**

Dr. J.O.M. Zaat, hoofdredacteur  
Dr. R.A.M.J. Damoiseaux  
Dr. H.E. van der Horst  
Drs. E. Licht (junior-redactielid)  
Mr. drs. R.J.C. Norg  
Dr. F.G. Schellevis  
Dr. H.J. Schers  
Dr. H.C.P.M. van Weert

**Redactiesecretariaat**

Drs. F. Gerritsma  
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht  
T (030) 288 17 00, F (030) 287 06 68  
E-mail [redactie@nhg-nl.org](mailto:redactie@nhg-nl.org)  
Eindredactie drs. C.H.M. Kramer  
E-mail [c.kramer@nhg-nl.org](mailto:c.kramer@nhg-nl.org)

**Basisvormgeving**

Helfrich ontwerp bureau, Deventer

**Nederlands Huisartsen Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht  
T (030) 288 17 00, F (030) 287 06 68

**Abonnementenadministratie**

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99  
Voor informatie en bestellingen raadpleeg  
[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)  
Voor België: Standaard Uitgeverij NV Informatieve uitgaven  
Belgiëlei 147a, B-2018 Antwerpen, België  
T +32 3 285 72 02 F +32 3 230 12 25  
E-mail [siu@standaarduitgeverij.be](mailto:siu@standaarduitgeverij.be)  
[www.standaarduitgeverij.be](http://www.standaarduitgeverij.be)

**Uitgeverij/advertentie-exploitatie**

Bohn Stafleu van Loghum bv  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
Telefoon (030) 638 38 74  
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.  
Inzenden aan de uitgeverij, [media.marketing@bsl.nl](mailto:media.marketing@bsl.nl)

**Nieuwe abonnementen**

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt één maal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Een studentenabonnement loopt gelijk met het studiejaar, van 1 september t/m 31 augustus, en wordt stilzwijgend met telkens 1 jaar verlengd tot wederopzegging. Een studieabonnement heeft een maximale looptijd van 2 jaar en wordt dan automatisch omgezet in een regulier abonnement. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswikkels met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum.  
Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

**Abonnementsprijzen**

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)  
particulieren: € 110,80  
overig buitenland: € 121,88 excl. eventuele toeslagen  
studenten: € 55,40  
België: € 116,34  
losse nummers: € 14,35  
Prijswijzigingen voorbehouden

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 30073597 op 7 februari 2003. De voorwaarden zijn in te zien op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl), of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden, in de praktijk en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

**HO**  
2006  
PRINT

Nederlands  
**uitgeversverbond**  
Groep uitgevers voor  
vak en wetenschap

# Behandeling van depressie na hartinfarct geeft geen betere prognose

Een patiënt heeft na een doorgemaakt hartinfarct een aanzienlijke kans om een depressie te krijgen, ongeveer 18%. Dat is niet alleen vervelend, maar geeft ook een twee- tot driemaal grotere kans op cardiale ellende (nieuw infarct, hartfalen, CABG of PTCA-behandeling). Het is daarom logisch dat men in revalidatieprogramma's aandacht schenkt aan depressie en de behandeling daarvan. Want als depressie samenhangt met een slechtere cardiale prognose, dan leidt behandeling van die depressie mogelijk tot vermindering van cardiale ellende. Helaas blijkt het niet zo simpel te zijn. Een elegant Nederlands onderzoek bekeek het effect van medicamenteuze behandeling van de postinfarct-depressie. Er bleek geen enkel verschil in prognose te zijn tussen patiënten die wel en die geen antidepressieve behandeling kregen. In beide groepen herstelden evenveel (70%) patiënten van hun depressie, duurde de depressie gemiddeld even lang (6 maanden) en traden bij evenveel (13%) patiënten car-

diale problemen op gedurende de follow-up-tijd van 18 maanden. Daarmee is de herstelkans van de postinfarct-depressie aanzienlijk groter dan van de 'gewone' depressie.

Het MIND-IT-onderzoek levert daarmee – ondanks de negatieve resultaten – toch een belangrijke bijdrage aan onze kennis en legt de vinger op een wat verwaarloosde plek in het geneeskundig onderzoek. We moeten nog steeds opletten, ook op een depressie na het myocardinfarct. In het bijzonder zijn patiënten met een slechte pompfunctie of jongere patiënten *at risk*. Farmacotherapie is hier echter mogelijk minder op zijn plaats. In ieder geval is niet aangetoond dat er een positief effect is op de cardiale prognose. (HvW)

*Van Melle J. Depression after Myocardial infarction: etiological, Prognostic and Therapeutical Aspects [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2005.*

# Rijken vaker rechtstreeks naar specialist bij vrije artskeuze

Amerikaans onderzoek onder 65-plussers die een vrije artskeuze hadden, laat zien dat rijken vaker alleen voor een specialist kiezen. Voor dit onderzoek zijn de gegevens gebruikt van 7928 ouderen. De onderzoeker onderscheidde 4 groepen: zij die geen arts bezochten gedurende een jaar (12,1%), zij die alleen een eerstelijnsarts (huisarts, algemeen internist, geria-ter) bezochten (11,6%), zij die alleen een specialist bezochten (14,2%) en zij die zowel een eerstelijnsarts als een specialist bezochten (62,1%). Door vragenlijsten verkreeg de onderzoeker informatie over het fysieke functioneren, de gezondheidstoestand, inkomen, opleidingsniveau en het aantal bekende chronische aandoe-

ningen. Naast deze gegevens werden ook de mortaliteitscijfers meegenomen in de analyse.

Mensen die zowel een eerstelijnsarts als een specialist bezochten, hadden de slechtste gezondheidstoestand en het grootste aantal chronische aandoenin-

**Rubrieken in dit nummer**

LINH-cijfers	61
Ingezonden	106
Cochrane-reviews	108
POEM	109
Boeken	109
Antwoorden kennistoets	112

gen. Zij die geen arts bezochten, waren het gezondste. Tussen hen die alleen een eerstelijnsarts of alleen een specialist bezochten, waren geen verschillen in gezondheidstoestand of aantal chronische aandoeningen. Wel waren de patiënten die alleen naar specialisten gingen rijker en hoger opgeleid.

De vraag komt dan boven of dit in Nederland, waar iedereen eerst langs de huisarts zou moeten, anders is. Ik heb de indruk dat de echt welgestelden hun weg naar een specialist wel weten te vinden en de huisarts overslaan of confronteren met een verwijfsverzoek, als hen dat beter schikt. Het is maar zeer de vraag of dat

erg is. Zeker als het slechts om een klein deel van de bevolking gaat. (RD)

*Xakellis GC. Are patients who use a generalist physician healthier than those who seek specialty care directly? Fam Med 2005;37:719-26.*



Foto: Getty Images

## Oog, oor en werk

Vorige maand verscheen de NHG-Standaard Slechthorendheid en deze maand is de NHG-Standaard Het rode oog aan de beurt. Volgens het *Signaleringsrapport beroepsziekten* staan 900.000 werkenden bloot aan schadelijk geluid. Dat zijn niet alleen mensen die met lawaaïge machines werken, maar ook badmeesters en crècheleidsters. De gemiddelde dagdosis geluid in een kinderdagverblijf ligt rond de 82-85 dB(A) met uitschieters naar 105dB(A). Daar word je wel doof van.

De meldingen van beroepslethorendheid vormen een kwart van alle gemelde beroepsziekten. Het is ongetwijfeld een onderrapportage omdat lang niet in alle sectoren werknemers periodiek worden onderzocht. Het aantal meldingen van beroepslethorendheid door 'levende bronnen' lijkt te zijn toegenomen: 4 keer in 2002, 28 keer in 2004.

Beroepsmatige oogproblemen komen waarschijnlijk aanzienlijk minder vaak voor. In 2004 kwamen er maar 13 meldingen binnen bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Mogelijk zou frequent beeldschermwerk het risico op glaucoom verhogen bij mensen met een myopie. Helemaal duidelijk is dat echter nog niet.

Bij slecht zien en horen toch maar altijd vragen welk werk uw patiënt doet. En misschien bij de zwem-, peuter- en kleuterjuffen een beetje anticiperen? (JZ)

*Spreeuwens D, et al. Signaleringsrapport beroepsziekten '05. Amsterdam; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2005.*

## Longembolie uitsluiten met simpele test

Een trombosebeen en vooral longembolie zijn ernstige aandoeningen met forse morbiditeit en mortaliteit als ze niet behandeld worden. In de huisartsenpraktijk komen beide gelukkig niet zo vaak voor, maar huisartsen leggen terecht de verwijfsdrempel voor beide aandoeningen laag. Dat heeft als gevolg dat slechts een op de zes van de verwezen patiënten een trombosebeen of embolie blijkt te hebben. Een striktere selectie in de eerste lijn biedt niet alleen grote financiële voordelen, maar voorkomt ook onnodige paniek bij patiënt en huisarts.

Stapsgewijs worden diagnostiek en behandeling vereenvoudigd. De diagnostiek en behandeling van het trombosebeen kunnen al voor een groot gedeelte in de eerste lijn plaatsvinden (Huisarts Wet 2005;48:625-9) en nu is ook aangetoond dat men longembolie op eenzelfde wijze als het trombosebeen kan benaderen. Met behulp van een eenvoudige klinische beslisregel en een D-dimeertest kan bij ongeveer eenderde van de patiënten, bij wie een longembolie wordt vermoed, zonder verdere diagnostiek een embolie veilig worden uitgesloten.

Bij slechts 4 van de 1028 patiënten met negatieve D-dimeer en klinische beslisregel werd gedurende 3 maanden follow-up een embolie vastgesteld. Dat zijn er minder dan in de groep die na een negatieve spiraal-CT werd vervolgd (10/1436).

Op dit moment moet de huisarts een patiënt voor een D-dimeer nog verwijfsen naar een lab of ziekenhuis, maar als de eenvoudige bed-side D-dimeertest er straks is, is ook dat niet meer nodig. Dan kan de huisarts trombose en/of longembolie bij de patiënt thuis veilig uitsluiten. (HvW)

*Söhne M. The diagnosis and prognosis of pulmonary embolism [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. 2005.*